

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОСОБОГО ТИПА
«ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях

Методические рекомендации
для педагогов и кураторов

УДК 616.89-008.441.44-084-057.87(075.8)

ББК Ю94.я73+Р11(2)286.1я73

П 842

Корнетов А.Н., Шелехов И.Л., Силаева А.В., Толстолес Е.С., Морева С.А., Линок Е.А. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – 56 с.
ISBN 978-5-906094-05-6

В методических рекомендациях анализируются особенности суицидального поведения детей и подростков (мотивы, факторы, причины); даны необходимые сведения о стратегии профилактики суицидального поведения (оценка степени риска, диагностические методики).

Общая концепция изложения материала способствует формированию практических навыков для работы с лицами из группы суицидального риска, что является необходимым элементом профессиональной деятельности работников сферы образования. В методических рекомендациях даны необходимые сведения и стратегии профилактики суицидального поведения среди учащихся.

Методические рекомендации предназначены для работников системы образования и просвещения: классных руководителей, социальных педагогов, кураторов студенческих групп, педагогов-психологов, родителей учащихся.

Рецензент: доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИПЗ СО РАМН (г. Томск) Г.Г. Симуткин.

УДК 616.89-008.441.44-084-057.87(075.8)

ББК Ю94.я73+Р11(2)286.1я73

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией факультета клинической психологии, психотерапии и социальной работы (протокол № 1 от 2013 г.) ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России.

ISBN 978-5-906094-05-6

©ООО «Рекламная группа Графика»,

© А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес,
С.А. Морева, Е.А. Линок, 2013.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ проект №12-07-31109-мол_а «Комплекс интеллектуальных систем диагностики и профилактики депрессии» и проект №10-01-00462а «Построение отказоустойчивых тестов, принятие решений на их основе и развитие когнитивных средств в интеллектуальных системах»

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ	6
2. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА	7
3. ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У УЧАЩИХСЯ	12
4. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ	17
4.1 Общая превенция суицидального поведения	17
4.1.1 Индивидуальные антисуицидальные факторы	17
4.1.2 Основные антисуицидальные факторы	19
4.2 Конкретные меры, которые необходимо предпринимать при выявлении риска самоубийства	20
4.3 Меры, необходимые в случае совершения суицидальной попытки или самоубийства	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	27
ЛИТЕРАТУРА	28
Приложения:	
Приложение 1. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)	30
Приложение 2. Шкала суицидальной интенции А. Бека	34
Приложение 3. Методика определения степени риска совершения суицида	37
Приложение 4. Карта риска суицидальности	39
Приложение 5. Шкала оценки риска суицида	40
Приложение 6. Шкала суицидальных интенций Пирса	41
Приложение 7. Шкала безнадёжности	43
Приложение 8. Шкала депрессии А. Бека	45
Приложение 9. Тест «Суицидальная мотивация»	49
Приложение 10. Тест «Противосуицидальная мотивация»	53

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все большее внимание исследователей различных специальностей – психиатрии, психологии, социологии и др., привлекает проблема изучения суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте. Это связано с неуклонным ростом суицидальной активности молодежи (Корнетов А.Н., 1999).

Частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий увеличилась. По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире самоубийство входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти в возрастной группе лиц 15-19 лет (Бертолите Х.М., 2006; Круг Э.Г., 2003; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007). В ряде стран оно занимает первое место в качестве причины смерти молодых людей. У 30,0 % лиц в возрасте 14-24 лет возникают суицидальные мысли, 6,0 % юношей и 10,0 % девушек совершают суицидальные действия. Некоторые специалисты пишут о том, что в 10,0 % суицидальное поведение имеет цель покончить собой, и в 90,0 % суицидальное поведение подростка – это привлечение к себе внимания (Бертолите Х.М., 2006). Вместе с тем, более глубокое изучение данной проблемы свидетельствует, что при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен (Vedrinne J., 1995).

По данным статистики количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет около 13,0 % от общего числа умерших от неестественных причин (Иванова А.Е., 2011; Кузьмина Т.П., 2012). За последние годы самоубийством покончили жизнь свыше 14-ти тысяч несовершеннолетних. За каждой такой трагедией стоит личная драма, катастрофа, безысходность и страх перед жизнью побеждает страх смерти. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних показывает, что 62,0 % всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих (Корнетов А.Н., 1999; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру

подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности стрессов и утраты смысла жизни (Корнетов А.Н., 1999; Кузьмина Т.П., 2012).

Своевременная профилактика суицидального поведения заключается в компетентной психологической поддержке, внимательном и чутком участии, оказанном подростку в трудной жизненной ситуации.

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Самоубийство (суицид) – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения (WHO, 1986). Остальные компоненты **суицидального поведения** включают в себя суицидальные попытки (парасуициды, суицидальные покушения) и другие проявления (Кондрашенко В.Т., 1999).

Суицидальная попытка – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную (WHO, 1986). К другим **суицидальным проявлениям** относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни (Малкина-Пых И.Г., 2005).

Несмотря на разнообразие обстоятельств и методов совершения самоубийства выделяют общие черты, характерные для всех суицидов (Шнейдман Э., 2001):

1. Общей целью для суицида является поиск решения.
2. Общей задачей суицида является прекращение сознания.
3. Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-бездарность.
6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
8. Общим действием при суициде является бегство (агрессия).
9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.

2. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА

Необходимо коснуться возрастной динамики отношения детей и подростков непосредственно к суициду и смерти.

Дети крайне редко совершают осознанные самоубийства, хотя периодически это происходит. Дети-суициденты 6-7 лет представляли смерть как «иное существование». Собственная смерть детям в этом возрасте кажется глубоким сном, а смерть близких – длительным отсутствием. Дети убеждены, что смерть имеет свой конец и когда она закончится, жизнь начнется снова, без прежних трудностей. Дети не испытывают страха перед суицидом. По данным ряда исследований, попыткам суицида у маленьких детей предшествуют побег из дома, тенденция попадать в аварии, стремление притворяться, вспышки раздражения, уход от общения и одиночество, обостренная чувствительность к критике, нетерпимость к фрустрации, мрачные фантазии и грезы и повышенный интерес к смерти и самоубийству (Шелехов И.Л. и др., 2011). Исследования связывают детский суицид с недавней или предстоящей потерей любимого человека, стрессом в семье и безработицей родителей, жестоким обращением родителей и клиническим уровнем депрессии (Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007; Шелехов И.Л. и др., 2011).

Дети более старшего возраста (10-12 лет) понимают, что смерть это исчезновение навсегда, но у них нет понимания, что смерть есть конец жизни. Дети этого возраста убеждены, что суицидальной попыткой они устроят себя из тяжелой ситуации, накажут себя или своих близких на какое-то время, но не навсегда (Иванова А.Е., 2011; Кузьмина Т.П., 2012; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007; Шелехов И.Л. и др., 2011).

Подростковый и юношеский суицид может являться результатом кризиса взросления. В силу гормонального развития и нестабильности эмоционального состояния, а иногда и в неспособности идентифицировать и обозначать свои эмоции, подростки используют суицид, как средство прекращения своих душевных страданий. Юноши совершают самоубийства чаще, чем девушки, однако частота суицидальных попыток у девочек примерно в 2,5 раза больше в сравнении с мальчиками (Иванова А.Е., 2011; Корнетов А.Н., 1999; Ромек В.Г., 2004; Шелехов И.Л. и др., 2011).

Ряд опросов, проведенных в среде молодых людей свидетельствуют, у более, чем половины учащихся старших классов средней школы время от времени возникали мысли о самоубийстве. И очень важно, если подросток имеет возможность обсудить это со взрослыми, которые окажут необходимую помощь и поддержку. Если дети и подростки не находят решений трудных жизненных ситуаций, то суицидальные мысли приобретают патологиче-

ский навязчивый характер, что повышает риск возникновения суицидальных попыток (Иванова А.Е., 2011; Корнетов А.Н., 1999; Кузьмина Т.П., 2012).

2.1. Мотивы и факторы риска суицидального поведения учащихся

Анализ специальной литературы позволяет определить наиболее типичные мотивы суицидального поведения: переживания обиды, одиночество, отчужденность, утрата родителей, их развод или уход из семьи одного из родителей, неразделенная любовь, ревность, чувство вины, оскорбленного самолюбия, страх наказания, желание отомстить, злоба, сексуальные эксцессы, подражание кумиру или сверстнику, покончившему жизнь самоубийством (Корнетов А.Н., 1999; Малкина-Пых И.Г., 2005; Кузьмина Т.П., 2012; Моховиков А.Н., 2001, 2013; Тарасова Н.Н., 2010).

Необходимо более подробно рассмотреть факторы¹, повышающие риск подросткового суицида. К этим факторам, прежде всего, относятся **особенности семьи, в которой воспитывается ребенок, психотравмирующие (стрессовые) события** его детства, а также наличие **психических и поведенческих расстройств**. Приведем перечень наиболее частых признаков дисфункциональных, нестабильных семей, которые могут прямо влиять на суицидальное поведение: самоубийства и суицидальные попытки в семье; психические расстройства у родителей, особенно, аффективные расстройства (депрессия); развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть; злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антисоциального поведения у членов семьи; насилие в семье (включая физическое, сексуальное, экономическое и т.д. насилие над ребенком); недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем; чрезмерно высокие или слишком низкие ожидания со стороны родителей/опекунов в отношении детей; частые ссоры между родителями/опекунами; постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье; частые переезды со сменой места жительства; излишняя авторитарность родителей/опекунов; отсутствие гибкости (ригидность) поведения членов семьи; недостаток 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; воспитание приемными родителями или опекунами (Корнетов А.Н., 1999; Шелехов И.Л. и др., 2011).

1 Стоит заметить, что перечисленные ниже факторы далеко не всегда приводят к суициду, однако, их необходимо принимать во внимание при формировании профилактических программ антисуицидального поведения детей и подростков группы риска.

В некоторых случаях, в семьях, где существует несколько проблем из перечисленных, риск суицида увеличивается. Порой дети из таких семей не обращаются за внешней помощью, не получают поддержки и остаются наедине со своими проблемами, боясь наказания со стороны родителей/опекунов, за то, что посвящают посторонних в семейные неурядицы. Поэтому в данном случае необходимо активное и корректное участие взрослого (куратора, педагога, воспитателя и т.д.) с целью превенции драматического исхода сложившейся семейной ситуации (Кузьмина Т.П., 2012).

Вторая группа факторов представлена **психотравмирующими событиями, произошедшими в жизни ребенка**, которые могут негативно влиять на чувствительность к стрессовым воздействиям. Это может сказываться на способностях детей и подростков адекватно справляться с текущими жизненными трудностями. Трагичные события провоцируют возникновение у подростков чувства беспомощности, безнадежности и отчаяния, что может спровоцировать возникновение суицидальных мыслей и привести к совершению суицидальной попытки или самоубийства. К психотравмирующим событиям относятся: ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые (при этом с объективной позиции они таковыми могут не являться); неприятности в семье; смерть любимого или другого значимого человека; разрыв отношений с любимым человеком; разлука с друзьями, любимой девушкой/парнем, одноклассниками и др.; межличностные конфликты или потери; запугивание, издевательства со стороны сверстников; длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы; давление, оказываемое группой сверстников, прежде всего, связанное с подражанием саморазрушительному поведению других; наличие суицидальной попытки у подростка или у кого-либо из значимого окружения²; проблемы с дисциплиной и законом; разочарование успехами в школе, серьезные трудности в учебе; высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзамены); тяжелое экономическое положение; нежелательная беременность (причем, травмирующим переживанием может являться не сама беременность, а отношение к происходящему родителей, родственников, неблагоприятная семейная обстановка), аборт и его последствия; ВИЧ-инфекция или заражение другой болезнью, передающейся половым путем; серьезная физическая болезнь; чрезвычайные внешние ситуации и катастрофы, природные катаклизмы (Иванова А.Е., 2011; Корнетов А.Н., 1999; Кузьмина Т.П., 2012; Малкина-Пых И.Г., 2005).

Перечисленные в данной группе факторы не всегда способствуют раз-

² Особенно суицидоопасны первые 6 месяцев после совершения суицидальной попытки. В этот период времени необходимо быть особенно внимательным и бдительным, чтобы предотвратить повторные саморазрушающие действия.

виту суицидального поведения, поэтому для каждого отдельного случая необходимо учитывать личностные особенности конкретного подростка, чтобы определить степень риска самоубийства (Корнетов А.Н., 1999).

К третьей группе факторов относятся **особенности личности** самого подростка. Перечисленные ниже личностные черты, в норме, наблюдаются в подростковом возрасте и их наличие не является достаточным основанием для прогнозирования склонности к самоубийству. Однако, в сочетании с психическими расстройствами эти особенности бывают связаны с риском самоубийства: нестабильность настроения; агрессивное и антисоциальное поведение; склонность к демонстративному поведению; чрезмерная импульсивность, раздражительность; ригидность мышления и поведения; недостаточная способность преодоления проблем и трудностей (в школе, среди сверстников, и т.д.); неспособность адекватной оценки действительности; тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»; идеи переоценки собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности; легко возникающее чувство разочарования; тревога и подавленность, особенно при несущественных недомоганиях или неудачах; самодовольство, излишняя самоуверенность; чувство неполноценности и неуверенности, которое может скрываться за проявлениями надменности, доминирования, отвержения или провоцирующего поведения в отношении школьных друзей или взрослых, включая родителей; проблемы половой идентичности или сексуальной ориентации; сложные, неоднозначные отношения с родителями, другими взрослыми и сверстниками (Корнетов А.Н., 1999; Розанов В.А., Мохников А.Н., 2007; Шелехов И.Л. и др., 2011).

Приведенные личностные особенности могут приводить к нарушению социальной адаптации, которая может проявляться в потере социально направленных чувств, недоверии к близкому социальному кругу и социальным нормам, неконтактности, негативном отношении к требованиям общественной морали, конфликтности. Психосоциальные стрессоры, при наличии низких адаптационных возможностей и слабых копинг-механизмов, приводят к развитию депрессии, чувства безнадежности и суицидальному поведению (Корнетов А.Н., 1999). Поэтому психические нарушения чаще всего рассматриваются как отдельный причинный фактор.

Психические и поведенческие расстройства являются серьезным фактором риска суицидального поведения в данной возрастной группе. Наиболее релевантными в этом отношении являются расстройства настроения, безысходность, предшествующая суицидальность, расстройства личности и поведения, злоупотребление психоактивными веществами, психотические состояния. Широко известна отчетливая связь между аффективными расстройствами и суицидальностью. Но большинство молодых людей, страда-

ющих депрессией, все-таки не предпринимают попыток расстаться с жизнью и не погибают от суицида. В данном случае имеют значение сопряженные обстоятельства, влияющие, как на проявления самой депрессии, так и на суицидальные составляющие. К таким факторам можно отнести безысходность, которая, например, у взрослых является более выраженным предиктором суицидального поведения, чем депрессия в целом. Нередко расстройства личности, поведения, депрессия коморбидны с зависимостью от психоактивных веществ. В настоящее время имеется достаточно свидетельств связи суицидов с алкогольной, наркотической и другими видами зависимости. Иногда прием алкоголя или другого нейротропного вещества является составной частью суицидальной попытки (Корнетов А.Н., 1999).

3. ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У УЧАЩИХСЯ

Как было сказано выше, обстановка в семье, психологические травмы, которые на себе испытывает ребенок, его личностные особенности снижают способность эффективно справляться со стрессами. Признаки стресса могут быть доступны для выявления. Так, например, любые неожиданные изменения, влияющие на поведение подростка или ребенка, внезапные и значительные изменения успеваемости, посещения школы или поведения следует принимать всерьез. Эти внезапные и очевидные изменения всегда необходимо рассматривать в контексте основного, привычного поведения и успеваемости: потеря интереса к обычной деятельности; внезапное снижение успеваемости; необычное снижение активности, безволие; плохое поведение в школе, нарушения дисциплины; необъяснимые или частые уходы из дома, пропуски занятий, прогулы; увеличение потребления табака, алкоголя или наркотиков; инциденты, приводящие к контактам с правоохранительными органами, участие в драках и беспорядках (Корнетов А.Н., 1999; Кузьмина Т.П., 2012; Малкина-Пых И.Г., 2005; Тарасова Н.Н., 2010; Шелехов И.Л. и др., 2011).

Если учитель, социальный педагог или психолог замечает у учащегося какие-либо из приведенных признаков, об этом следует известить службу экстренной психологической помощи или специалиста в сфере превенции суицидов, которые должны принять меры по оценке состояния данного учащегося, т.к. в таких ситуациях можно предположить высокий суицидальный риск.

Сотрудникам образовательного учреждения необходимо принимать во внимание наличие индикаторов суицидального риска (см. Таблица 1.) - особенностей сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска; и учитывать, что большинство, совершающих суицидальные действия, осуществляют их при незначительном временном разрыве от начала формирования суицидальных мыслей (Малкина-Пых И.Г. 2005; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007; Шелехов и др., 2011).

Таблица 1. Индикаторы суицидального риска

<p>Ситуационные индикаторы</p>	<p>Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека; развод родителей; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; раскаяние за совершенный проступок; угроза наказания; получение тяжелой инвалидности; психическое расстройство; шантаж; ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.</p>
<p>Поведенческие индикаторы</p>	<p>Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем; уход из дома; самоизоляция от других людей и жизни; резкое снижение повседневной активности; изменение привычек (несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью); выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами; частое прослушивание траурной или печальной музыки; «приведение дел в порядок» (урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей); любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких; склонность к неоправданно рискованным поступкам; посещение врача без очевидной необходимости; нарушения дисциплины или снижение качества успеваемости и связанные с этим неприятности в учебе; расставание с дорогими вещами или деньгами; приобретение средств для совершения суицида.</p>
<p>Коммуникативные индикаторы</p>	<p>Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное); шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям; уверения в беспомощности и зависимости от других; прощание; сообщение о конкретном плане суицида, самообвинения, двойственная оценка значимых событий; медленная, маловыразительная речь.</p>

Когнитивные индикаторы	Разрешающие установки относительно суицидального поведения; негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего; представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить; представление о мире как месте потерь и разочарований; представление о будущем как бесперспективном, безнадежном; «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида; наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.
Эмоциональные индикаторы	Амбивалентность по отношению к жизни; безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние; переживание горя; депрессия; несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность; вина или ощущение неудачи, поражения; чрезмерные опасения или страхи; чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности; рассеянность или растерянность.

Подробнее необходимо остановиться на проявлениях симптомов депрессии у учащихся (см. *Табл. 2.*). Очевидно, что диагноз депрессии должен ставить врач - специалист в области детской и подростковой психиатрии, но учителям и другим работникам школы следует знать разнообразные симптомы депрессии (Малкина-Пых И.Г., 2005; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

В подростковый период часто наблюдаются такие проявления, как снижение самооценки, уныние, нарушения внимания, повышенная утомляемость и нарушения сна, что характерно и для депрессии. Однако, эти симптомы не представляют повода для тревоги, если не нарастают по степени тяжести и длятся непродолжительное время. Интенсивность суицидальных мыслей, их продолжительность, контекст, в которых они возникают, невозможность отвлечения ребенка или подростка от этих мыслей отличают молодого человека в состоянии суицидального кризиса от здорового сверстника. Помочь ребенку/подростку справиться с клиническими формами проявления депрессии может только специалист с высшим медицинским образованием, который прошел необходимую подготовку по направлениям: психиатрия, психологическое консультирование, психотерапия и т.д. (Корнетов А.Н., 1999; Кузьмина Т.П., 2012; Малкина-Пых И.Г., 2005; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Таблица 2. Симптомы депрессии у детей и подростков

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогоулы в школе

Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, и уже оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации. Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, наблюдение должно быть неназойливым и тактичным (Кузьмина Т.П., 2012; Малкина-Пых И.Г., 2005).

Необходимо уделить внимание **экспресс-диагностике степени риска совершения суицида**. Данный вид диагностики не требует специальных психологических знаний, а также больших временных затрат.

Степени риска совершения суицида имеет градацию: легкая степень (при удовлетворении одного диагностического критерия); средняя степень (при удовлетворении двух критериев); тяжелая степень (при удовлетворе-

нии трёх критериев).

Оценка степени суицидального риска производится по трём основным критериям: место; время; способ.

При беседе с потенциальным суицидентом задача специалиста (педагога, психолога) состоит в том, чтобы за максимально короткое время определить возможность совершения самоубийства. Например, Вы выявили, что подросток собирается совершить суицид в пятницу вечером, когда родители уедут на дачу. В данном случае удовлетворяются критерии **времени и места**, т.к. они являются полностью подходящими при низкой вероятности предотвращения суицида.

Далее определяется **способ**. Например, из беседы выясняется, что способом совершения самоубийства будет огнестрельное оружие. Если в доме действительно хранится оружие, тогда критерий способа совершения самоубийства удовлетворен.

Из выше изложенного примера следует, что все три критерия (место, способ и время) совпадают – выставляется тяжёлая степень риска совершения самоубийства. В данном случае необходимы экстренные мероприятия по предотвращению суицида.

При условии несовпадения одного из выше перечисленных критериев степень риска совершения самоубийства снижается. Например, известно место совершения попытки суицида, а время и способ ещё не определен (в беседе проявляется в высказываниях: «Возможно, я спрыгну с балкона», «скорее всего я выпью какие-нибудь таблетки»). Употреблённые неопределённые выражения: «может быть, вероятно, наверное» свидетельствуют о несформированном желании покончить жизнь самоубийством), тогда степень риска снижается. Но необходимо помнить, степень риска может стремительно возрасти при воздействии неблагоприятных факторов, поэтому считается целесообразным (при любой степени риска) начать профилактические мероприятия незамедлительно.

Кроме факторов суицидального риска и индикаторов также существуют психодиагностические методы исследования, которые позволяют проводить мониторинг психического благополучия учащихся и формировать группы риска для дальнейшей профилактической работы. Тесты и опросники приведены в приложениях к данным методическим рекомендациям.

4. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ

Важной составляющей превенции суицида в образовательной среде является психологическое благополучие педагогов. Они должны быть обучены техникам эмпатического слушания, ведения доверительной беседы, установления психологического контакта, ведения групповых дискуссий. Педагогам полезно владеть технологией обучения социальным навыкам, коррекции поведения. Педагогам следует развивать навыки профилактики эмоционального выгорания, систематически анализировать сложные случаи профессиональной практики с помощью знаний коллег или балинтовской группы, при необходимости обращаться за помощью к психологу. Это особенно важно для сохранения и укрепления психологического здоровья, если педагог сопровождает развитие суицидента, ребёнка с отклоняющимся поведением (Васильева О.С., 2000; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

4.1 Общая превенция суицидального поведения

При реализации начальных этапов профилактики суицидов среди учащихся необходимо делать акцент на индивидуальные особенности детей/подростков и учитывать специфику образовательного пространства, в рамках которого проводится превенция.

Важным аспектом профилактики суицидов среди детей и подростков является не только раннее выявление учащихся группы риска (для этого необходимо учитывать приведенные выше факторы и индикаторы в контексте той ситуации, в которой оказался ребенок, а также применение методов психодиагностики, позволяющие объективизировать предположения педагогов о психологическом благополучии учеников), но и усиление антисуицидальных факторов, которые присутствуют у любой личности.

4.1.1 Индивидуальные антисуицидальные факторы

Антисуицидальные факторы личности³ – это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные

³ Развить и укрепить в личности ребенка антисуицидальные фактора можно с помощью проведения тренингов, открытых обсуждений во время классного часа. Делать это можно используя разнообразные психопрофилактические программы и тематические дискуссии, сценарии которых сейчас активно публикуются в журналах «Классный руководитель», «Школьный психолог» и др.

переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений (Тарасова Н.Н., 2010). К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к родным и близким людям, степень значимости отношений с ними, боязнь причинить им душевную боль;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- религиозные и социальные табу, связанные с проблемой смерти и самоубийства, боязнь греха самоубийства;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- проявление интереса к жизни;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;
- неуверенность в надёжности выбранного способа самоубийства;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Родителям/опекунам, которые, прежде всего, должны заниматься профилактикой негативных явлений в жизни их детей/подопечных можно порекомендовать использование следующих стратегий для формирования антисуицидальных установок. Первой стратегией можно выделить **активное общение** с ребенком: необходимо чаще спрашивать о том, как прошел его день, интересоваться тем, с кем он общается, какие это дети, какой любимый предмет у него в школе, о чем он мечтает и т.д. Нельзя оставлять ребенка наедине с его мыслями, если его поведение стало резко отличаться от привычного. Следует словом и поступком **вселять уверенность в силы и возможности ребенка**, особенно важно обращать внимание на то, как ребенок переживает свои промахи, плохие оценки и т.д. Не порицанием, а **поддержкой и усилением веры в себя** стоит преодолевать неудачи, ис-

пользуя собственный пример из собственного детства и юности. Расскажите ему, как вы справлялись с неудачами. Внушайте **оптимизм и надежду**, самое главное, чтобы у ребенка формировалось представление о том, что значимо и стоит внимания, а что - нет, т.к. надежда на лучшее и уверенность в этом не только для ребенка, но и для взрослого является мощным стимулом для жизни и развития. Родителям/опекунам следует проявлять **сочувствие, окружать теплом, заботой и вниманием. Безусловная любовь** родителей и уверенность ребенка в том, что его принимают таким, какой он есть является залогом психического и физического благополучия. Дети обманывают и совершают опасные поступки из-за страха быть наказанными. При этом, они могут себе фантазировать наказания несоизмеримые своим поступкам, поэтому ребенок/подросток должен быть уверен в том, что его примут в семье любым и что он может обратиться к родным и близким за любой помощью. Все же необходимо осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками, уделять пристальное внимание внезапным изменениям в поведении, окружении, привычек ребенка. Если это необходимо, и в случае осознания родителем/опекуном своей некомпетентности в некоторых вопросах воспитания, необходимо обращаться за помощью к специалистам (психологам, клиническим психологам, психотерапевтам, социальным работникам и т.д.). Потребность в таких консультациях и их использование должно расцениваться как проявление заботы о своей семье и заинтересованности в её благополучии.

Детей и подростков следует учить серьезному отношению к собственным чувствам и поощрять их к искреннему обмену переживаниями с родителями и другими взрослыми, такими как учителя, школьный психолог, социальный педагог, школьный врач или медицинская сестра, друзья, спортивный тренер и т.д.

4.1.2 Основные антисуицидальные факторы

Основными факторами защиты от суицидального поведения являются: гармоничные отношения между членами семьи; поддержка со стороны семьи; уверенность учащегося в себе, в своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей; умение общаться со сверстниками и взрослыми; умение обращаться за помощью при возникновении трудностей; умение обращаться за помощью к взрослым при необходимости принятия важных решений; открытость мнению и опыту других людей; открытость ко всему новому, способность к усвоению новых знаний; социаль-

ная интеграция (участие в общественной жизни, например, в спортивных мероприятиях, членство в обществах, клубах и т.д.); доброжелательные, ровные отношения с товарищами по школе; хорошие отношения с учителями и другими взрослыми; наличие поддержки со стороны близких людей (Кузьмина Т.П., 2012).

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер (Тарасова Н.Н., 2010).

В системе образования следует использовать специальные меры предотвращения запугивания и физического насилия и взаимной нетерпимости в школе или на ее территории, создавать безопасную обстановку для каждого. Если в школьном классе или какой-либо другой организованной группе детей есть отвергаемые, педагогам следует интегрировать их в детский коллектив (Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

4.2 Конкретные меры, которые необходимо предпринимать при выявлении риска самоубийства

В большинстве случаев, у учащихся, составляющих группу риска суицидального поведения, существуют проблемы общения, поэтому зачастую они неспособны или не имеют возможность обсуждения с кем-либо возникших трудностей. Поэтому с этими ребятами, в первую очередь, следует установить диалог – доверительное общение. Отсутствие доверительного общения и вызванное этим нарушение взаимодействия между людьми приводит к тому, что молчание и нарастающая напряженность в отношениях не позволяют сделать ничего полезного для подростка. При этом не стоит опасаться, что беседа по поводу суицидальных мыслей может спровоцировать самоубийство, наоборот, люди, находящиеся в таком состоянии ждут такого разговора, как возможность спастись (Бертолотте Х.М., 2006; Ромек В.Г. и др., 2004). Очень часто столкновение взрослых людей с суицидальными высказываниями ребенка или подростка вызывает обострение их собственных психологических конфликтов (Кузьмина Т.П., 2012; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Психологическое напряжение, обусловленное общением взрослого со страдающим ребенком/подростком, может достигнуть большой интенсивности и сопровождается широким спектром эмоциональных реакций. В некоторых случаях у взрослого, находящегося в контакте с такой группой учащихся, актуализируются собственные эмоциональные проблемы. Стремление помочь суицидальному ученику и одновременно возникающее не-

желание или неспособность предпринять соответствующие меры - может привести к отказу от обсуждения проблемы. В ряде случаев дискомфорт, который испытывают взрослые, выливается в осознанную или бессознательную агрессию против ребенка. В результате взрослые реагируют вербальной/невербальной агрессией в отношении суицидального ребенка/подростка (Кузьмина Т.П., 2012).

Важно понять, что в процессе общения учитель, школьный психолог, социальный педагог должны обладать необходимыми навыками вести доверительную беседу во время суицидального кризиса, это является особенно важным моментом. Диалог должен соответствовать ситуации и подразумевает признание самооценности детей и подростков и их потребности, прежде всего, в помощи, а не в дидактическом, назидательном подходе (с позиции старшего) (Тарасова Н.Н., 2010).

Дети и подростки, переживающие стресс или подвергающиеся риску самоубийства, часто бывают чрезмерно чувствительными к стилю общения других людей, иными словами молодежь в состоянии суицидального кризиса особенно чувствительна не столько к тому, что говорится, но и, к тому, как это говорится. Повышенная чувствительность суицидального подростка проявляется как в словесном, так и невербальном общении. Порой больше пользы приносит невербальная коммуникация – «язык жестов и прикосновений». Специалисты, занимающиеся профилактикой не должны волноваться из-за нежелания детей и подростков разговаривать с ними. Им следует помнить, что установка на избегание контакта часто является признаком недоверия к взрослым (Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Взрослые могут столкнуться с тем, что ребенок отвергает их помощь. На самом деле он одновременно и желает, и не хочет ее. Суицидальные дети и подростки проявляют выраженную амбивалентность (двойственность) в отношении того, принять ли предложенную им помощь, или отвергнуть ее, продолжать жить, или умереть. Эта амбивалентность явно отражается в их поведении, они легко переходят от обращения за помощью к ее отвержению, и окружающие могут неправильно интерпретировать их поступки. Поэтому для достижения положительного результата в диалоге необходимы мягкость и настойчивость, терпение и максимальное проявление сочувствия и любви.

Обучение специальным навыкам общения с суицидальными подростками должно осуществляться в ходе специальных курсов практического обучения, направленных на выработку подходов общения между учащимися и учителями, а также на повышение уровня осознания и понима-

ния преподавателями и воспитателями суицидального риска. Ключевыми мерами превенции самоубийств являются повышение квалификации всех работников школы, в компетенцию которых входят беседы с коллегами и учащимися о вопросах жизни и смерти, обучение их выявлению стрессовых состояний, признаков депрессии и суицидального поведения, повышение уровня их знаний о доступных видах психологической поддержки и других источниках помощи. Прежде всего это педагоги, психологи и социальные педагоги (Кузьмина Т.П., 2012; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

В экстренных случаях в качестве метода кризисной интервенции применима следующая структура беседы. Например, если подросток стоит на подоконнике: не говорите «не прыгай!».

В этой ситуации более уместно следующее: «Давай сначала поговорим»; «У тебя будет возможность»; «Давай разберемся сначала, потом уже выбора не будет»; «Я так не могу, я нервничаю. Давай ты сойдешь с подоконника».

Скажите, что он ценен, уважаем, дорог. Подчеркните значимость каждого человека. Проговорите подростку, что его смерть принесет окружающим много боли. Объясните, что «бывают пасмурные дни, когда не видно солнца, но там за этой непогодой есть солнце. Всё можно пережить...»

Далее необходимо прояснить ситуацию: что привело подростка к таким мыслям, как давно он думает об этом, думает ли о он/она способах суицида, какие попытки уже предпринимал(а).

В ходе беседы необходимо постоянно давать поддержку подростку, например, такими словами «хорошо, что обратился за помощью». Вместе с подростком следует найти антисуицидальные факторы, которые есть в его распоряжении: кто может поддержать (друзья, родственники), какие есть у подростка мечты, желания, цели.

В беседу с подростком нужно включить рассуждения о ценности жизни: «жизнь как урок, как испытание, как опыт», «как ты думаешь, чему тебя пытаются научить жизнь?».

В завершение беседы возьмите обещание о том, что самоубийство не будет совершено до следующей вашей встречи. Завершить разговор можно фразой: «Обращайся, я буду рада (рад) тебе помочь».

Быстрая, решительная и при необходимости – директивная, авторитарная интервенция, а именно, направление суицидального подростка к врачу общего профиля, детскому психиатру или в отделение скорой помощи, может спасти его жизнь.

Эффективность медицинских служб для детей и подростков в плане

суицидальной превенции связана с их доступностью, они не должны отпугивать людей, и контакт с ними не должен оставлять на пациенте социального клейма (стигмы). Если ученик находится в состоянии суицидального кризиса, его следует активно направить или лично доставить в сопровождении работника школы в медицинское учреждение, где его принимает команда, состоящая из врачей, медицинских сестер, социальных работников и юристов, задачей которых является защита прав ребенка. Подобное активное направление учащегося в медицинское учреждение не позволит ему уклониться от обращения, что вполне может произойти, если просто выписать направление, выдать его на руки (Бертолоте Х.М., 2006; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007; Ромек В.Г. и др., 2004).

Различные формы надзора, надежное хранение опасных медикаментов, огнестрельного оружия, пестицидов, взрывчатых веществ, ножей в учебных заведениях, родительских домах и других местах пребывания суицидальных подростков, являются важными мерами спасения их жизни. Поскольку эти меры сами по себе не являются достаточными для долговременной превенции самоубийства, ребенку одновременно следует оказывать психологическую поддержку.

Далее мы приводим контакты специалистов в Томской области и г.Томске компетентных в оказании помощи суицидальным подросткам, а также контакты служб экстренной психологической помощи.

Амбулаторный областной подростковый приём, подростки до 18 лет (ул. Асиновская, д.1/1) приём ведёт врач-психиатр - Вагина Ольга Петровна, тел.: 8 (3822) 254-580. Первичное обращение по записи. При наличии суицидальной попытки прием осуществляется вне очереди.

Томский областной психоневрологический диспансер (ул. Яковлева, д.65), тел. регистратуры 8 (3822) 262-970

Антикризисная служба, телефон «Доверия» тел. 8-(3822) 411-999

Телефонные службы экстренной психологической помощи

Психологический телефон доверия 8 (3822) 413-714 (с 9-00 до 21-00);

Телефон доверия «Берег» (3822) 543-909 (с 12.00 до 20.00);

Телефон доверия для подростков 8-800-200-01-22, 8 (3822) 256-659 (с 8.00 до 20.00);

Телефон доверия 8 (3822) 411-999;

Экстренная психологическая помощь по телефону доверия (Департамент соц. защиты населения ТО) тел. 8 (3822) 714-008, г. Северск по тел. 8 (3822) 996-666.

Телефоны доверия Томской области:

Шегарский район: тел. 8 (38-247) 22-11-33;

Кожевниковский район: тел. 8 (38-244) 2-19-13;

Чаинский район: тел. 8 (38-257) 2-13-50;

Каргасокский район: тел. 8 (38-253) 2-40-48;

Колпашевский район: тел. 8 (38-254) 4-20-42, 5-10-00;

Парабельский район: тел. 8 (38-252) 2-10-11;

г. Северск: тел. 8 (38-242) 99-66-66;

г. Стрежевой: тел. 8 (38-259) 5-61-21;

Кривошеинский район: тел. 8 (38-251) 3-44-44;

Верхнекетский район: тел. 8 (38-258) 2-16-63;

Асиновский район: тел. 8 (38-241) 3-06-77;

Первомайский район: тел. 8 (38-245) 2-26-01.

Доступность специальных служб оказания помощи (телефонных номеров кризисных телефонных линий и служб неотложной психиатрической помощи, социальных центров) должна обеспечиваться путем широкого распространения сведений о них, в том числе среди детей и подростков.

4.3 Меры, необходимые в случае совершения суицидальной попытки или самоубийства

Сам по себе суицид оказывает очень сильное влияние на окружающих. В школах должны существовать специальные инструкции относительно информирования работников школы, особенно, учителей, а также учащихся и их родителей, о совершении в школе суицидальной попытки или самоубийства.

Эти меры направлены на предотвращение проявления «эффекта заразительности» самоубийства. Этот эффект является следствием психологической тенденции суицидальных детей и подростков подражать деструктивным действиям людей, совершивших самоубийство или суицидальную попытку. Важно не только выявить всех учеников с суицидальными тенденциями, обучающихся в том же и в других классах школы. Суицидальный кластер может охватить не только знакомых друг с другом детей и подростков, даже совершенно чужие и никогда не встречавшие самоубийцу юноши и девушки могут имитировать его поведение и, в результате, тоже совершить самоубийство (Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Учеников образовательного учреждения, одноклассников, работников школы и родителей следует тактично, но объективно известить о самоубийстве или суицидальной попытке, совершенной учеником, и проработать переживания, вызванные случившимся событием (Бертолите Х.М., 2006; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007; Тарасова Н.Н., 2010; Ромек В.Г. и др., 2004).

Существует специально созданная для работы с невольными соучастниками трагических событий форма психологической помощи - дебрифинг. Если в городе или районе есть специалисты, владеющие технологией проведения дебрифинга⁴, следует их пригласить для оказания помощи ученикам и воспитанникам образовательного учреждения, где состоялся суицидент (Кузьмина Т.П., 2012).

После попытки самоубийства большинство жертв нуждается в медицинской помощи. У некоторых самоубийц остаются серьезные физические увечья и возникают другие медицинские проблемы. Устранив проблемы физического здоровья, следует приступить к психотерапии.

По данным исследований, люди с суицидальными наклонностями, как правило, не проходят длительного курса психотерапии. Цель терапии поддержать людей, помочь им достичь несуйцидного состояния сознания и показать более эффективные методы борьбы со стрессом. Исследования

⁴ Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой (Ромек и др., 2004).

показывают, что 30% тех, кто пытался покончить с собой и не прошел лечения, пытаются совершить самоубийство снова, по сравнению с 16% пациентов, прошедших курс терапии (Васильева О.С., 2000; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактика самоубийств среди учащихся является для работников школы огромной стратегически важной задачей, для решения которой необходимо:

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать им помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания индикаторов суицидального риска;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;
- своевременное направление учащихся к специалистам на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства;
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева О.С. Осознание смысла жизни как средство профилактики суицидального поведения подростков [Текст] // Журн. практ. психолога. - 2000. - № 10/11. - С. 103-107.
2. Кондрашенко В.Т. Суицидальное поведение [Текст] // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко – Минск: Харвест, 2000. – 480 с.
3. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте [Текст] // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т.9, № 2. - С.75-90.
4. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
5. Методические рекомендации «О мерах по профилактике суицидов среди учащихся образовательных учреждений Удмуртской Республики» [Текст] / Под ред. Т.П. Кузьминой. – Ижевск: АОУ «Институт повышения квалификации и переподготовки работников образования Удмуртской Республики», 2012. - 24 с.
6. Моховиков А.Н. Суицидология: прошлое и настоящее [Текст] / А.Н. Моховиков. - Москва: ООО «Когито-Центр», 2013. - 569 с.
7. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование [Текст] / А.Н. Моховиков. - Москва: Изд-во Смысл, 2001. - 496 с.
8. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире [Текст] / Под ред. Э.Г. Круга и др. / Пер. с англ. – Москва: Издательство «Весь Мир», 2003. - 376 с.
9. Превенция самоубийств. Руководство для учителей и других работников школ [Текст] / Под ред. В.А. Розанова, А.Н. Моховикова - Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова. – Одесса, 2007. – 25 с.
10. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов [Текст] / Под ред. Х.М. Бертолотте / Всемирная организация здравоохранения. - Женева, 2006. – 31 с.
11. Профилактика суицидального поведения среди детей, подростков и юношества (для родителей, педагогов). Методические рекомендации [Текст] / Сост. Тарасова Н.Н. – Петрозаводск: ГОУ РК «Центр диагностики и консультирования», 2010. - 18 с.
12. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. - 256 с.
13. Смертность российских подростков от самоубийств [Текст] / Детский

- фонд ООН (ЮНИСЕФ). – М.: ООО «Бэст-принт», 2011. - 132 с.
14. Суицидология: учебное пособие [Текст] / И.Л. Шелехов, Т.В. Каштанова, А.Н. Корнетов, Е.С. Толстолес. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – 203 с.
 15. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии [Текст] // Суицидология: прошлое и настоящее / Сост. А.Н. Моховиков. - Москва: ООО «Когито-Центр», 2001. – 569 с.
 16. J. Vedrine Is it possible to estimate the risk of suicide? [Text] / J. Vedrinne, D. Weber // Psychiatrie Francaise. – 1995. – Vol. 2. – P. 67-74.
 17. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986 [summary report]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986. – Document ICP/PSF 017(S).

Приложение 1

Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «-»

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспроблемным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица №1 (ключ)

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

Содержание субшкальных диагностических концептов

Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональ-

ной регидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.

Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.

Уникальность. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».

Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

Временная перспектива. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Атисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / -	Номер утверждения	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

Приложение 2

Шкала суицидальной интенции А. Бека

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

Подростки, совершившие суицидальную попытку, и имеющие высокий индекс суицидальной интенции по шкале Бека, в первую очередь должны попадать в поле зрения психолога, психотерапевта или психиатра.

Важно помнить, что при высоком индексе суицидальной интенции существенно повышается риск повторной суицидальной попытки.

Тест состоит из двух разделов:

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

1) Изоляция

0 - кто-то присутствует рядом

1 - кто-то поблизости или в пределах визуального или вокального контакта

2 - никого нет поблизости или в пределах визуального или вокального контакта

2) Выбор времени

0 - вмешательство возможно

1 - вмешательство маловероятно

2 - вмешательство очень маловероятно

3) Предосторожности против раскрытия/вмешательства

0 - нет

1 - пассивные предосторожности, например избегание посторонних, но отсутствие предосторожностей против их вмешательства

2 - активные предосторожности, например закрытая дверь

4) Действия, ориентированные на получение помощи во время/после попытки

0 - извещение потенциального помощника о попытке

1 - контакт без специального извещения потенциального помощника о попытке

2 - контакт или извещение потенциального помощника отсутствует

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

0 - нет

1 - мысли об этом или какие-то приготовления

2 - делал определенные планы или законченные приготовления

6) Активные приготовления к попытке

0 - нет

1 - минимальные или умеренные

2 - развернутые

7) Предсмертные записки

0 - нет

1 - записка написана, но изорвана, или мысли об этом

2 - наличие записки

8) Открытое извещение о намерении перед попыткой

0 - нет

1 - двусмысленные извещения

2 - недвусмысленные извещения

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

9) Приписываемая цель попытки

0 - манипуляция окружением, привлечение внимания, месть

1 - компоненты «0» и «2»

2 - бегство, решение проблем

10) Ожидаемая фатальность

0 - мысли о нежелательности смерти

1 - мысли, что смерть возможна, но не обязательна

2 - мысли, что смерть возможна и обязательна

11) Понимание летальности метода

0 - сделал меньше, чем предполагал будет летальным

1 - был неуверен, что действия будут летальными

2 - выполнил или превысил то, что ожидал будет летальным

12) Серьезность попытки

0 - не делал серьезной попытки покончить с жизнью

1 - неопределенность о серьезности окончить жизнь

2 - серьезно пытался покончить с жизнью

13) Отношение к жизни/смерти

0 - не хотел умирать

1 - компоненты «0» и «2»

2 - хотел умереть

14) Представления о возможностях медицинской помощи

0 - мысли, что смерть будет маловероятной при медицинском вмешательстве

1 - был неуверен, может ли смерть быть предупреждена при медицинском вмешательстве

2 - был уверен в смерти даже при медицинском вмешательстве

15) Степень преднамеренности

0 - нет, импульсивное

1 - обдумывание менее 3 часов перед попыткой

2 - обдумывание более 3 часов перед попыткой

Приложение 3

Методика определения степени риска совершения суицида

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

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор необходимой информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Квалифицированную помощь в более глубоком изучении человека могут оказать медицинские работники. Проводя амбулаторные приемы, постоянно общаясь с пациентами, врач имеет возможность систематически наблюдать за их поведением, определять психологические особенности и выявлять причины тех или иных отклонений в поведении. Многие нужные сведения можно получить из общения с родителями, близкими и друзьями, одноклассниками и сослуживцами потенциального суицидента.

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

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

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7-10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8 – риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск со-

вершения суицидальной попытки. В том случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинико-психологическое обследование индивида. Для правильного определения степени риска суицида необходимо точно соблюдать все указанные условия. Результаты изучения целесообразно записывать в рабочую тетрадь, блокнот по определенной системе. Важно систематически накапливать факты и анализировать их, придать этой работе целенаправленный характер. При самой хорошей организации не рассчитывайте на быстрый успех. Несомненно, одно - хорошее знание человека позволит сразу распознать неладное в его поведении, найти приемлемые формы душевного контакта, оказать профилактическое воздействие и помощь.

Приложение 4

Карта риска суицидальности

Изучаемые факторы:

I. Данные анамнеза

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

II. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределенности, ожидания. 12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений. 13. Продолжительный служебный конфликт. 14. Подобный конфликт имел место ранее. 15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни. 16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации. 17. Чувство обиды, жалости к себе. 18. Чувство усталости, бессилия. 19. Высказывания с угрозой суицида.

III. Характеристика личности

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

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

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

Приложение 5
Шкала оценки риска суицида
(The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983)

Фактор	Значение
Пол	1 - мужской; 0 женский
Возраст	1 - <19 лет или >45
Депрессия	1 - если есть
Парасуициды в анамнезе	1 - если есть
Злоупотребление алкоголем	1 - если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 - шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 - если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 - если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 - разведен, вдовствующий, отделен, проживает в одиночестве
Болезнь	1 - если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжелая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск).

Действия необходимые при среднем и высоком риске суицида:

3-4 балла – средний риск. Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации

5-10 баллов – высокий риск. Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники).

Приложение 6
Шкала суицидальных интенций Пирса
(Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства

Изоляция	0 1 2	Кто-либо присутствовал рядом Недалеко или телефонный контакт Никого рядом
Расчет времени	0 1 2	Возможно чье-то вмешательство Вмешательство маловероятно Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0 1 2	Не предпринимал Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта) Активные меры
Действия по привлечению помощи	0 1 2	Сообщил кому-либо о попытке Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке Ни кому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0 1 2	Не совершал Частичные приготовления Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0 1 2	Нет Написана и порвана Написана и имеется в наличии

Самоотчет

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

Медицинский риск

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

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

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

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

Общая сумма баллов

0-3 = Низкий уровень интенций;

4-10 = Средний уровень интенций;

Более 10 = Высокий уровень интенций

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

Приложение 7

Шкала безнадежности

(Hopelessness Scale, Beck et al., 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО, если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, так как я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	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
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО		11	ВЕРНО	
02	ВЕРНО		12	ВЕРНО	
03	НЕВЕРНО		13	НЕВЕРНО	
04	ВЕРНО		14	ВЕРНО	
05	НЕВЕРНО		15	НЕВЕРНО	
06	НЕВЕРНО		16	ВЕРНО	
07	ВЕРНО		17	ВЕРНО	
08	НЕВЕРНО		18	ВЕРНО	
09	ВЕРНО		19	НЕВЕРНО	
10	НЕВЕРНО		20	ВЕРНО	

Интерпретация

Максимальный счет — 20 баллов:

0-3 балла – безнадежность не выявлена; 4-8 баллов – безнадежность легкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная; 15-20 баллов – безнадежность тяжелая.

Приложение 8

Шкала депрессии А. Бека

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

1.

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8.

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14.

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19.

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20.

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21*.

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.

1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.

3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

**При выявлении депрессивных симптомов у учащихся пункт 21 можно исключить*

Обработка и интерпретация результатов

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 – умеренная депрессия

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Приложение 9

Тест «Суицидальная мотивация» (Ю.Р.Вагин, 1998)

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

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

Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинично-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996-98гг. Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

- 1) альтруистическая - 1, 8, 15, 22, 29
- 2) анемическая - 2, 9, 16, 23, 30
- 3) анестетическая - 3, 10, 17, 24, 31
- 4) инструментальная - 4, 11, 18, 25, 32
- 5) аутопунитическая - 5, 12, 19, 26, 33
- 6) гетеропунитическая - 6, 13, 20, 27, 34
- 7) поствитальная - 7, 14, 21, 28, 35

С целью исследования суицидальных мотивационных комплексов подростку предлагается заполнить опросник или ответить устно на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа;

- 1) «да» – в том случае, если подросток полностью согласен с утверждением, предложенным ему.
- 2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям подростка.
- 3) «сомневаюсь» – если подросток не уверен, подходит ли ему высказывание или нет.
- 4) «нет» – в том случае, если подросток уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах:

- «да» – 3 балла
«частично» – 2 балла

«сомневаюсь» – 1 балл

«нет» – 0 баллов

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

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

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

	Да	Частично	Сомневаюсь	Нет
1. Думал, что если умру, то всем будет только лучше				
2. В жизни потерялся какой-то главный смысл				
3. Мне казалось, что только смерть может избавить меня от страдания				
4. Думал доказать что-то хотя бы своей смертью				
5. Я думал, что не имею права больше жить				
6. Думал умереть и пусть попробуют пожить без меня				
7. Я надеялся, что после смерти меня ждет что-то лучшее				
8. Я хотел умереть, потому что из-за меня слишком много проблем				
9. Казалось, что все хорошее осталось позади, а впереди ничего нет				
10. Думал, что лучше умереть, чем так мучиться				
11. Когда тебя не понимают, то ничего больше не остается				
12. Я думал, что своей смертью смогу искупить свою вину				
13. Было так больно и обидно, что хотелось отомстить				

14. Я думал умереть здесь, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни				
15. Думал, что моя смерть что-то изменит к лучшему вокруг				
16. Потому что жизнь утратила какой-либо интерес				
17. Я уже не мог больше терпеть все это				
18. По другому я не смог бы ничего доказать				
19. Мне казалось, что я сам во всем виноват и должен понести наказание				
20. Я хорошо понимал, что своей смертью причиню боль и даже хотел этого				
21. Мне хотелось уйти туда к тем (или к тому), кого я люблю				
22. Я не хотел быть обузой для окружающих				
23. Во мне кончилась какая-то сила для жизни				
24. Если бы мне не было так больно - я бы даже не думал о смерти				
25. Мне кажется, что меня просто никто не замечает				
26. Только я сам могу судить себя за все				
27. Своей смертью я хотел наказать				
28. Думал, что, может быть, там я буду более счастливым, чем здесь				
29. Хотелось умереть, чтобы никому не мешать				
30. Меня не устраивала та жизнь, которая ждала меня впереди				
31. Мне казалось, что если жизнь приносит только боль лучше умереть				
33. Мне хотелось быть самому себе и судьей и палачом				

34. Было легкое удовлетворение от мысли, что своей смертью я создам проблему				
35. Я думал о смерти, как о пути к новой жизни.				

Приложение 10

Тест «Противосуицидальная мотивация» (Ю.Р.Вагин, 1998)

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

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

Тест состоит из 45 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клиничко-психологического исследования лиц с суицидальными и без суицидальных тенденций в период 1996-1998 года.

По аналогии с тестом «Суицидальная мотивация» каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

- 1) провитальная - 1,10,19,28,37
- 2) религиозная - 2, 11, 20, 29, 38
- 3) этическая - 3,12,21,30,39
- 4) моральная - 4,13,22,31,40
- 5) эстетическая - 5, 14, 23, 32, 41
- 6) нарциссическая - 6,15,24,33,42
- 7) когнитивной надежды - 7,16,25,34,43
- 8) временной инфляции - 8,17,26,35,44
- 9) финальной неопределенности - 9,18,27,36,45

С целью исследования данных мотивационных комплексов подростку предлагается заполнить опросник или ответить на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- 1) «да» – в том случае, если подросток полностью согласен с утверждением, предложенным ему.

2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям подростка.

3) «сомневаюсь» – если подросток не уверен, подходит ли ему высказывание или нет.

4) «нет» – в том случае, если подросток уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивается по аналогии с исследованием профиля суицидальной мотивации.

Высказывания для исследования профиля противосуицидальной мотивации:

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

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

Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях

Методические рекомендации
для педагогов и кураторов

Авторы:

Корнетов Александр Николаевич
Шелехов Игорь Львович
Силаева Анна Владимировна
Толстолес Екатерина Сергеевна
Морева Светлана Александровна
Линок Елена Алексеевна

Компьютерная верстка Бородич А.Н.
Редакционно-издательский отдел
МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»
634061, г. Томск, ул. Красноармейская, 68, тел./факс (3822) 282-448

Подписано в печать 25.03.2013 Формат А5
Бумага офсетная. Печать ризограф. Гарнитура «Calibri».
Тираж 500 экз. Заказ № 845 от 18.03.2013

Отпечатано в типографии ООО «Рекламная группа Графика»,
634050, ул. Алексея Беленца, 17

ISBN 978-5-906094-05-6