

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Методические рекомендации для
педагогов-психологов образовательных
организаций по диагностике факторов
риска развития кризисных состояний
с суицидальными тенденциями
у обучающихся 7–11 классов**

Москва, 2017

УДК 373.2
ББК 74.1
М54

Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов / Под ред. Вихристюк О.В. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 58 с.

Рекомендовано к печати Научно-экспертным советом ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (протокол № 5 от 12 мая 2017 г.)

Авторский коллектив:

Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Гаязова Л.А.,
Федунина Н.Ю., Баженова М.Д., Летова А.В.

Рецензенты:

Любов Е.Б., доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом суицидологии «Московский НИИ психиатрии» – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России.

Кипарисова Е.Н., доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России.

В пособии представлены практические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по проведению диагностических мероприятий для выявления потенциальных и актуальных факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов.

Сборник представляет интерес для специалистов (в первую очередь педагогов-психологов), работающих в системе образования, специалистов психологических служб разных ведомств, интересующихся вопросами профилактики суицидальных рисков в среде подростков и молодежи.

ISBN 978-5-94051-170-0

© Коллектив авторов, 2017.
© ФГБОУ ВО МГППУ, 2017.

Оглавление

1. Диагностика суицидального поведения несовершеннолетних	5
2. Потенциальные факторы риска	7
2.1. Роль семьи в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодежи	7
2.2. Роль особенностей личности в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодежи	9
3. Актуальные факторы риска	12
3.1. Роль депрессии в формировании суицидального поведения	12
3.2. Роль безнадежности в формировании суицидального поведения	13
3.3. Роль одиночества в формировании суицидального поведения	15
3.4. Роль агрессии в формировании суицидального поведения	16
3.5. Стратегии совладания со стрессовой ситуацией	17
3.6. Толерантность, антисуицидальные факторы	19
4. Организация обследования и дальнейшего психолого-социального сопровождения	20
4.1. Проведение первого этапа диагностики (скрининг/фронтальное тестирование)	20
4.2. Проведение второго этапа диагностики (индивидуальное полуструктурированное интервью)	23
Приложение 1.	
Бланки методик скрининга с ключами	37
Приложение 2.	
Карта кризисного состояния (суицидального риска)	54
Приложение 3.	
Сводная таблица по результатам проведения второго этапа скрининга на выявление потенциальных и актуальных факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7-11 классов	56

Введение

По данным Всемирной психиатрической ассоциации наиболее уязвимой в отношении самоубийства возрастной группой являются старшие подростки в возрасте от 15 до 19 лет (WHO Mortality database documentation, 2013). Согласно данным Следственного комитета города Москвы в 2014–2016 гг.¹ в Москве наблюдался рост количества суицидов несовершеннолетних (Козлова, 2015). В сети Интернет появляются различные просуицидальные группы, такие как «Синий Кит», «Розовый Пони», что делает задачу профилактики суицидального поведения обучающихся актуальнее, чем когда-либо ранее.

По анализу данных посмертных психолого-психиатрических экспертиз более чем в половине случаев завершенных суицидов (57 %) пресуицидальный период был достаточно длительным, т.е. подросток так или иначе пытался обратить внимание на свое состояние и стрессовую ситуацию прямо или косвенно через различные способы коммуникации. Таким образом, своевременный скрининг и выявление группы риска может значительно повысить эффективность профилактики суицидального поведения среди обучающихся.

В мае 2013 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения был утвержден первый в истории «План действий в области психического здоровья», неотъемлемой частью которого является задача предотвращения самоубийств. Поставлена цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств на 10 %. Учебные заведения являются наиболее важным местом проведения мероприятий, связанных с решением проблем здоровья и превентивным вмешательством в суицидальные действия молодежи (WHO, 2004). К основным направлениям стратегии предупреждения суицида в школе можно отнести: 1) привитие навыков преодоления трудных жизненных ситуаций через внедрение образовательных и ознакомительных программ; 2) выявление лиц, подверженных риску развития суицидального поведения.

¹ По данным Департамента образования города Москвы в 2014 и 2015 гг. зафиксировано по 30 случаев завершенных суицидов среди обучающихся; в 2016 г. зафиксировано 34 случая завершенных суицидов.

1. Диагностика суицидального поведения несовершеннолетних

Согласно А.Г. Амбрумовой (Амбрумова, 1980) суицидальное поведение рассматривается как «разновидность общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему континууму индивидуальных вариаций – от безусловной психической нормы до выраженной патологии», и на долю психически нездоровых людей приходится только 1/3 суицидентов. В основе формирования суицидального поведения лежит социально-психологическая дезадаптация личности, развивающаяся в условиях переживаемого личностью микросоциального конфликта. «Объективно дезадаптация проявляется в поведении человека, в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности справляться со своими социальными функциями. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева)» (Амбрумова, Тихоненко, 1980). Суицидальное поведение подростков – это, в основном, проблема «пограничной» психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Лишь 5 % суицидов и попыток связаны с психотическими состояниями, в то время как с расстройствами личности – 20–30 %, а все остальное – с подростковыми кризисами (Page et al., 2006). По другим данным, психические расстройства у подростков в пресуицидальный период наблюдаются лишь в 40 %-50 % (Bridge et al., 2006).

Вопросам диагностики суицидальных тенденций подростков и молодежи с помощью разнообразных опросников в качестве скрининга посвящены многочисленные иностранные исследования (DSM-IV-TR, 2000; Bridge et al., 2006; Cull, Gill, 1988; Firestone, 1998; Joiner, 2005; Kazdin et al., 1986; Goldston, 2000; McGee et al., 2001; Page, Yanagishita, 2006; Воликова, Вагин, 1999; Ишмухаметов, 2006; Холмогорова с соавт., 2009; 2012; Павлова, 2013). Различия в диагностических методиках определяются многообразием концепций причин и механизмов развития суицидального поведения подростков. Часть методик, активно используемых в исследованиях по выявлению суицидального риска, не могут быть использованы для выявления группы риска в образовательных организациях: «Психодиагностика суицидальных намерений» (ПСН-2), разработанная А.А. Кучером (Биркин с соавт., 2004), предложенная как инструмент выявления суицидального поведения, не может быть использована в силу недостаточной теоретической обоснованности, отсутствия данных по валидации и стандартизации. Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (для подростков) (в модификации Т.Н. Разуваевой) (Разуваева, 1993), не может быть использован в каче-

стве надежного диагностического инструмента по выявлению риска суицидального поведения в силу его недостаточной теоретико-методологической обоснованности и отсутствия данных по его валидации и стандартизации. Он может быть использован в качестве феноменологического инструмента для описания эмоционального состояния. В исследовании, проведенном на базе ЦЭПП МГППУ с использованием Опросника суицидального риска, не было получено статистически значимых различий ни по одной шкале опросника между группами нормы и риска. (Банников с соавт. 2014).

Опросник суицидальной мотивации Ю.Р. Вагина (Вагин, 1999) эффективен для дифференциальной диагностики при уже сформированных суицидальных намерениях и наличии доверительных отношений между подростком и психологом, что ограничивает его использование на скрининговом этапе диагностики.

«Детский опросник депрессии» М. Ковак (валидизация Воликовой С.В.) (Воликова, 2011) показывает высокий процент детей с суицидальным риском, что требует дополнительного уточнения при индивидуальном обследовании. Так, в исследовании А.Б. Холмогоровой (Детский опросник депрессии М. Ковак) было показано, что мысли о самоубийстве (без намерения его осуществления) присутствуют у 11,8 % школьников, желание убить себя – у 2 %. (Холмогорова с соавт., 2009); 14 % московских школьников 9–10 классов в 2012 г. отметили утверждение вышеуказанного опросника «я думаю о самоубийстве, но не совершу его»; 8,8 % – «я хочу покончить с собой» (Павлова, 2013). Среди 553 студентов-третьекурсников у 28 % выявлены суицидальные мысли и намерения, 4 % из них готовы к самоубийству «в подходящий момент» (Краснова, Холмогорова, 2011).

В своих предыдущих научно-практических исследованиях, направленных на выявление и оказание кризисной помощи подросткам с суицидальными тенденциями, мы столкнулись с тем, что примерно у 20 % наблюдались устойчивые психические нарушения аффективного спектра, коморбидные с пограничными и нарциссическими акцентуациями личности (Банников, Кошкин, 2013). В 30–40 % наблюдений акцентуации у подростков сочетались с дисгармоничностью в семейных отношениях. У 45 % подростков наблюдались ситуационные тревожно-депрессивные реакции, которые были синдромально не развернуты (Банников с соавт., 2014).

На основе анализа зарубежной литературы, посвященной развитию суицидального поведения среди подростков и молодежи, выделяются две группы факторов риска: потенциальные (создающие почву) и актуальные (клинические). К наиболее часто встречающимся потенциальным факторам, создающим почву суицидального поведения, относятся дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры лично-

сти. К актуальным факторам, влияющим на развитие суицидального поведения и входящим в его структуру, относится депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева. Обе группы факторов тесно связаны, но при разных условиях они несут различную нагрузку, приобретают разную важность. Ясное и дифференцированное понимание особенностей этих факторов, ситуационное и динамическое изменение их значимости в развитии суицидальных состояний дают возможность оказывать целенаправленную, контекст-зависимую помощь высокой эффективности. Далее мы подробно рассмотрим эти две группы факторов риска и связь между ними.

2. Потенциальные факторы риска

2.1. Роль семьи в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодежи

Человек нуждается в том, чтобы быть социально включенным в среду с ясными ценностно-нормативными ориентирами. Если нормативы слишком жесткие, подавляющие, или слишком запутанные, неясные, то необходимой общности с другими не возникает, базовые эмоциональные потребности не удовлетворяются. Ведущую роль в социализации индивида играет семья, семейные условия, включая социальный, материальный, культурный и профессиональный статусы. Размывание семейных ценностей, низкая сплоченность, дезадаптивные эмоциональные коммуникации усиливают дисфункциональный потенциал семьи и способствуют увеличению деструктивности, направленной как вовне, так и обращенной подростком на самого себя. Исследования показали, что потеря одного из родителей ребенком в возрасте 6–14 лет является серьезным фактором риска суицидального поведения (Lester, 1989). К факторам риска суицидального поведения подростков относят также суициды среди родственников, асоциальное или реактивное поведение родителей, гиперопека, препятствующая формированию достаточной автономии, идентичности и индивидуальной ценностной структуры. Также, к группе риска относят семьи с алкогольной или наркотической зависимостью (Jones, 1963). По мнению D.A. Brent и N. Melhem (Brent, Melhem, 2008), агрессия является важным предиктором суицидального поведения. Кроме того, Т. Bronisch с соавторами (Bronisch et al., 2008), утверждают, что импульсивность и агрессия в родительском поведении оказывает сильное влияние на развитие суицидальных мыслей у ребенка. J. Renaud с соавторами экспериментально доказали связь между высоким уровнем агрессии в семье и завершенными суицидами в детском и подростковом возрасте (Renaud et al., 2008). Указанные данные свидетельствуют о том, что дисфункциональность семьи является фактором,

способствующим аутодеструктивному поведению. Данные исследований, проведенных на отечественной выборке, также указывают на связь суицидального поведения с семейными дисфункциями у подростков и молодежи (Холмогорова, Гараян, Горшкова, Мельник, 2009; Холмогорова, Воликова, 2012).

Модель семейных систем Д. Олсона (Olson, 1993) позволяет не только выявить дисфункциональность семейной системы, но и установить механизм ее формирования (Эйдемиллер, 1999). Шкала семейной адаптации и сплоченности FACES-3 представляет собой один из наиболее известных стандартизированных опросников, предназначенных для оценки семейной структуры. Авторами данного опросника являются Д.Х. Олсон, Дж. Портнер и И. Лави. Метод был адаптирован в 1986 году М. Перре (Эйдемиллер, Добряков, Никольская, 2006). Диагностика психологических параметров семейной ситуации подростка позволяет оценить наличие протективных и деструктивных факторов для его социально-психологической адаптации с точки зрения двух характеристик: сплоченности и адаптации семейной системы (Pines, 1984).

Семейная сплоченность – это степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной – автономны и дистанцированы друг от друга. Для диагностики семейной сплоченности используются следующие показатели: «эмоциональная связь», «семейные границы», «принятие решений», «время», «дружья», «интересы и отдых».

Семейная адаптация – характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров. Для диагностики адаптации используются следующие параметры: «лидерство», «контроль», «дисциплина», «правила и роли в семье».

В «циркулярной модели» Д. Олсона различают четыре уровня семейной сплоченности – от экстремально низкого до экстремально высокого. Они получили следующие названия: разобщенный (*disengaged*), разделенный (*separated*), связанный (*connected*) и сцепленный (*enmeshed*). Аналогично диагностируют четыре уровня семейной адаптации: ригидный (*rigid*), структурированный (*structured*), гибкий (*flexible*) и хаотичный (*chaotic*).

Авторы данного опросника выделяют умеренные (сбалансированные) и крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации и считают, что именно сбалансированные уровни – показатель успешности функционирования системы. Для семейной сплоченности такими уровнями являются разделенный и связанный, для семейной адаптации – структурированный и гибкий. Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы (рис. 1).

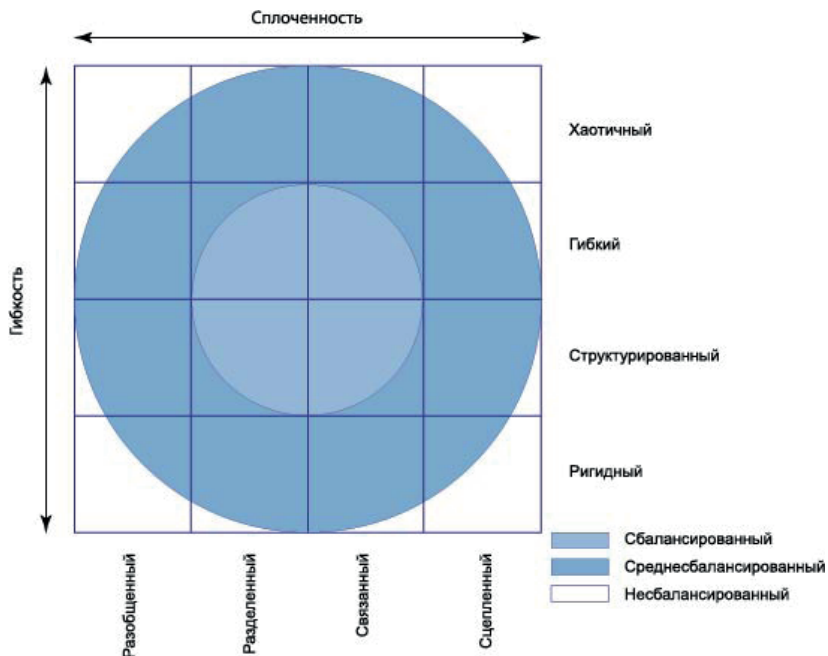


Рисунок 1. Циркулярная модель Д.Х. Олсона

Однако для диагностики риска развития суицидального поведения по результатам обследования более 4000 подростков, проведенного на базе научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи МГППУ, важны не только суммарные интегральные показатели, а ответы на вопросы, отвечающие за неблагополучие в семье.

Интерпретация по вопросам: необходимо обращать внимание на ответы по вопросам 1 «Члены семьи обращаются друг к другу за помощью (почти никогда)», 7 «Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом (почти всегда)», 11 «Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу (почти никогда)». **Негативные ответы на эти ключевые вопросы могут быть значимыми факторами риска суицидального поведения в дальнейшем и подлежат уточнению в индивидуальной беседе (интерпретацию данных см. в Приложении 1).**

2.2. Роль особенностей личности в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодежи

Важной составляющей в патогенезе суицидального поведения является выраженность в структуре личности импульсивности, эмоцио-

нальной нестабильности, склонности к аутоагрессивному поведению. Данным поведенческим и аффективным паттернам в МКБ-10 и DSM-IV (DSM-IV-TR, 2000) соответствуют пограничное и нарциссическое расстройства личности и, соответственно, пограничная и нарциссическая личностные диспозиции в неклинической популяции.

Пограничный тип характеризуется постоянной тревогой, чувством брошенности и импульсивными поступками, нередко идущими в паре с суицидальным поведением. Аутодеструктивное поведение, которое проявляется в азартных играх, безответственных тратах денег, употреблении наркотиков, также является одной из типичных черт пограничного типа личности. Саморазрушающее поведение, свойственное людям с этим типом личностной организации, нередко проявляется и в суицидальных мыслях и попытках (Soloff et al., 1994, 2005; Gunderson, Ridolfi, 2001; Кернберг, 2014).

Ключевыми чертами *нарциссического типа* личности являются грандиозное чувство собственной важности, озабоченность в неограниченном успехе идеальной любви, потребность в восхищении, неспособность воспринимать точку зрения других, отсутствие сочувствия, высокая агрессия или аутоагрессия в ответ на отвержение (Ronningstam, Maltzberger, 1998). Суицид может выступать как нарциссический кризис (Хензелер, 2001), включающий в себя нереалистичную самооценку, противоречивый характер межлических отношений, расхождение между фантазиями о смерти и реальностью смерти, сложности разграничения между естественной смертью и самоубийством, магическое обращение с реальностью.

В качестве личностной предиспозиции развития суицидального поведения наиболее часто выделяется нейротизм или негативная аффективность (Eyzensck, 1990). В исследовании M.W. Enns и коллег было показано, что высокий уровень нейротизма служил предиктором повторной госпитализации в течении года после выписки (Enns, 2003). В масштабном лонгитюдном исследовании больных с расстройствами личности (N=701) S. Yen (Yen et al., 2009) показал, что негативная аффективность выступает наиболее надежным предиктором суицидальных попыток в течение 7 лет наблюдения. Подобные результаты были также получены в ряде других исследований (Beautrais, Joyce, 1999). Согласно J.A. Bridge, T.R. Goldstein и D.A. Brent (Bridge et al., 2006), нейротизм, определяемый как личностная склонность переживать более широкий спектр негативных эмоций более долгое время в ответ на стресс, является значимым фактором, связанным с попытками суицида и суицидальными намерениями. Группы с суицидальным поведением имеют значительно более высокие показатели по нейротизму, нежели контрольные группы. Уровень нейротизма тесно связан с наличием суицидальных попыток и завершенных суицидов в семье; в лонгитюдных

исследованиях нейротизм показывает себя как мощный предиктор суицидальных попыток даже при исключении других факторов риска.

J. Baechler (Baechler, 1980) и R.F. Baumeister (Baumeister, 1990) продемонстрировали связь социально приписываемого перфекционизма и суицидального поведения и разработали модель «суицид как бегство» (the Escape theory of suicide), из которой следует, что именно социально приписываемый перфекционизм, а не перфекционистские требования к себе и другим, связан с суицидальным поведением (Dean, Range, 1996). У подростков, совершивших попытку самоубийства, социально приписываемый перфекционизм не показал связи с безнадежностью (в отличие от Я-адресованного перфекционизма) и склонностью критиковать себя (Donaldson et al., 2000). Данная теория получила развитие в трудах других авторов, ее логическим продолжением является теория социальной изоляции, вызванной перфекционизмом (the Perfectionism Social Disconnection Model, PSDM) (Hewitt et al., 2006). Было эмпирически доказано, что перфекционистские стандарты самопрезентации (потребность казаться другим идеальным) и социально приписываемый перфекционизм у детей и подростков тесно связаны с буллингом со стороны сверстников и социальной безнадежностью («у меня нет надежды на удовлетворительные отношения в будущем») и, как результат, с суицидальным поведением (Roxborough et al., 2012). Наиболее сильным потенциальным личностным предиктором суицидального поведения среди подростков является наличие расстройств личности в стадии их компенсации (Bridge et al., 2006).

Для оценки личностных характеристик, отвечающих, по данным литературы, за импульсивное, аутоагрессивное поведение, использованы пограничная, нарциссическая и негативистическая шкалы *Опросника PDQ-IV* (Personality Disorders Questionnaire – Опросник расстройств личности). Стандартизация и валидизация опросника проведена в ФГБУ «Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ» (Банников, 1998). Оценка результатов проведена по количеству баллов, набранных по каждой шкале и общей сумме баллов. Превышение 5-ой отметки может говорить о наличии акцентуаций характера. Сочетание с депрессивными проявлениями, переживаниями одиночества, безнадежности может свидетельствовать о реакциях декомпенсации, что резко повышает суицидальный риск и требует индивидуальной консультации психолога. Обязательно и первостепенно – индивидуальная беседа при положительном ответе на 11 вопрос: «Бывало, что я наносил себе физический вред». Этот вопрос коррелирует с другими проявлениями социально психологической дезадаптации.

На рис. 2 проиллюстрировано сочетание актуальных и потенциальных факторов риска аутодеструктивного поведения.



Рисунок 2. Актуальные и потенциальные факторы риска аутодеструктивного поведения.

3. Актуальные факторы риска

Актуальные факторы риска представляют собой действующие в данный момент времени проявляющиеся социально-психологической дезадаптации, в структуре которой ведущее место занимают суицидальные тенденции в диапазоне от антивитальных переживаний и отдельных аутоагрессивных актов до условных попыток самоубийства, серьезных попыток и завершённого суицида (Plutchik et al., 1989).

3.1. Роль депрессии в формировании суицидального поведения

Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, колеблется от 8 % до 30 % (Bridge et al., 2006). Депрессивное состояние у детей рассматривается как один из ведущих факторов риска развития суицидального поведения. Являясь сложным клиническим синдромом, его часто трудно распознать и дифференцировать, особенно у подростков. Депрессия затрагивает все сферы человеческого существования – эмоционально-волевую, когнитивную, витальную, поведенческую, однако некоторые исследователи ставят под сомнение наличие прямой связи между депрессией и суицидом. Э. Фурман пишет, что «достаточно рас-

пространенным является мнение, что депрессия и самоубийство состоят в прямо пропорциональной зависимости, то есть, чем более выражена у пациента депрессия, тем выше вероятность совершения самоубийства» (Фурман, 2003). «Они могут думать о смерти и желать ее», – отмечает Э. Фурман. Автор выражает мнение, что «суицидальный потенциал непосредственно связан не с депрессивной реакцией, а с другими личностными факторами, которые порой сочетаются с депрессией» (Фурман, 2003). По мнению S.E. Hetrick, A.G. Parker и др. (Hetrick et al., 2012) риск суицидального поведения подростка, находящегося в депрессии, существенно возрастает, если в ее структуре присутствует переживание безнадежности, а семья имеет все признаки дисфункциональности. О риске развития суицидального поведения депрессивных подростков с переживаниями безнадежности пишет и R.P. Varbe с соавторами (Varbe et al., 2005). Подростки с депрессией и суицидальным поведением характеризуются большей безнадежностью, заниженной самооценкой и агрессивным поведением (Csorba et al., 2003).

В качестве возможного инструментария диагностики симптомов аффективных расстройств в условиях скрининга, предлагается методика «Шкала хорошего самочувствия» ВОЗ (Шкала хорошего самочувствия, WHO-5, Well Being Index) (Bech, 2001; Бек, Ольсен, Нимеус, 2005). Данная шкала содержит субъективно нейтральные вопросы, не оказывает негативного влияния на испытуемых и не вызывает отрицательных реакций (Henkel et al., 2002; Bech, et al., 2002).

Интерпретация: если на вопросы 1 «У меня было хорошее настроение и чувство бодрости» и 5 «Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями» были получены 0 или 1 балл, то требуется индивидуальная консультация.

3.2. Роль безнадежности в формировании суицидального поведения

Понятие безнадежности в психологическую литературу ввел А. Бек в контексте его исследований депрессии и суицидального поведения. Он определяет безнадежность, как пессимистичный взгляд на будущее, при котором человеку кажется, что в его жизни уже ничего не изменится к лучшему (Beck et al., 1985). За прошедшие десятилетия с начала исследований, связь безнадежности и суицидального поведения продолжает интенсивно изучаться разными учеными (Brezo et al., 2006). Подростки, совершившие попытку самоубийства, демонстрируют связь безнадежности с рядом дисфункциональных личностных характеристик (шкалы «заторможенность» и «сенситивность» по Клиническому многоосевому опроснику Миллона), сниженной способностью регулировать свой аффект (шкала диагностического интервью для расстройств пограничного спектра) и негативной оценкой себя практически по всем

параметрам личности (Fritsch et al., 2000). Безнадежность выступает как значимый фактор суицидального поведения у подростков и молодежи разных стран. Так, в исследовании, проведенном в Индии, безнадежность коррелировала с суицидальными намерениями в выборке девочек (Kumar, Pradhan, 2003); у бельгийских подростков степень безнадежности у испытуемых, совершавших попытку самоубийства, оказалась значительно выше, чем в контрольной группе (Van Heeringen et al., 2003). У молодых людей (18–25 лет) из Новой Зеландии безнадежность связана с совершением истинной, а не демонстративной попытки суицида (Beautrais, Joyce, 1999). Показатели безнадежности у подростков с симптомами депрессии выше, чем у подростков, совершивших попытку суицида и самые низкие у контрольной группы, согласно исследованию, проведенному в Голландии (De Wilde et al., 1993). По данным американских коллег, безнадежность значительно выше у подростков, совершавших неоднократные попытки самоубийства, чем у испытуемых, совершивших единичную попытку (Esposito et al., 2003). Согласно данным обширного лонгитюдного исследования, проведенного в Новой Зеландии (N=732), безнадежность может являться следствием дисфункциональных эмоциональных коммуникаций с родителями и низкого социально-экономического положения семьи (для девочек более существенно первое, для мальчиков второе) и в свою очередь вызывает мысли о самоповреждении и суицидальные намерения (McGee et al., 2001). Наиболее часто среди факторов риска суицидального поведения подростков упоминаются следующие антивитаальные переживания: *безнадежность, безбудущность и переживание брошенности, ненужности, одиночества* (Beck et al., 1985). Их сила и выраженность могут нарастать от пассивного, психологически понятного уровня до навязчивых и сверхценных образований. Состояние безнадежности включает в себя два основных компонента: пессимистические установки на будущее и ощущение беспомощности перед ожидаемыми негативными событиями. Это один из трех механизмов, чаще всего проявляющихся у суицидентов, наряду с дефицитом навыков решения проблем и склонностью к обобщенным воспоминаниям, т.е. неспособностью опираться на свой жизненный опыт (Салковскис, 2005). Безнадежность рассматривается как один из важных психологических предикторов суицида и сопутствующих форм поведения, связанный с наличием суицидальных намерений, формированием суицидальных идей и суицидами. *Безнадежность может быть даже более важным предиктором суицидальных намерений, чем депрессия* (Beck et al., 1995). У мальчиков психологическими предикторами суицидального поведения являются безнадежность, зависимость и нарушения социально-психологической адаптации, у девочек – разлад в семье, нарушение семейно-ролевых отношений, и, соответственно, представлений о них, ранние нарушения

поведения (Lewinsohn et al., 1995). Подросткам с суицидальными попытками, в отличие от лишь размышляющих о суициде, свойственны более глубокие переживания, связанные с безнадежностью, изоляцией и самим наличием суицидальных мыслей без желания обсуждать суицидальные мысли (Russell, 1996).

Шкала безнадежности А. Бека предназначена для предсказания возможности развития суицидального поведения на основе анализа мыслей о будущем и возлагаемых на него надежд. Данная методика служит косвенным индикатором суицидального риска у лиц, страдающих депрессией, а также у лиц, ранее совершавших попытки самоубийства. Методика может предъявляться в индивидуальном или групповом порядке.

Интерпретация: обратить внимание на утверждения 2, 9, 12, 20. Если наблюдается хотя бы три совпадения с ключами по указанным пунктам (особенно по второму), необходима индивидуальная беседа.

3.3. Роль одиночества в формировании суицидального поведения

Выделение невроза одиночества «как самостоятельной единицы кажется тем более настоятельной потребностью суицидологии – поскольку состояние это имеет большую протяженность во времени, обладает неизменно осложняющейся динамикой и является одним из высоко суицидоопасных» (Амбрумова, 1981). По Г.С. Салливану (цит. по Лабиринты одиночества, 1989) у подростков с недостаточными социальными навыками вследствие искаженных отношений с родителями в детстве, как правило, наблюдаются трудности установления приятельских отношений со сверстниками. Неспособность удовлетворить потребность в личных контактах может привести к глубокому одиночеству подростка (Лабиринты одиночества, 1989). В исследовании переживаний безнадежности и одиночества подростков, совершавших попытку самоубийства, показано, что безнадежность и одиночество связаны с наличием суицидальных попыток, безнадежность связана с наличием попыток и при исключении фактора одиночества. У подростков обоих полов с попыткой самоубийства (за последний год или ранее) показатели одиночества и безнадежности выше, чем у не совершавших таких попыток. Однако без параметра одиночества связь между безнадежностью и суицидальным поведением значительно ослаблена. В последующих исследованиях одиночество может быть включено как потенциальная детерминанта подросткового суицидального поведения (Page, Yanagishita, 2006). Переживание одиночества вместе с безнадежностью в структуре депрессивных переживаний также является важным прогностическим критерием риска развития суицидальных тенденций среди несовершеннолетних. У подростков, совершивших попытку самоубийства,

показатели одиночества и безнадежности выше, чем у не совершавших таких попыток (Page, Yanagishita, 2006). В будущих пролонгированных исследованиях, по мнению М. Lasgaard, L. Goossens, A. Elklit, важно проводить разграничение между переживаниями одиночества и депрессивными симптомами для большей прогностической ценности (Lasgaard et al., 2011). Результаты А. Randy свидетельствуют о необходимости проведения дополнительных исследований связей между молодежными попытками самоубийства, безнадежности и одиночества у подростков (Randy, 2004). По мнению авторов, в будущих исследованиях одиночество должно быть включено в качестве потенциальной детерминанты суицидального поведения у подростков.

Шкала одиночества (UCLA Russell D., версия 3) предлагается для использования в скрининге для оценки характера и выраженности взаимодействия с миром, переживаний своей нужности, необходимости.

Интерпретация: в первую очередь учитываются ответы на вопросы 3, 4, 11, 19, 20. Если наблюдается хотя бы три совпадения с ключами по указанным пунктам (особенно 4 и 11), необходима индивидуальная беседа.

3.4. Роль агрессии в формировании суицидального поведения

В механизмах развития суицидального поведения одно из ведущих мест занимает агрессия. Перспективным направлением, как считают К.Р. Conner с соавторами, может быть изучение роли реактивной агрессии в суициде женщин, что даст возможность сформулировать превентивные меры и спасти жизни (Conner et al., 2003). «Импульсивная агрессия, как личностная черта – фактор, предсказывающий суицидальное поведение, хотя сила этого фактора уменьшается, когда учитываются следующие переменные: безнадежность, нейротизм, внешний локус контроля, самооценка, экстраверсия» отмечает в своем исследовании J.A. Bridge, T.R. Goldstein и D.A. Brent (Bridge et al., 2006). B.N. Shelley также утверждает, что агрессия, гнев и суицид тесно связаны (Shelley, 2012). S. Daniel с соавторами обнаружили, что высокий уровень агрессивности (как личностной черты) и внешнее выражение гнева связаны с риском совершения суицида в выборке мальчиков (Daniel et al., 2006). Многочисленные исследования подтверждают связь уровня враждебности и агрессии с выраженностью суицидального поведения. R.W. Maris в своем эмпирическом исследовании демонстрирует положительную корреляцию между суицидом и агрессией у подростков (Maris, 1981). В работе R. Ristic-Dimitrijevic с соавторами были обнаружены связи между вербальной и физической агрессией, а также вербальной агрессией и попытками суицида (Ristic-Dimitrijevic et al., 2011). D. Shaffer с соавторами (Shaffer, Delgado, 2001) провел исследование всех случа-

ев завершенного суицида (N=30), зафиксированных в Англии и Уэльсе в промежуток от 1962 до 1968 гг. 9 случаев из 30 – девушки, 21 случай – юноши. D. Shaffer выделил два различных кластера (на основе анализа историй, рассказанных об этих подростках в школе и пр.). Один кластер составили подростки, которые считались агрессивными и имели проблемы в школе. Другой кластер – подростки, которые были отвержены, пребывали в депрессии. 64 % испытуемых демонстрировали антисоциальное поведение; 66 % испытуемых мужского пола и 57 % испытуемых женского пола имели поведенческие расстройства. Самый частый симптом этого расстройства – агрессивность – наблюдался у 60 % испытуемых мужского пола и у 53 % – женского (Shaffer, 1974). B.N. Shelley так же утверждает, что агрессия, гнев и суицид связаны (Shelley, 2012). S. Daniel с соавторами (Daniel et al., 2006) обнаружили, что высокий уровень гнева (как черты) и внешнее выражение гнева связаны с риском совершения суицида в мужской выборке. Для женской выборки – риск совершения суицида повышается со снижением показателей гнева как личностной черты и внешним выражением гнева только в случае, если у испытуемых была депрессия.

Опросник склонности к агрессии Басса-Петри (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ-24) разработан в 1992 году американскими психологами А. Бассом и М. Петри (Buss, Perry, 1992) для диагностики склонности к агрессии. Выделенная трехфакторная структура соответствует теоретическим положениям о трех компонентах агрессии в концепции авторов: физическая агрессия, гнев, враждебность. Отечественная адаптация методики выполнена экспертами лаборатории клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым и Н.П. Цибульским (Ениколопов, Цибульский, 2007).

Интерпретация: ключевыми вопросами, после которых необходима индивидуальная беседа, являются 1 и 29 (4–5 баллов). Вопросы 8 и 16 отвечают за депрессивное состояние.

3.5. Стратегии совладания со стрессовой ситуацией

Одним из принципов эффективной профилактики считается сочетание интервенций, направленных на факторы риска и защитные факторы (Romano, 2013), понимание на что можно опираться при работе с подростком, каковы его ресурсы. Стратегии совладания отражают психологическую ситуацию подростка и оказывают существенное влияние на его психическое здоровье (Milleretal. 1998, цит. по Yao et al., 2014). Принято считать, что люди с активным стилем копинга способны предотвратить и смягчить переживание негативных эмоций, что в свою очередь помогает снизить стресс и избежать девиантных реакций в ответ на внутренние и внешние кризисные события. В то же время, пассивные стратегии копинга являются фактором риска су-

ицидального поведения среди подростков и молодежи (Geng & Zhang, 2008 цит. по Yao et al., 2014). Как отмечают исследователи, стратегии совладания наиболее активно формируются как раз в подростковом возрасте, что делает этот жизненный этап сензитивным к осознанному и неосознанному выбору тех способов, которые в дальнейшем будут закреплены. В литературе обсуждаются специфические паттерны копинга, характерные для подростков с девиантным и антивитаальным поведением: избегание, фокусировка на негативных аспектах и переживаниях, отказ от своих желаний, отрицание (Горбатов, Шукайло, 2005). В недавнем исследовании В. Бабак с соавторами (Babak et al., 2015) показали связь профиля стратегий совладания и суицидального поведения, в частности, суицидальных мыслей и намерений. Эмоционально-сфокусированные стратегии копинга значимо коррелируют с наличием суицидальных мыслей. Подростки с предпочтением эмоционально-сфокусированного стиля, по мнению авторов, в ситуации стресса и фрустрации не способны эффективно планировать свою жизнь, разрешать проблемы. Это делает стратегии совладания и их изменение важной мишенью в профилактике суицида.

Б. Миркович и коллеги (Mirkovic et al., 2015) изучали роль навыков совладания при депрессии и суицидальном поведении. Они показали, что продуктивные стили совладания негативно связаны с депрессией и суицидальностью. В клинической популяции подростки с эмоционально-сфокусированным стилем и избегающим стилем совладания имели более высокий уровень депрессивных симптомов. И напротив, проблемно-ориентированный стиль совладания негативно связан с депрессией, как в общей популяции, так и в клинической выборке. А. Спекенс и К. Хоутон (Speckens, Hawton, 2005) пришли к выводу, что подростки с историей суицидального поведения отличаются от сверстников дефицитностью навыков совладания. Кроме того, существуют гендерные различия в выраженности депрессивных симптомов. Девушки с депрессией в большей степени полагаются на эмоционально-сфокусированный копинг и руминацию, выражение эмоций, чем молодые люди (Li et al., 2012), тогда как молодые люди более склонны к отвлечению. В работе Б. Мирковича и коллег (Mirkovic et al., 2015), проведенной с участием 167 подростков 13–17 лет, госпитализированных после попытки суицида в педиатрические отделения Франции, также показано, что позитивные навыки совладания связаны с более низким уровнем депрессии, меньшей выраженностью активных суицидальных мыслей и намерений. С. Каттимани и коллеги выявили, что проблемно-сфокусированный копинг значимо реже используется подростками с историей импульсивных реактивных попыток суицида, которые скорее склонны предоставить проблеме разрешаться самой, выбросить ее из головы, избежать ее (Kattimani et al., 2015).

Избегание упоминается как фактор риска суицидальности в большинстве исследований связи копинга и подросткового суицидального поведения. Что касается других непродуктивных стратегий совладания, то здесь А.Мэтью и С. Нану (Mathew, Napoo, 2013) приводят конфронтацию и дистанцирование, как значимо более выраженные у суицидентов в сравнении с контрольной группой подростков. Кроме того, в том же исследовании показано, что стратегии самоконтроля, принятия ответственности, планирования решения проблем и позитивной переоценки, напротив, значимо больше используются подростками без признаков суицидального поведения. Таким образом, паттерн стратегий совладания, который можно рассматривать как фактор риска суицидальности, включает, прежде всего, высокие показатели по параметру избегания – бегства, а также рост по шкалам конфронтации и дистанцирования в сочетании со снижением по шкалам планирования решения проблемы, позитивной переоценки, самоконтроля и поиска социальной поддержки.

В связи с этим программа скрининга была дополнена Опросником способов психологического совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана (WOCQ, The Ways of Coping Questionnaire) (Lazarus, Folkman, 1988). Включение этого диагностического инструмента, с одной стороны, дает возможность охватить не только факторы риска, но и защитные факторы, что может иметь очень важное прикладное значение для разработки превентивных программ, с другой стороны, предоставляет материал, касающийся особенностей функционирования подростка в социуме, его стратегий саморегуляции, разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, а также совладания со стрессами.

3.6. Толерантность, антисуицидальные факторы

В структуру скрининга был добавлен блок вопросов, связанных с антивитальными тенденциями и возможной склонностью к антиобщественному поведению на национальной почве. На основании анализа отечественной и зарубежной литературы, были выбраны вопросы, касающиеся восприятия ценности жизни подростком (уровень установок и ценностей), влияния сверстников и референтной группы (прямое, через непосредственный контакт и косвенное, посредством социальных сетей). Дополнительный блок вопросов направлен на исследование влияния социальной среды общения (сверстников) непосредственно и через информационные технологии. Связь подростковой делинквентности, в частности ксенофобии и антивитального поведения, с характеристиками отношений со сверстниками и особенностями референтной группы традиционно подчеркивается в исследованиях (Thornberry et al., 2003). Суицидальное поведение друзей и знакомых выделяется в качестве значимого риска развития антивитального поведения у подростков, а активное вовлечение друзей в экстремистскую деятельность является

сильным предиктором развития криминальных установок и действий (Esbensen et al., 1993; Klein & Maxson, 2006). Референтная группа подростка имеет значимое влияние на развитие и поддержание асоциальных или просоциальных установок и убеждений. Особое внимание в блоке вопросов уделено сайтам, имеющим антивитальную и агрессивную, антиобщественную направленность. На сегодняшний день безопасность в Интернете, антивитальный и экстремистский контент и его влияние на психическое здоровье является одной из наиболее активно разрабатываемых тем (Durkee et al., 2011).

4. Организация обследования и дальнейшего психолого-социального сопровождения

Обследование проводится в два этапа: фронтальное тестирование и индивидуальное обследование (полуструктурированное интервью) обучающихся группы риска.

Ограничения метода: с помощью предлагаемого продукта (скрининга) не может быть оценен риск развития суицидального поведения в случаях острой реакции на психотравмирующее событие, произошедшее после мониторинга; ошибок при заполнении электронной/бумажной формы; наличия психических расстройств, не связанных с тревожно-депрессивным состоянием; низкого уровня осознания своего психологического состояния у опрашиваемого.

4.1. Проведение первого этапа диагностики (скрининг/ фронтальное тестирование)

Тестирование проводится очно, фронтально, в электронном виде с помощью программного продукта «Мониторинг риска развития суицидального и самоповреждающего поведения у обучающихся». Обследуемым мониторинг представляется как плановая оценка их настроения и психологического благополучия. Тестирование проводится с обучающимися, имеющими согласие родителей на психологическое сопровождение ребенка школьным психологом. Каждому испытуемому присваивается персональный код (по схеме: номер испытуемого, класс, школа; например, 19A1865, 29A1865 и т.п.), список фамилий и кодов хранится у ответственного за проведение тестирования.

Обучающимся дается инструкция следующего содержания: «Здравствуйте! Мы обращаемся к Вам с просьбой принять участие в плановом психологическом тестировании. Цель тестирования – узнать ваше мнение по разным жизненным ситуациям и оценить насколько комфортно вы себя чувствуете в школе. Нам интересно узнать Ваше личное мнение по заданным вопросам, поэтому, пожалуйста, отвечайте на все вопросы

самостоятельно. Крайне важно, чтобы Вы ответили на все вопросы по порядку. Участие в исследовании займет у вас около 45–60 минут. Когда будут обработаны данные тестирования, если захотите, вы сможете узнать свои результаты в личной беседе с психологом». Важно предоставить обучающимся достаточное количество времени для заполнения бланков (не меньше 60 минут), в противном случае обследуемые начинают торопиться и данные получаются невалидными.

Обезличенные данные², обработанные автоматически с выделением предположительной группы риска, через специальную форму программного продукта оперативно поступают специалистам Центра экстренной психологической помощи МГППУ (Приложение 1). По результатам проведенного скрининга (N=787) в среднем в группу риска попадает около 20 % обследованных. Список методик представлен в табл. 1.

Таблица 1.

**Перечень методик для скрининговой диагностики
антивитальных переживаний и склонности к импульсивному,
аутоагрессивному поведению у подростков (с 13 и выше лет)**

Название методики	Время заполнения (мин.)	Задача	Бланк (номер)
АКТУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА			
Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck)	5–10	Оценка восприятия настоящего и будущего	1
Шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Рассел)	10	Оценка выраженности субъективного переживания одиночества	2
Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Buss, М.Р. Perry)	7	Выявление степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности	3
Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ)	2	Выявление депрессивной симптоматики	5
ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА			
Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Hyler, 1987)	5	Оценка личностных характеристик, отражающих эмоциональную нестабильность, импульсивность, самовлюбленность с повышенной чувствительностью и нарциссическую уязвимость	6

² Каждому респонденту присваивается персональный код, список кодов хранится в образовательной организации у лица, ответственного за проведение тестирования.

Шкала семейной гибкости и сплоченности (FACES-5, Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптация М. Перри)	5–10	Оценка семейной сплоченности (степень эмоциональной связи между членами семьи) и адаптации (способность приспосабливаться и изменяться при воздействии стрессоров)	7
Опросник способов совладания R.Lazarus и S.Folkman (WOCQ)	10	Оценка адаптивных и дезадаптивных способов совладания со стрессом	8
Опросник «Личностные ценности»	5	Оценка убеждений, ценностей, социальных контактов	4
ИТОГО:	45–60 мин		8 бланков

На вопрос шкалы безнадежности «мне пора сдаться, так как я ничего не могу изменить к лучшему» положительно ответили **8 %**. На вопросы шкалы одиночества Расселла были даны положительные ответы: «мне не к кому обратиться» – 11 %, «часто чувствую себя одиноким» – 15 %, «покинутость, оставленность» – 10 %, «мне не кому обратиться за помощью» 5 % (группа риска **от 5 %–15 %**). По опроснику склонности к агрессии Басса-Перри получены ответы «не могу сдерживать желание ударить другого человека» – 12 %, «ломаю вещи в гневе» – 22 % (группа риска **от 12 %–22 %**). В шкале Индекса хорошего самочувствия получены ответы: «отсутствие настроения и чувства бодрости» – 14 %, «моя жизнь не наполнена интересными событиями» 17 % (группа риска **от 14 %–17 %**). Наличие самоповреждающего поведения в анамнезе отметили **19 %**. Шкала семейной гибкости и сплоченности: «не обращаются за помощью друг к другу» – 6 %, «члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом» – 9 %, «не чувствуют себя близкими друг к другу» – 8 % (**группа риска – 6–8 %**).

В зависимости от сочетания проявлений потенциальных и актуальных факторов риска выделены (по данным Центра экстренной психологической помощи МГППУ) 4 группы риска, существенно прогностически различающихся по степени тяжести психического состояния и необходимости экстренного вмешательства:

группа с риском самоповреждений 19 %;

группа акцентуированных личностей с признаками кризисного состояния: безнадежность, одиночество, депрессия (достаточно неблагоприятная по одной из шкал) – 15 %;

группа с признаками кризисного состояния без акцентуаций (безнадёжность, одиночество, депрессия) – 3,46 %;
группа акцентуированных подростков с повышенными показателями по агрессии 15,6 %.

Данная классификация позволит вести последовательную профилактическую работу, индивидуальное консультирование.

4.2. Проведение второго этапа диагностики (индивидуальное полуструктурированное интервью)

Специалистами Центра экстренной психологической помощи МГППУ (психолог, клинический психолог, психиатр) проводится диагностическая беседа с обучающимися предварительно выделенной группы риска, а также с другими обучающимися, желающими получить обратную связь по результатам тестирования. Второй этап проводится не позднее чем через три месяца после скринингового тестирования. По результатам диагностических интервью подтверждается или опровергается принадлежность опрошенных к группе риска. В работе с подростком в кризисном состоянии с целью оценки суицидального риска используется «Карта кризисного состояния», отражающая основные пресуицидальные маркеры состояния (Приложение 2).

Перед тем как вызывать специалистов для проведения второго этапа диагностики (индивидуальное полуструктурированное интервью), педагогом-психологом школы проводится подготовительный сбор информации от педагогов по обучающимся, попавшим в предварительно выделенную группу риска. Вопросы для прояснения у педагогов касаются сфер учебы, отношений в семье, отношений в классе и настроения подростка.

Наиболее частые признаки дисфункции и нестабильности семьи и негативные жизненные события, влияющие на суицидальность детей и подростков, приведены ниже (ВОЗ, 2000):

- психические отклонения у родителей, особенно аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания;
- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антисоциального поведения у членов семьи;
- история самоубийства и суицидальные попытки в семье;
- насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);
- недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- частые ссоры между родителями/опекунами, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;
- развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть;

частые переезды со сменой места жительства;
чрезмерно высокие или слишком низкие ожидания со стороны родителей/ опекунов в отношении детей;
излишняя авторитарность родителей/опекунов;
отсутствие у родителей/опекунов времени и, как следствие, недостаточное внимание к состоянию ребенка, их неспособность к своевременному обнаружению проявлений стресса, нарушений эмоционального состояния ребенка и признаков негативного влияния окружающей среды;
отсутствие гибкости (ригидность) членов семьи;
воспитание приемными родителями или опекунами.

По результатам сбора информации от педагогов, для прохождения второго этапа диагностики могут быть также отобраны обучающиеся, не попавшие в предварительно выделенную группу риска по результатам скрининга.

Далее приводится примерная структура беседы, проводимой специалистом, обученным реализовывать второй этап диагностики. Перед проведением интервью интервьюер представляется и объясняет обучающемуся его цель: «Я бы хотел(а) задать тебе несколько уточняющих вопросов по поводу тестирования, которое проводилось в школе. Ты не против? Это займет у нас от пяти минут до получаса. Если у тебя есть какие-то вопросы по тестированию, я на них с удовольствием отвечу». Перед проведением интервью важно создать атмосферу доверия и безопасности. В ходе диагностического интервью, обучающимся задаются уточняющие вопросы по положительным ответам на представленные ниже пункты опросников (эти вопросы автоматически выделяются красным цветом в итоговой таблице результатов тестирования программного продукта «Мониторинг риска развития суицидального и самоповреждающего поведения у обучающихся»).

1. Шкала безнадежности А. Бека

При согласии или несогласии (по обратным пунктам) с утверждениями:

«Мне пора сдаваться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему»;
«У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем»;
«Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему»;
«Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу»;
«Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого»

необходимо задать по ним уточняющие вопросы:

«Так ли это сейчас?», «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду».

Также могут быть заданы дополнительные вопросы, направленные на оценку образа будущего, например: «Что ты собираешься делать после школы?»; «Как тебе видится твое будущее?» и т.п.

2. Опросник одиночества Д. Рассела

При согласии или несогласии (по обратным пунктам) с утверждениями:

«Как часто Вы чувствуете себя одиноким?»;

«Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?»;

«Как часто Вы чувствуете себя покинутым?»;

«Как часто Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?»;

«Как часто Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?»

необходимо задать по ним уточняющие вопросы:

«Так ли это сейчас?», «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду».

Также могут быть заданы дополнительные вопросы, направленные на оценку наличия социальной поддержки и субъективного переживания одиночества, например: «Есть ли у тебя друзья в школе?», «С кем ты можешь поговорить, когда тебе грустно?», «Чувствуешь ли ты, что есть кто-то, кто тебя понимает?».

3. Опросник агрессии Басса-Перри

При согласии с утверждениями:

«Иногда я не могу сдерживать желание ударить другого человека»;

«Я быстро вспырываю, но и быстро остываю»;

«Если меня спровоцировать я могу ударить другого человека»;

«Временами мне кажется, что жизнь мне что-то не додала»;

«Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь»;

«Я не понимаю, почему иной раз мне бывает так горько»;

«Мне трудно сдерживать раздражение»;

«Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи»

необходимо задать по ним уточняющие вопросы:

«Так ли это сейчас?», «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду»,

«Расскажи подробнее об этих случаях».

Также могут быть заданы дополнительные вопросы, направленные на оценку импульсивности, враждебности и агрессивности: «Как ты справляешься с эмоциональным напряжением?» и т.п.

4. Опросник «Личностные ценности»

Могут быть заданы дополнительные уточняющие вопросы для прояснения смысла полученных ответов.

5. Индекс хорошего самочувствия

При несогласии с утверждениями:

«У меня было хорошее настроение и чувство бодрости»;

«Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями»

необходимо задать по ним уточняющие вопросы:

«Так ли это сейчас?», «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду».

6. Опросник личностных расстройств (PDQ-IV)

Вопросы для индивидуального интервью с подростками, подтвердившими наличие самоповреждающих/суицидальных действий в прошлом.

Данные вопросы задаются только испытуемым, положительно ответившим на 11 вопрос Опросника личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая (Huyler, 1987).

1. *Что случилось, что ты решил(а) ... [порезать себе руки]?*
2. *Ты хотел(а) именно умереть?*
3. *Как ты наносил(а) себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*
4. *Ты помнишь свое состояние тогда? Какое оно было?*
5. *Насколько тебе такой способ помог(ает) справиться с состоянием? Что ты еще пробовал(а)?*
6. *Кто еще знает о твоих самоповреждающих действиях (родители, друзья)?*
7. *Как они к этому относятся?*
8. *Как ты сам сейчас относишься к своим действиям?*
9. *Как ты думаешь, что можно было сделать в этой ситуации еще?*

7. Шкала семейной гибкости и сплоченности FACES-3

При отрицательных или положительных (по обратным вопросам) ответах на пункты:

- «Члены семьи обращаются друг к другу за помощью»;
- «Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом»;
- «Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу»;
- «Единство очень важно для нашей семьи»

необходимо задать по ним уточняющие вопросы:

- «Так ли это сейчас?»;
- «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду».

Могут быть заданы дополнительные вопросы, направленные на оценку семейных эмоциональных коммуникаций.

8. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

При выявлении дезадаптивных копинг-стратегий необходимо задать уточняющие вопросы про способы совладания с негативными ситуациями.

По результатам проведенного интервью заполняется «Карта кризисного состояния» (см. Приложение 2), данные заносятся в сводную таблицу (см. Приложение 3). Опрошенные делятся на три группы: имеющие *актуальный* риск развития суицидального поведения, имеющие *потенциальный* риск суицидального поведения и *не подтвердившие* наличие риска суицидального поведения (табл. 2).

Таблица 2.

Разделение респондентов по группам в зависимости от актуальности риска развития суицидального/самоповреждающего поведения и их дальнейшее сопровождение

Подгруппы по результатам скрининга	Признаки выделения	Дальнейшее сопровождение
«Норма»	И общие и ключевые показатели опросников в норме.	Не требуют дополнительного интервьюирования.
Актуальные факторы		
«Самоповреждение»	Отметили наличие эпизодов самоповреждающего поведения в прошлом. Обычно сопровождается высокими показателями по ключевым вопросам всех шкал.	Требуют индивидуальной диагностической беседы в первую очередь. Возможно привлечение специалистов из системы здравоохранения.
«Акцентуации + кризисное состояние»	Высокий показатель по хотя бы одной из шкал Опросника личностных расстройств PDQ, и высокими баллами по шкалам безнадежности, одиночества, депрессии, агрессии (достаточно неблагоприятная по одной из шкал).	Требуют индивидуальной диагностической беседы. При подтверждении результатов опросников, требуют комплексного психолого-педагогического сопровождения.
«Депрессия»	Высокие показатели по шкалам безнадежности, одиночества, депрессии.	Требуют индивидуальной диагностической беседы. Требуют отдельного внимания специалистов в силу наибольшего сходства с профилем группы пациентов с суицидальными тенденциями. Возможно привлечение специалистов из системы здравоохранения.
Потенциальные факторы		
«Акцентуации без кризисного состояния» «Несбалансированность семейной структуры»	Высокий показатель по хотя бы одной из шкал Опросника личностных расстройств PDQ. Несбалансированность семейной структуры по Шкале семейной гибкости и сплочённости.	При возникновении микросоциального конфликта и развитии кризисного состояния требуют наблюдения школьного психолога.

Из общего числа обучающихся, прошедших очное индивидуальное диагностическое интервью, в среднем у 20 % подтверждается наличие *актуального* риска развития суицидального и/или самоповреждающего поведения, 50 % остаются в группе *потенциального* риска, у 30 % наличие риска не подтверждается.

Дальнейшее психолого-социальное сопровождение может включать:

- 1) оповещение родителей о наличии риска развития суицидального поведения и рекомендации по направлению в медицинские организации;
- 2) составление индивидуального плана психолого-педагогического сопровождения ребенка (совместно со специалистами школьной психологической службы);
- 3) консультирование обучающегося в составе семьи на базе Центра экстренной психологической помощи;
- 4) методическая поддержка педагога-психолога школы, в том числе супервизия сложных случаев.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид // Актуальные проблемы суицидологии. 1981. Т. 92. С. 69–81.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. М., 1980. – 48 с.
3. Банников Г.С. Кошкин К.А Кризисные состояния у подростков (пре-суицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России. – 2013. – 2 (19). [Электронный ресурс] http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php
4. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 22 с.
5. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Безнадёжность, одиночество и склонность к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков как факторы риска развития социально-психологической дезадаптации / Психологическая помощь детям и подросткам в кризисных состояниях. Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием 5–6 июня 2014 года г. Минск. – 2014. – стр.16–19.
6. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты). Электронный журнал «Психологическая наука и образование» [Электронный ресурс] http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Vannikov_Pavlova.phtml
7. Бек П., Ольсен Л., Нимеус А. Психометрические шкалы оценки суицидального риска // Напрасная смерть. Причина и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 163–170.
8. Биркин А.А., Войцех В.Ф., Закондырина В.А., Кучер А.А. Профилактика суицидального поведения. – Мурманск. – 2004. – 77 с.
9. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. Пермь: Департамент образования и науки Администрации Перм. обл., 1999. 110 с.
10. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психол. диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб., 2009

11. Воликова С.В. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак / С.В. Воликова // Вопросы психологии : издается с 1955 года / Ред. Е.В. Щедрина, А.Г. Асмолов. – 2011. – № 5 сентябрь-октябрь 2011. – С. 121–131
12. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) Превенция самоубийств. Руководство для учителей и других работников школ. Женева. 2000. – 25 с.
13. Горбатов С.В., Шукайло В.В. Методика «СОРЕ» в психологическом исследовании подростков с отклоняющимся поведением // Развитие специальной (коррекционной) психологии в изменяющейся России: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения–2005». СПб. – 2005.
14. Диагностика личности / Сост. Т.Н. Разуваева. – Шадринск, 1993. – 26 с.
15. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри. Психологический журнал. 2007, 28(1). – С. 115–124.
16. Ишмухаметов И.Н. Психометрические характеристики шкалы одиночества Ucla (версия 3): изучение студентов вуза // . 2006. т 10. № 3. Р. 89–95.
17. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс. – 2014. – 464 с.
18. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. № 4. – С. 50–53.
19. Лабиринты одиночества /Пер. с англ.; сост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989. 624 с.
20. Павлова Т.С. Копинг-стратегии подростков с антивитальными переживаниями [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2013. № 1. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 07.07.2014).
21. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. – 1993.
22. Сальковскис П.М. Психологическое лечение суицидальных пациентов // Напрасная смерть. Причина и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 171–184.
23. Фурман Э. Некоторые трудности диагностики депрессии и суицидальных тенденций у детей // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – no. 1.
24. ХензелерХ. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии: В IV т. Т. II: Пер. с нем. М.: Когито-Центр: МДМ, 2001. С. 88–102.

25. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
26. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101–110.
27. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006, 352 с, илл.
28. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с
29. Babak V., Hashemi Touraj, Abdolpour Ghasem, Mashinchi Abbasi Naimah Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies // Contemporary psychology Spring-summer 2015, Volume 10, Number 1 (19); Page(s) 47 To 56.
30. Baechler J. A strategic theory // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1980. – no. 10. – P. 70–99.
31. Barbe R.P., Williamson D.E., Bridge J.A., Birmaher B., Dahl R.E., Axelson D.A., Ryan N.D. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents // J Clin Psychiatry. – 2005. – Apr. 66 (4). – P. 492–498.
32. Baumeister R.F. Suicide as an escape from self // Psychological review. – 1990. – no. 99. – P. 90–113.
33. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M. Measuring well-being rather absence of distress symptoms. A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 2002. Volume 12, Issue 2 , Pages 85–91.
34. Beautrais, A. L., Joyce, P.R. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people // Suicide & Life-Threatening Behavior. – 1999. –Vol. 29:1. – P.37–47.
35. Beck T.A., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // American Journal of Psychiatry. – 1985. – no. 142. – P. 559–563.
36. Buss A.H., Perry M. The aggression questionnaire //Journal of personality and social psychology. – 1992. – T. 63. – № . 3. – С. 452.
37. Brent D.A., Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior // Psychiatric Clinics of North America. – 2008. – 31(2). – P. 157–177.

38. Brezo J., Paris J., Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. no. 113. P. 180–206.
39. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2006. – no. 47:3/4. – P. 372–394.
40. Bronisch T., Höfler M., Lieb R. Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study // *J Affect Disord*. – 2008. – May 108(1–2). – P. 135–45.
41. Conner K.R., Duberstein P.R., Eric Y.C., Caine D. Reactive aggression and suicide: theory and evidence // *Aggression and Violent Behavior*. – 2003. – no. 8. – P. 413–432.
42. Csorba J., Rózsa S., Gádoros J., Vetró A., Kaczvinszky E., Sarungi E., Makra J., Kapornay K. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology // *J Affect Disord*. – 2003. – May 74(3). – P. 229–236.
43. Cull J., Gill W. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1988. – pp. 35–39.
44. Daniel S., Walsh A., Goldston D., Arnold E., Reboussin B., Wood F. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents // *Journal of Learning Disabilities*. – 2006. – no. 39. – P. 507–514.
45. De Wilde E.J. Adolescent suicidal behaviour: A general population perspective. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. – 2002. – pp. 249–259. Chichester: Wiley.
46. De Wilde E.J., Kienhorst I.C., Diekstra R.F., Wolters W.H. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1993. – no. 32 – P. 51–59.
47. Dean P.J., Range L.M. The escape theory of suicide and perfectionism in college students // *Death studies*. – 1996. – no. 20. – P. 415–424.
48. DSM-IV-TR American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. – P. 955.
49. Durkee Tony, Hadlaczky Gergo, Westerlund Michael and Carli Vladimir Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8(10), 3938–3952; doi:10.3390/ijerph8103938
50. Enns M.W., Cox B.J., Inayatula M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation // *Journal of the Amer-*

- ican Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2003. – Vol. 42. – Issue 6. – 720 p.
51. Esbensen FA, Huizinga D. Gangs, drugs, and delinquency in a survey of urban youth. *Criminology*. 1993;31:565–589.
 52. Esposito C., Spirito A., Boergers J., Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts // *Suicide Life Threat Behav.* – 2003. – no. 33:389. – P. 399.
 53. Eyzenck H.J. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality // *Journal of Personality.* – 1990. – no. 58 (1). – P. 245–261.
 54. Firestone, R., Firestone, L. Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations. // *Death Studies*. 1998. № 22. – pp. 411– 443.
 55. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the ways of coping questionnaire. – Consulting Psychologists Press, 1988.
 56. Fritsch S., Donaldson D., Spirito A., Plummer B. Personality characteristics of adolescent suicide attempters // *Child Psychiatry and Human Development.* – 2000. – Vol. 30 (4). – P. 219–235.
 57. Goldston D.B. Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescence. Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MD-909995. 2000.
 58. Gunderson J.G., Ridolfi M.E. Borderline personality disorder: Suicidality and self-mutilation // *Annals of the New-York Academy of sciences.* – 2001. – no. 32. – P. 61–77.
 59. Henkel V, Zander M, Hagele U, Hegerl U. Früherkennung und Behandlung in der Primärversorgung. *Extracta Psychiatrica* 2002 : 13–17.
 60. Hetrick S.E., Parker A.G., Robinson J., Hall N., Vance A. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents // *Crisis.* – 2012. – Jan. 1;33(1). – P. 13–20.
 61. Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Caelian C. Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior / In T.E. Ellis (Ed.) *Cognition and suicide: Theory, research and therapy.* – 2006. – Washington, DC: APA. – pp. 215–235.
 62. Joiner T.E., Pfaff J.J., Acres J.G. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project // *Behavior Research and Therapy*. 2002. № 40. – pp. 471–481.
 63. Joiner, T.E. *Why people die by suicide* / Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. – P 64.

64. Jons H. Alcohol Addiction: A Psycho-Social Approach to Abnormal Drinking / London. – 1963. – P. 189–190.
65. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract* 2015;6:171–6
66. Kazdin A., Rodgers A., Colbus D. The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. № 54. – pp. 241–245
67. Klein, M. W., & Maxson, C. L. (2006). *Street Gang Patterns and Policies*. New York: Oxford University Press. xii pp., 310 pp
68. Kumar U., Pradhan R.K. Correlates of suicide ideation: a factor analytic study // *Soc Sci Int*. – 2003. – no. 19. – P. 36–43.
69. Lasgaard M., Goossens L., Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses // *J Abnorm Child Psychol*. – 2011. – Jan. 39(1). – P. 137–150.
70. Lester D. Experience of Personal Loss and Later Suicide // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 1989. – no.79. – P. 450–452.
71. Lewinsohn P., Langhinrichsen-Rohling, J., Langford R., Rohde P., Seeley J., Chapman J. The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995. № 25. – pp. 458–474.
72. Li Z, Zhang Z. Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200:885–890.
73. Maris R.W. *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press. – 1981.
74. Mathew A, Nanoo S. Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters. *Indian J Psychol Med* 2013;35:39–46.
75. McGee R., Williams S., Nada-Raja S. Low Self-Esteem and hopelessness in childhood and suicide ideation in early adulthood // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2001. – Vol. 29. – No. 4. – P. 281–291.
76. McGee R., Williams S., Nada-Raja S. Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001. Vol. 29. № 4. – pp. 281–291.
77. Olson D.H. *Circumplex Model of Marital and Family Systems* / In F. Wals (Ed.), *Normal Family Processes*. (2nd Ed.). New York: Guilford Press. – 1993.
78. Page R., Yanagishita J., et. al. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents // *School Psychology International*. – 2006. – Vol. 27(5). – pp. 583–598.

79. PDQ-IV. URL: <http://www.pdq4.com/PDQ4Details.html> (дата обращения: 29.06.2014)
80. Plutchik R., Van Praag H.M., Conte H.R., Picard S., Correlates of suicide and violence risk, the suicide risk measure // *Comp Psychiatry*. – 1989. – no. 30. – P. 296–302.
81. Randy A. Sansone, Chronic Suicidality and Borderline Personality // *Journal of Personality Disorders*. – 2004. – Vol. 18. – pp. 215–225.
82. Reich J: Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, (1987), 1(3): 220–240.
83. Renaud J., Berlim M.T., McGirr A., Tousignant M., Turecki, G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study // *J. Affect. Disord.* – 2008. – no. 105. – P.221–228
84. Ristić-Dimitrijević R., Lazić D., Nenadović M., Djokić-Pješčić K., Klidonas N., Stefanović V. Aggression in Adolescents: Characteristics and Treatment // *Srp Arh Celok Lek.* – 2011. – Dec. no. 139. – Suppl. 1. – P. 61–64.
85. Ronningstam E.F., Maltsberger J.T. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse // *Suicide Life Threat Behav.* – 1998. – no. 28. – P. 261–271.
86. Roxborough H.M, Hewitt P.L., Kaldas J., Flett G.L., Caelian C.M., Shaerry S., Sherry D.L. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: a test of the perfectionism social disconnection model // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2012. – no. 42(2). – P. 217–233.
87. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996. Vol. 66. – pp. 20–40.
88. Schwald O., Dammann G. Кризисные интервенции при нарциссическом расстройстве личности. Пер. с нем и ред. Л. Милевской. – 2007. [Электронный ресурс] http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi_view.php?cat=3&id=3
89. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence // *Child Psychol Psychiatry*. – 1974. – no. 15. – pp. 275–291.
90. Shelley B.N. Causes and Effects of Adolescent Anger / A Capstone Project in partial fulfillment of the requirements for the Masters of Science Degree in Professional Development. Winona State University. – 2012. – 16 p.
91. Soloff P.H., Fabio A., Kelly T.M., Malone K.M., Mann J.J. High lethality status in patients with borderline personality disorder // *Journal of personality disorders*. – 2005. – 19(4). – P. 386–399.

92. Soloff P.H., Lis J.A., Kelly T. Risk factors for suicidal behavior in Borderline Personality Disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 1994. – no. 151. – P. 1316–1323.
93. Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):365–387.
94. Shelley B.N. Causes and Effects of Adolescent Anger / A Capstone Project in partial fulfillment of the requirements for the Masters of Science Degree in Professional Development. Winona State University. – 2012. – 16 p.
95. Van Heeringen C., Audenaert K., Van Laere K. et. al. Prefrontal 5-HT_{2a} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide // *J Affect Disord*. – 2003. – no. 74. P. 149–158.
96. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (2002). URL: http://www.who.int/mental_healthprevention/suicide/ (дата обращения: 10.12.2013).
97. World Health Organization. The world health report 2004 – changing history. <http://www.who.int/whr/2004/en/>
98. Yao Y-S., W-W. Chang, Y-L. Jin, Y. Chen, L-P. He and L. Zhang Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study 2014 John Wiley & Sons Ltd, *Child: care, health and development*, 40, 5, 747–752
99. Yen S., Sanisow C.A., Skodol A.E., Grilo C.M., Edelen M.O., Stout R.L., Morey L.C., Zanarini M.C., Markowitz J.C., McGlashan, Daversa M.T., Gunderson J.G. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2009. – Vol. 120. – P. 222–229

Бланки методик скрининга с ключами

Здравствуйте!

Мы обращаемся к Вам с просьбой принять участие в исследовании. Его целью является изучение представлений о будущем, настоящем, взаимоотношениях, эмоциях, способах справляться в стрессовой ситуации. Нам интересно узнать Ваше личное мнение по данной теме, поэтому, пожалуйста, отвечайте на все вопросы **самостоятельно**. Крайне важно, чтобы Вы ответили на **все вопросы по порядку**. Участие в исследовании займет у Вас около 45 минут.

Укажите, пожалуйста, следующую информацию о себе:

1. ФИО: _____
2. Пол: _____
3. Возраст: _____
4. Класс: _____
5. Семья: полная/неполная _____
6. В последние 6 месяцев в Вашей жизни происходило много стрессовых событий?
 - а) Нет.
 - б) Смерть родных или близких.
 - в) Тяжелое соматическое заболевание.
 - г) Постоянные ссоры с родителями.
 - д) Неразрешаемые неприятности в школе.
 - е) Неразделенная любовь.
 - ж) Развод родителей.
 - з) Другое _____
7. Вы – религиозный человек?
 - а) да,
 - б) нет
8. В основном Вы учитесь на:
 - а) 5 и 4,
 - б) 4 и 3,
 - в) 3 и 2.

Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Инструкция: Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны.

1	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
2	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
3	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
4	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
5	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
6	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
7	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
8	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
9	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Все, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в свое будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

Подсчет баллов:

1	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
2	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
3	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
4	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
5	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
6	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
7	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
8	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
9	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация: Максимальное количество баллов – 20 баллов; 0–3 балла – безнадежность не выявлена; 4–8 баллов – безнадежность легкая; 9–14 баллов – безнадежность умеренная; 15–20 баллов – безнадежность тяжелая.

Обращать внимание на вопросы 2, 9, 12, 20. Если наблюдаются хотя бы 3 ответа из указанных утверждений (особенно положительный ответ на 2 утверждение – «Мне пора сдать, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему»), необходима индивидуальная беседа по данным вопросам.

Опросник одиночества Рассела (Версия 3, 1996 г.)

Инструкция: Пожалуйста, укажите, как часто вы испытываете состояние, описанное в каждом нижеследующем пункте. Для этого обведите кружком балл для каждого пункта.

№ п/п	Утверждение	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	Как часто Вы чувствуете себя «на одной волне» с окружающими людьми?	0	1	2	3
2	Как часто Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	0	1	2	3
3	Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	0	1	2	3
4	Как часто Вы чувствуете себя одиноким?	0	1	2	3
5	Как часто Вы чувствуете себя частью группы друзей?	0	1	2	3
6	Как часто Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	0	1	2	3
7	Как часто Вы чувствуете, что Вы больше не испытываете близости к кому-либо?	0	1	2	3
8	Как часто Вы чувствуете, что окружающие Вас люди не разделяют Ваших интересов и идей?	0	1	2	3
9	Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?	0	1	2	3
10	Как часто Вы чувствуете близость, единение с другими людьми?	0	1	2	3
11	Как часто Вы чувствуете себя покинутым?	0	1	2	3
12	Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?	0	1	2	3
13	Как часто Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	0	1	2	3
14	Как часто Вы чувствуете себя изолированным от других?	0	1	2	3
15	Как часто Вы чувствуете, что можете найти себе компанию, если Вы этого захотите?	0	1	2	3
16	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	0	1	2	3

№ п/п	Утверждение	Никогда	Редко	Иногда	Часто
17	Как часто Вы чувствуете стеснительность?	0	1	2	3
18	Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	0	1	2	3
19	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	0	1	2	3
20	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	0	1	2	3

Вопросы 1, 5, 9, 10, 15, 16, 19, 20 – обратные: считаются наоборот если «3» то ставится «0» баллов.

Интерпретация: В первую очередь учитываются ответы на вопросы 3, 4, 11, 19, 20. Если наблюдаются хотя бы 3 ответа из указанных утверждений (особенно на 4 – «Я часто чувствую себя одиноким» (ответ – «часто») и 11 – «Я часто чувствую себя покинутым» (ответ – «часто»)), необходима индивидуальная беседа по данным вопросам.

Степень градации шкалы одиночества автором и другими исследователями не выделяются, ограничиваясь в целом ее факторной структурой.

Опросник склонности к агрессии Басса-Перри «BPAQ»

Инструкция: Прочитайте, пожалуйста, предложенные утверждения и оцените их по 5-ти бальной шкале от 1 («очень на меня не похоже») до 5 («очень на меня похоже»). Обведите цифру, соответствующую выбранному варианту ответа. Здесь нет верных или неверных, хороших или плохих вариантов. Указывайте вариант ответа, который первым придет вам в голову. Отвечайте, не пропуская утверждения!

№ п/п	Утверждение	Баллы				
		1	2	3	4	5
1	Иногда я не могу сдерживать желание ударить другого человека	1	2	3	4	5
2	Я прямо говорю своим друзьям, если я с ними в чем-то не согласен	1	2	3	4	5
3	Я быстро вспыхиваю, но и быстро остываю	1	2	3	4	5
4	Бывает, что я просто схожу с ума от ревности	1	2	3	4	5
5	Если меня спровоцировать, я могу ударить другого человека	1	2	3	4	5
6	Я часто не согласен с другими людьми	1	2	3	4	5
7	Я раздражаюсь, когда у меня что-то не получается	1	2	3	4	5
8	Временами мне кажется, что жизнь мне что-то не додала	1	2	3	4	5
9	Если кто-то ударит меня, я дам сдачи	1	2	3	4	5
10	Людям, которые меня раздражают, я говорю все, что о них думаю	1	2	3	4	5
11	Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь	1	2	3	4	5
12	Другим постоянно везет	1	2	3	4	5
13	Я дерусь чаще, чем окружающие	1	2	3	4	5
14	Я всегда начинаю спорить с теми, кто не согласен с моим мнением	1	2	3	4	5
15	У меня спокойный характер	1	2	3	4	5
16	Я не понимаю, почему иной раз мне бывает так горько	1	2	3	4	5
17	Если для защиты моих прав мне надо применить физическую силу, я так и сделаю	1	2	3	4	5
18	Друзья говорят, что я спорщик	1	2	3	4	5
19	Некоторые мои друзья считают, что я вспыльчив	1	2	3	4	5
20	Я знаю, что мои так называемые друзья сплетничают обо мне	1	2	3	4	5
21	Некоторые люди своим обращением ко мне могут довести меня до драки	1	2	3	4	5
22	Иногда я выхожу из себя без особой причины	1	2	3	4	5
23	Я не доверяю слишком доброжелательным людям	1	2	3	4	5

№ п/п	Утверждение	Баллы				
		1	2	3	4	5
24	Я не могу представить себе причину, достаточную, чтобы ударить другого человека	1	2	3	4	5
25	Мне трудно сдерживать раздражение	1	2	3	4	5
26	Иногда мне кажется, что люди насмеяются надо мной за глаза	1	2	3	4	5
27	Бывало, что я угрожал своим знакомым	1	2	3	4	5
28	Если человек слишком мил со мной, значит он от меня что-то хочет	1	2	3	4	5
29	Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи	1	2	3	4	5

Ключи к адаптированному варианту Басса-Перри:

Physical Aggression (Физическая агрессия)	прямые	1,5,9,13,17,21,27,29
	обратные	24
Anger (Гнев)	прямые	3,7,11,19,22,25
	обратные	15
Hostility (Враждебность)	прямые	4,8,12,16,20,23,26,28
	обратные	

Нормы по Ениколопову С.Н.

Шкалы	Мужчины (424 ч.)	Женщины (290 ч.)
Физическая агрессия	M=26,49 SD=6,22	M=21,53 SD=6,49
Гнев	M=20,29 SD=5,67	M=22,62 SD=5,66
Враждебность	M=22,08 SD=5,21	M=22,81 SD=5,66

Интерпретация: Ключевыми вопросами, после которых необходима индивидуальная беседа являются 1 – «Иногда я не могу сдерживать желание ударить другого человека» и 29 – «Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи» (4–5 баллов). Вопросы 8 и 16 отвечают за депрессивное состояние. Также важны ответы на вопросы: 3, 5, 11, 25.

Опросник «Личностные ценности»

Инструкция: Прочитайте, пожалуйста, предложенные утверждения и обведите цифру, соответствующую выбранному варианту ответа в каждом из пяти утверждений. Здесь нет верных или неверных, хороших или плохих вариантов. Указывайте вариант ответа, который первым придет вам в голову.

Отвечайте, не пропуская утверждения!

№ п/п	Утверждение	Ответы				
		Полностью поддерживаю	В целом согласен	Затрудняюсь сделать выбор	В целом не согласен	Полностью не согласен
1	Каждая нация должна жить на своей территории	1	2	3	4	5
2	Любая религия является предрассудком	1	2	3	4	5
3	Я часто общаюсь с людьми, несогласными с положением дел в стране и в мире, готовых бороться за свои принципы любыми методами	1	2	3	4	5
4	Я считаю, что главная ценность человека – это его жизнь	1	2	3	4	5
5	В последнее время я чувствую, что виртуальная группа, в которой я состою, существенно влияет на мои поступки, чувства, мысли	1	2	3	4	5
6	Мое отношение к человеку зависит от его веры, расы или национальности	1	2	3	4	5
7	Я испытываю раздражение по отношению к людям не похожим на меня (людям других национальностей, культур)	1	2	3	4	5
8	Меня интересуют группы в социальных сетях, посвященные темам смерти	1	2	3	4	5
9	Унижение и агрессия к другому человеку допустимы при определенных обстоятельствах	1	2	3	4	5

№ п/п	Утверждение	Ответы				
		Полно- стью под- держиваю	В целом согласен	Затрудня- юсь сде- лать выбор	В целом не согласен	Полно- стью не согласен
10	Некоторые из моих друзей и знакомых входят в группы, которые отрицают традиционные ценности (семья, любовь, жизнь)	1	2	3	4	5
<i>Далее выберите один из возможных вариантов ответа...</i>						
11	Как Вы думаете появление в сети групп, сообществ, направленных на отказ или критику традиционных ценностей связано с... 1. Желанием выделиться 2. Жадой власти и управлением людьми 3. Агрессией, направленной на разрушение устоев общества 4. Желанием заработать 5. Желанием помочь одиноким и депрессивным подросткам					

WHO-5 Well-Being Index (1998) Индекс хорошего самочувствия

Инструкция: Пожалуйста, отметьте галочкой в каждом из пяти утверждений наиболее подходящий ответ о Вашем самочувствии в течение последних двух недель.

№ п/п	В течение двух последних недель	Все время 5	Большую часть времени 4	Более половины всего времени 3	Менее половины всего времени 2	Иногда 1	Никогда 0
1	У меня было хорошее настроение и чувство бодрости						
2	Я чувствовал себя спокойным и раскованным						
3	Я чувствовал себя активным и энергичным						
4	Я просыпался с чувством свежести и отдыха						
5	Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями						

Интерпретация результатов Шкалы хорошего самочувствия (WHO-5 Well Being Index): подозрение на депрессию, если сумма составляет 12 баллов и ниже.

В случае если на вопросы № 1 «У меня было хорошее настроение и чувство бодрости» и № 5 «Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями» были получены 0 или 1 балл, **то требуется индивидуальная консультация.**

Бланк № 6

Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Hyler, 1987).

Инструкция: Ниже приводится 25 утверждений. Напротив каждого утверждения в столбике для ответов поставьте «+» в случае согласия с утверждением, и «-» в случае несогласия.

№ п/п	Утверждения	Шкала	Да	Нет
1	Я лучше, чем обо мне думают окружающие.	N		
2	Я пойду на крайние меры, чтобы не допустить ухода любимого человека	P		
3	Другие жаловались, что я недостаточно хорошо справляюсь с моей учебой.	Neg		
4	Я часто думаю о том, каким великим человеком я являюсь сейчас или стану в будущем.	N		
5	Я отношусь к другим только с любовью или с ненавистью.	P		
6	Я чувствую, что другие не понимают или не ценят меня.	Neg		
7	Только очень немногие люди могут действительно оценить и понять меня.	N		
8	Я часто задаюсь вопросом, кто я на самом деле.	P		
9	Многие считают меня своенравным и горячим	Neg		
10	Я очень хочу, чтобы другие люди обращали на меня внимание или хвалили меня	N		
11	Бывало, что я наносил себе физический вред	P		
12	Я не люблю, когда учитель, родитель говорит мне, как я должен выполнять свою работу.	Neg		
13	Я хочу, чтобы люди были ко мне благосклонны, даже если я отношусь к ним недостаточно доброжелательно.	N		
14	Я человек настроения.	P		
15	Я плохо отношусь к людям, которые более удачливы, чем я.	Neg		
16	Некоторые думают, что я имею преимущества над другими людьми	N		
17	Я порой чувствую, что жизнь моя уныла и бессмысленна.	P		
18	Люди часто жалуются на то, что я не понимаю, когда им плохо.	N		
19	Я часто жалею на свою жизнь.	Neg		
20	Мне трудно сдерживать свой гнев и проявления моего характера.	P		

№ п/п	Утверждения	Шкала	Да	Нет
21	Многие люди завидуют мне.	N		
22	Я могу поругаться с кем-нибудь, а через некоторое время начинаю извиняться.	Neg		
23	Другие считают меня высокомерным.	N		
24	В момент сильного стресса я веду себя как ненормальный или просто не помню потом, что произошло.	P		
25	Я иногда, не задумываясь, делал вещи (подобные перечисленным ниже), которые могли кончиться для меня плохо (<i>2 положительных ответа дают 1 балл</i>):	P		
	Тратил больше денег, чем имел			
	Употреблял алкоголь.			
	Был неумеренным в еде.			
	Безрассудно рисковал			
	Совершал мелкие кражи в магазинах			
	Играл в азартные игры			

Интерпретация:

шкала N – Самовлюбленность, ранимость – (для акцентуации необходимо набрать 5 баллов и выше);

шкала P – Эмоциональная нестабильность – (для акцентуации необходимо набрать 5 баллов и выше);

шкала Neg – Негативизм – (для акцентуации необходимо набрать 4 балла и выше).

Превышение 5 бальной отметки по отдельной шкале может говорить о наличии акцентуации характера. Сочетание с депрессивными проявлениями, переживаниями одиночества, безнадежности может говорить о реакциях декомпенсации, что резко повышает суицидальный риск и требует индивидуальной консультации психолога. **Обязательно и первоначально – индивидуальная беседа при положительном ответе на 11 вопрос: «Бывало, что я наносил себе физический вред».** Этот вопрос коррелирует с другими проявлениями социально психологической дезадаптации.

Бланк № 7

Шкала семейной гибкости и сплоченности (FACES-3)

Инструкция: Опишите вашу реальную семью. Прочитайте следующие высказывания и оцените их, проставляя баллы от 1 до 5, где:

1 – почти никогда; 2 – редко; 3 – время от времени; 4 – часто; 5 – почти всегда.

№ п/п	Утверждения	почти никогда	редко	время от времени	часто	почти всегда
1	Члены семьи обращаются друг к другу за помощью	1	2	3	4	5
2	При решении проблем учитываются предложения детей	1	2	3	4	5
3	Мы с одобрением относимся к друзьям других членов семьи	1	2	3	4	5
4	Дети самостоятельно выбирают форму поведения	1	2	3	4	5
5	Мы предпочитаем общаться только в узком семейном кругу	1	2	3	4	5
6	Каждый член нашей семьи может быть лидером	1	2	3	4	5
7	Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом	1	2	3	4	5
8	В нашей семье изменяется способ выполнения повседневных дел	1	2	3	4	5
9	Мы любим проводить свободное время все вместе	1	2	3	4	5
10	Наказания обсуждаются родителями и детьми вместе	1	2	3	4	5
11	Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу	1	2	3	4	5
12	В нашей семье большинство решений принимается родителями	1	2	3	4	5
13	На семейных мероприятиях присутствует большинство членов семьи	1	2	3	4	5
14	Правила в нашей семье изменяются	1	2	3	4	5
15	Нам трудно представить себе, что мы могли бы предпринять всей семьей	1	2	3	4	5
16	Домашние обязанности могут переходить от одного члена семьи к другому	1	2	3	4	5
17	Мы советуемся друг с другом при принятии решений	1	2	3	4	5

№ п/п	Утверждения	почти никогда	редко	время от времени	часто	почти всегда
18	Трудно сказать, кто у нас в семье лидер	1	2	3	4	5
19	Единство очень важно для нашей семьи	1	2	3	4	5
20	Трудно сказать, какие обязанности в домашнем хозяйстве выполняет каждый член семьи	1	2	3	4	5

Интерпретация по вопросам: ключевые вопросы – 1, 7, 11, 19, особое внимание стоит обратить на высокий балл при ответе на вопрос 7. При анализе результатов скрининга необходимо учитывать ответы по вопросам: 1 «Члены семьи обращаются друг к другу за помощью» – почти никогда, 7 «Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом» – почти всегда, 11 «Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу» – почти никогда.» **Негативные ответы на эти ключевые вопросы могут выступить значимыми факторами риска суицидального поведения в дальнейшем и подлежат уточнению в индивидуальной беседе.**

Опросник «Адаптация к стрессу» (Тест Лазаруса)

Инструкция: Опишите свое поведение/чувства с трудной ситуации. Прочитайте следующие высказывания и оцените их, проставляя баллы от 0 до 3.

№ п/п	<i>Оказавшись в трудной ситуации, я ...</i>	никогда	редко	иногда	часто
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действий	0	1	2	3
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3

№ п/п	<i>Оказавшись в трудной ситуации, я ...</i>	никогда	редко	иногда	часто
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	... рисковал напропалую	0	1	2	3
27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то обрвалось или кончилось	0	1	2	3

№ п/п	<i>Оказавшись в трудной ситуации, я ...</i>	никогда	редко	иногда	часто
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

Ключ сырых баллов:

конфронтационный копинг – пункты: 2, 3, 13, 21, 26, 37;

дистанцирование – пункты: 8, 9, 11, 16, 32, 35;

самоконтроль – пункты: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50;

поиск социальной поддержки – пункты: 4, 14, 17, 24, 33, 36;

принятие ответственности – пункты: 5, 19, 22, 42;

бегство-избегание – пункты: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47;

планирование решения проблемы – пункты: 1, 20, 30, 39, 40, 43;

положительная переоценка – пункты: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Интерпретация: Степень предпочтительности для испытуемой стратегии совладания со стрессом определяется на основании следующего условного правила:

показатель меньше 40 баллов – редкое использование соответствующей стратегии;

40 баллов ≤ показатель ≤ 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии;

показатель более 60 баллов – выраженное предпочтение соответствующей стратегии.

Карта кризисного состояния (суицидального риска)

Заполняется специалистом (дополнительно, при необходимости, в случае острого кризисного состояния ребенка) во время проведения второго этапа скрининга (полуструктурированного интервью) с подростком. Для педагога-психолога образовательной организации может являться дополнительной информацией, имеющей прогностическое значение в отношении риска суицидального поведения.

ФИО консультанта _____

Код интервьюируемого _____ **пол** _____ **класс** _____

Возраст интервьюируемого _____

- 0 – нет симптома;
- 1 – слабо выражен (психологически связан с актуальной ситуацией, в процессе может легко уходить);
- 2 – умеренно (симптом стабилен, носит отчетливо болезненный для человека характер);
- 3 – сильно выражен (человек погружен в переживания, не может и часто не хочет выйти из него переключиться на что-то другое).

I. Симптомы	Проявления/сочетания	0	1	2	3
Интенсивная тревога, страх немотивированный, ожидание непоправимой беды	Сочетается с подавленностью, страхом потери контроля над собственными чувствами переживаниями.				
Подавленность, отчаяние, безрадостность	Использование слов и выражений «я устал жить», «я больше так не могу» часто связано с переживаниями безнадёжности, одиночества, безысходности, чувством вины.				
«Душевная боль»	Чувство тяжести за грудиной – «душа болит». Приносит невыносимые страдания, чаще наблюдается при подавленности, отчаянии.				
«Тоннельное» восприятие	Фиксация на своих переживаниях, мыслях, связанных с ситуацией. Ни о чем другом говорить не может. Трудно поддается переубеждению				
Аутоагрессивные тенденции	Желание причинить себе физическую боль, злоупотребление алкоголем, наркотиками, экстремальными видами поведения, связанными с сознательным риском жизни, уничижение себя в речи.				
Раздражительность, агрессивность	Сопутствует обиде, часто с обвинениями других.				

Эмоциональная лабильность, импульсивность	Зависимость эмоционального фона от содержания разговора, перескакивание с темы на тему, часто необдуманные плохо контролируемые поступки.				
Безразличие, эмоциональная холодность	Использование слов и выражений – «скучно», «не интересно жить», «все надоело»				
Безнадежность, безысходность бессилие	Чувство ненужности, непонимания, тупика, безнадежности, пустоты рядом, как правило, тесно связанное с тоской, подавленностью.				
Одиночество	Переживание своей брошенности, восприятие себя как бремени для близких				
II. Степень выраженности суицидальных тенденций	Особенности проявлений	Шкала			
Антивитальные переживания	Размышления о бессмысленности (ненужности) жизни без четких представлений о собственной смерти. Эти переживания не обладают конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленностью. Часто связаны с психотравмирующей ситуацией, могут актуализироваться при нарастании психофизического истощения.	да/ нет			
Пассивные суицидальные мысли	Характеризуются представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляются в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.	да/ нет			
Навязчивые мысли о смерти	Периодически возникающие, реже постоянные мысли о смерти, самоубийстве. Человек воспринимает их как чуждое для него переживание и пытается с ними справиться	да/нет			
Мысли о смерти сверхценного уровня (суицидальные замыслы, намерения)	Мысли о смерти и самоубийстве носят постоянный характер, человек погружен в них, не борется с ними, есть разработка плана самоубийства, тяжело поддается переубедению, часто сопутствует тоннельное восприятие мира.	да/нет			

Состояние интервьюируемого оценивается как кризисное в следующих случаях (4 варианта):

вариант 1: один симптом выражен на 3 балла;

вариант 2: три симптома выражены на 2 балла;

вариант 3: общая сумма баллов 12 и выше;

вариант 4: наличие пассивных, навязчивых или сверхценных мыслей о смерти.

**Сводная таблица по результатам проведения
второго этапа скрининга на выявление потенциальных и
актуальных факторов риска развития кризисных состояний
с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов**

Заполняется педагогом-психологом после проведения 2 этапа обследования

Образовательная организация _____ класс _____

№ п/п	Код обследуемого	Предварительные результаты (1 этапа)	Проведено индивидуальное интервью	Подтверждено наличие самоповреждающего поведения	Подтверждено наличие признаков социально-психологической дезадаптации	Рекомендации
1		Группа с риском самоповреждений ³				
2						
3						
4						
5		Группа акцентуированных личностей с признаками кризисного состояния: безнадежность, одиночество, депрессия				
6						
7						
8						

³ Факт наличия самоповреждающего поведения объединяет в себе как актуальные, так и потенциальные факторы риска суицидального поведения и является наиболее прогностически неблагоприятным.

№ п/п	Код обследуемого	Предварительные результаты (1 этапа)	Проведено индивидуальное интервью	Подтверждено наличие самоповреждающего поведения	Подтверждено наличие признаков социально-психологической дезадаптации	Рекомендации
9		Группа с признаками кризисного состояния без акцентуаций (безнадежность, одиночество, депрессия)				
10						
11						
12						
13		Группа акцентуированных подростков с повышенными показателями по агрессии				
14						
15						
16						

Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов.

Под ред. Вихристюк О.В.

Авторский коллектив:

**Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Гаязова Л.А.,
Федунина Н.Ю., Баженова М.Д., Летова А.В.**

Подписано в печать: 30.06.2017
Формат: 60*90/16.. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. п. 3,6 Усл.-изд. л. 2,6