

ДОКЛАД
на тему: « ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.
ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В СИТУАЦИИ СУИЦИДОГЕННОГО КРИЗИСА».

Подготовила : педагог-психолог МБОУСОШ №3
Багаджиян Мария Арсендовна

С.Чалтырь 2020г.

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.	Стр.3
1.1 Основные мотивы суицидального поведения Несовершеннолетних.	Стр.4
1.2 Особенности суицидального поведения подростков.	Стр.5
1.3 Основные факторы, способствующие попыткам суицида у подростков.	Стр.6
2. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИТУАЦИИ СУИЦИДОГЕННОГО КРИЗИСА.	Стр.7
2.1.Приглашение на беседу.	Стр.7
2.2. Место беседы.	Стр.7
2.3.Поведение во время беседы.	Стр.8
2.4. Этапы беседы.	Стр.8-10
2.5.Приложения.	Стр.11-32.

1. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

В настоящее время, в связи со сложившейся мировой ситуацией пандемии коронавируса, вынужденными мерами для всего общества является самоизоляция и переход на дистанционную форму обучения учеников общеобразовательных школ и учебных заведений. Данная ситуация привела к обострению социальных проблем, одной из которых является усиление депрессивных состояний и суицидальных действий среди несовершеннолетних и подростков.

В России частота суицидальных действий среди молодёжи, в течении последних 20 лет удвоились. По данным официальной статистики от самоубийства ежегодно погибает около 2800 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет и эти цифры не учитывают случаев и попыток к самоубийству. В марте-апреле 2020 года увеличились суицидальные попытки среди детей, подростков и молодежи, вынужденных находиться в условиях самоизоляции.

В науке существует термин – «пубертатный суицид». Им обозначают целое явление, это – подростковые самоубийства. Психическая организация подростка неустойчива, причем на всех уровнях: *интеллекта, чувств, эмоций*. Подростки крайне нестабильны в самооценке и при этом – большие максималисты; они всегда сомневаются в своих знаниях и способностях, для них характерна частая смена настроения, тревожность. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

Суицидальные личности этой возрастной группы могут быть адекватно приспособленными к школе и полностью свободны от проблем, но в этом возрасте человек проходит хаотический кризис идентификации или борьбу за независимость. В подростковом сознании суицид часто не имеет истинных завершённых форм, а замыслы, мысли, попытки – это демонстративно-шантажное поведение. Большинство самоубийц, как правило, вовсе не хотели умереть, а только достучаться до кого-то, позвать на помощь, обратить внимание на свои проблемы. У подростков, также как и у взрослых, основной причиной суицида выступает социально-психологическая дезадаптация, но для них это не тотальные нарушения (крах смысла жизни, профессиональный кризис и др.), а нарушения в общении с близкими. Хотя среди подростков часты попытки самоубийства, только единицы из них достигают своей цели. Тем не менее, процент самоубийств в этой группе достаточно высок.

Наиболее подвержены к суициду это подростки, склонные к депрессиям (пониженному настроению), злоупотребляющие спиртными напитками, наркотическими и токсическими веществами, видевшие самоубийство или гибель кого-то из близких, плохо успевающие в школе, девочки после изнасилования или во время беременности, а также талантливые,

неординарные подростки, не вписывающиеся в общество. Входящие в эту группу подростки в любой момент могут оказаться в ситуации, которая станет толчком к суициду. Для них характерны повышенная ранимость и ощущение себя изгоем в обществе – именно это и толкает их на самоубийство.

1.2 Основными мотивами суицидального поведения несовершеннолетних являются:

- переживание обиды, чувства одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата родительской любви, ревность, неразделенное чувство;
- переживания, связанные со смертью близких, разводом или уходом из семьи родителей, серьезной болезнью;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- боязнь позора, нежелание извиниться;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, протеста, злобы, вымогательство и угроза;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, уйти от трудной ситуации, избежать неприятных последствий;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»)

Психотравмирующая ситуация не всегда является единственной предпосылкой для суицида. Личностные особенности суицидента являются второй составляющей данной ситуации.

Согласно А.Г. Амбрумовой и Е.М. Вроно, для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

- импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость, эксплозивность (взрывчатость);
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления.

А.Е. Личко и Т.В. Кондрашенко указывают на определённую связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По мнению А.Е. Личко при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями *истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов*, 32% – *эпилептоидного и эпилептоино-истероидного типов* и лишь 18% – представители всех других типов. В большинстве случаев суицидальные посягательства совершались представителями *сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов*.

По данным В.Т. Кондрашенко, примерно 30% подростков, покончивших с собой и покушавшихся на самоубийство, имели *шизоидные* черты характера. Суицидальные действия, совершаемые *психоастениками*, по мнению автора, заранее продуманы и рассчитаны на зрителя, как и суицидальные действия *сенситивных* подростков, которые часто бывают внезапны для окружающих. Наиболее характерно для подростков *истероидного типа* поверхностные порезы вен, отравление малоядовитыми

лекарствами. Как правило, они пишут предсмертные записки с указанием места и времени самоубийства, условий, на которых согласены остаться жить. Суицидальное поведение для *неустойчивых* подростков нехарактерно, но иногда они могут совершить самоубийство под влиянием сильной личности, за компанию. *Эмоционально-лабильный* тип характеризуется непредсказуемостью возникновения и реализации суицидальных мыслей, хотя чаще всего суицидальные действия «несерьезный», демонстративный характер. Для *гипертимных подростков* суицидальное поведение несвойственно.

1.3 Особенности суицидального поведения подростков:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий суицидальных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте, как правило, воспринимается очень абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Понятие «смерть» появляется у детей между 2-3 годами. Для большинства она не представляется особо пугающим событием. В дошкольном возрасте дети воспринимают смерть как временное явление, подобно отъезду. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела. В этом проявляется неопределенный эгоцентризм и магическое мышление. Они полагают смерть маловероятной, невозможной для себя, не считают необратимой. Для подростков смерть представляет собой более очевидное явление. Но они фактически отрицают ее для себя, гоня на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами и т.п. Более старшие подростки принимают мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицают реальность этой возможности.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев детского и подросткового суицида.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийства детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. Депрессивные состояния, которые в подростковый период выражаются иначе, чем у взрослых. Признаки депрессии у подростков:

- печальное настроение;
- чувство скуки;
- чувство усталости;
- нарушения сна;
- соматические жалобы;
- неусидчивость, беспокойство;
- фиксация внимания на мелочах;
- чрезвычайная эмоциональность;
- замкнутость;

- рассеянность внимания;
- агрессивное повеление;
- демонстративное непослушание;
- склонность к бунту;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- плохая успеваемость;
- прогулы в школе

1.4 Основные факторы, способствующие попыткам суицида у подростков, и насколько они сегодня существенны в нашем обществе?

На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, находятся, конечно, отношения с родителями (примерно в 90% случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом), на втором месте – трудности, связанные с учебным заведением, на третьем – проблемы взаимоотношений с друзьями, представителями противоположного пола, на четвертом- отсутствие возможности посещать общественные места(школы, учебные заведения, кинотеатры, кафе и тд.)нахождение в длительной изоляции.

Другими причинами суицидов в детском и подростковом возрасте могут быть следующие:

1. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка смерть не означает прекращение жизни. Ребенок думает, что все вернется назад. У подростков понимание и осознание смерти формируется после 18 лет.

2. Отсутствие идеологии в обществе. Подросток в обществе «без родины и флага» чаще ощущает ненужность, депрессию.

3. Ранняя половая жизнь, приводящая к разочарованиям. При этом предстаёт ситуация, по мнению подростка, не имеющая представления «как жить дальше» (потеря любимого, наступление нежеланной беременности и т.д.), т.е. происходит утрата цели. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется тем, что они, не имея жизненного опыта, не могут точно определить цель своей жизни и обозначить пути ее достижения.

4. Саморазрушаемое поведение (алкоголизм, наркомания, криминализация общества).

5. В большинстве случаев суицидальное поведение в возрасте до 15 лет связано с реакцией протеста, особенно с нарушением внутрисемейных, внутришкольных или внутригрупповых взаимоотношений.

6. Депрессия

7. Помимо психологических причин самоубийств добавились социальные: разделение на богатых и бедных, увеличение количества разводов и количества неполных семей, беспризорных детей и сирот при живых родителях. Все эти проблемы отражаются в детях, как в кривых зеркалах.

Конечно, у каждой суицидальной попытки – своя причина. Но все сводится к одному: ребенок не в силах самостоятельно разрешить трудную

ситуацию, а понимающего это взрослого нет рядом. И тогда единственным выходом из сложившейся ситуации представляется смерть.

Таким образом, подростковый возраст – это тот этап развития, для которого свойственны перемены. Психологические и физиологические особенности и изменения, происходящие в этом возрасте, влияют на формирование представления и отношения ребёнка к смерти.

2.ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИТУАЦИИ СУИЦИДОГЕННОГО КРИЗИСА

Оказывая психологическую помощь в суицидальной ситуации, важно помнить, что феномен суицида чаще всего связывается с понятием психологического кризиса личности. Кризис носит размеры колоссальной интенсивности, что весь предшествующий жизненный опыт человека, решившегося на суицид, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он считает невыносимой. Такой психологический кризис может появиться внезапно (под влиянием сильного аффекта). Но чаще внутреннее напряжение накапливается постепенно, объединяя разного рода негативные эмоции. Они наслаиваются друг на друга, озабоченность переходит в тревогу, тревога сменяется безнадежностью. Человек теряет веру в себя, в способность преодолеть неблагоприятные условия, возникает внутренний конфликт неприятия самого себя, самоотрицания, появляется ощущение потери смысла жизни. Поэтому для предупреждения попытки самоубийства важно вовремя наладить контакт с попавшим в беду человеком и дружеское общение.

Беседа с человеком, находящимся в состоянии психологического кризиса, требует скупулёзной предварительной подготовки. Но иногда при негативном стечении обстоятельств необходимо немедленно проводить беседу.

Для эффективного проведения беседы, необходимо опираться на следующие последовательные этапы, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Особое внимание должно быть уделено нескольким предварительным условиям.

2.1 Приглашение на беседу

Приглашение на беседу делается обязательно **лично психологом**, желательно без посторонних. Лучше сначала встретиться как бы случайно, обратиться к человеку с небольшой просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для следующей встречи.

2.2 Место беседы

Можно провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее выбрать неформальное место. Главное условие – отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни длился.

2.3 Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь быть максимально внимательным и заинтересованным собеседником. Не делайте никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не посматривайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Покажите, что эта беседа для вас важна и сейчас нет ничего более значимого.

2.4 Начальный этап беседы

Главная задача – установление эмоционального контакта с суицидентом, взаимоотношение «сопереживающего партнерства», которому характерна высокая степень доверительности.

Необходимо убедить собеседника, что его проблемы поняты и вы искренне разделяете его заботы и трудности. Это способствует более чистосердечному изложению ситуации и переживаний.

Ваш собеседник должен быть выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Даже если вы не разделяете его мнение, по-иному смотрите на людей, окружающих его, на сложившуюся ситуацию. Остановитесь, подумайте, не спешите противоречить, опровергать, высказывать свои взгляды. На данном этапе клиенту необходимо только внимательное эмпатическое выслушивание, доброжелательность, неподдельное (не показное!) стремление понять собеседника. Уточняющие вопросы не должны заключать в себе сомнения в правомерности его мнений и представлений. В результате вас будут воспринимать как человек понимающего, чуткого и заслуживающего доверия.

В ходе беседы складывается полное представление о личности суицидента, его потребностях, интересах и ценностях. Важно иметь сведения о близких ему людях, так как именно они (родственники, друзья и т.д.) являются резервными источниками помощи и поддержки, которые будут содействовать преодолению человеком настоящего кризиса.

В ходе беседы будьте внимательны и наблюдательны: обращайтесь внимание не только на вербальные проявления, но и старайтесь обнаружить подтекст, недомолвки, оговорки, следите за манерой общения и поведения, невербальными особенностями речи (жесты, мимика). Они помогут вам определить установлен ли взаимный контакт и когда можно будет переходить ко второму этапу беседы.

Второй этап беседы

На втором этапе устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась кризисная ситуация, выясняются факторы, оказавшие влияние на душевное состояние человека. Одни из главных моментов этого этапа – снятие у суицидента ощущения безвыходности его ситуации.

Установив причины и последовательность развития кризиса, необходимо убедить его в том, что подобные ситуации возникают и у других людей и положение дел вполне поправимо и причины могут быть устранены. Неблагоприятная ситуация не носит исключительный характер.

Для этого можно использовать вопросы, сформулированные таким образом, что ответ на них будет предполагать изменение позиции человека по отношению к его проблемам и трудностям. Специалисту необходимо помнить золотое правило при проведении беседы: «Если не можешь изменить обстоятельства, измени отношение к ним».

В искренней эмпатической атмосфере человек, рассказывая о своей жизни, сообщает об успехах, достижениях, о трудностях, с которыми ему приходится сталкиваться. Необходимо тактично сфокусировать акцент на эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению жизненных невзгод. Важно отметить, что поддержка успехами и достижениями, будучи методом косвенного внушения, является очень действенным и мощным приемом психологической помощи и должна неоднократно повторяться на протяжении всей беседы.

В ходе этого этапа необходимо также использовать приемы, такие как высказывания, направленные на внесение последовательности в рассказ. В результате переживаемой эмоциональной напряженности собеседник может забегать вперед в своем рассказе или пропускать некоторые моменты, иногда весьма существенные. В то же время суициденты в ходе беседы часто фиксируются на психотравмирующих эпизодах. Эту тенденцию необходимо обязательно преодолевать, в противном случае негативные переживания будут усиливаться.

Выстраивание логической последовательности фактов, приведение их в определенную систему, во многих случаях помогает человеку изменить оценку ситуации, осознать, что неблагоприятная обстановка, принимаемая им как непреодолимая и безнадежная, вполне поправима. Следует учитывать, что процесс рассказа всех обстоятельств и возвращение к переживаниям, способствует снятию отрицательных эмоций.

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно использовать метод уточнения: повторение некоторых фактов, сообщенных вам ранее, тем самым показывая заинтересованность в собеседнике.

В завершении второго этапа беседы целесообразно высказать четкую формулировку ситуации, переживаемой суицидентом. Это создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете.

Третий этап беседы

Этот этап направлен на совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Вероятность реализации запланированных действий будет выше, если в планировании ваш собеседник занимает ведущую роль.

Основываясь на информации, полученной в результате беседы, нужно предложить определенный вариант поведения, возможные пути разрешения ситуации, которые приведут к выходу из психологического кризиса.

Психотравмирующая ситуация расчленяется на более мелкие, принципиально разрешимые задачи, и для ближайших задач разрабатывается несколько предварительных решений.

Советы необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не настаивать, ссылаясь на собственный опыт. Каков бы ни был ваш собственный жизненный и профессиональный опыт, дать стопроцентно хороший совет просто невозможно, поскольку жизненные ситуации каждого человека строго индивидуальны и уникальны. Наиболее приемлемыми будут те рекомендации, которые опираются на систему ценностей самого суицидента, в противном случае это может привести к тому, что он будет механически отвергать навязываемые ему взгляды, недоверчиво и без необходимого внимания относиться к вашим словам.

В некоторых случаях в ходе планирования действий суициденты занимают пассивную позицию, пытаются вернуться к обсуждению проявления своего эмоционального состояния. В данном случае необходимо вернуть собеседника к обсуждению конкретных планов.

В результате рассмотрения предварительных решений вырабатывается конкретный план поведения, направленный на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы способствует повышению самооценки индивида и уверенности в собственных силах.

Четвертый (завершающий) этап беседы

На завершающем этапе беседы окончательно формируется решение, активная психологическая поддержка, у индивида появляется уверенность в своих силах и возможностях. Необходимо вызвать у него проявление максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда индивид выражает сомнения относительно каких-либо моментов намеренного плана, на них следует остановиться особо, при этом проявить решительность, настойчивость, подобрать веские аргументы и доказательства.

Если в ходе беседы индивид активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Однако может сложиться ситуация, когда в силу различных обстоятельств не представляется возможность срочной госпитализации для оказания специализированной помощи. В этом случае беседа должна быть направлена на коррекцию суицидогенных личностных установок.

С этой целью необходимо убедить суицидента в следующем:

- что тяжелое эмоциональное состояние является временным, другие лица в аналогичных ситуациях чувствовал себя так же тяжело, а со временем их состояние полностью нормализовалось;
- что его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход из жизни станет для них тяжелой травмой (актуализация антисуицидальных факторов);
- что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни в силу его крайней важности лучше отложить на некоторое время, спокойно его обдумать. (Подчеркивание права индивида распоряжаться собственной жизнью повышает его самооценку, увеличивает ответственность за свое поведение, уменьшает актуальность суицидальных переживаний) [А.В. Боечко, 1992].

Важнейшим условием профилактической и психокоррекционной беседы является ее анонимность.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Диагностика психологических состояний с применением следующих методик:

1. Распознавание суицидента. Ключи к суициду
2. Методика определения степени риска совершения суицида
3. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества
Д. Рассела и М. Фергюсона
4. Методика и диагностика самочувствия, активности и настроения
5. Психодиагностический тест (ПДТ)
6. Исследование уровня субъективного контроля (УСК)
7. Исследование самооценки по методу Дембо-Рубенштейн
8. Опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда
9. Шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина)
10. Методика исследования самоотношения (МИС).

Приложение 2

Советы, обращенные непосредственно к подростку

1. Представь, что кто-то из твоих друзей поделился с тобой своей тайной, – сказал, например, что хочет покончить с собой. Согласись, если бы он тебе не доверял, то и секретами бы не делился. И заговорил твой друг с тобой, возможно, именно потому, что умирать-то он не хотел. К тебе он обратился потому, что верил: понять его сможешь только ты.

Запомни эти предупреждающие знаки!

Если твой друг или знакомый:

- угрожает покончить с собой,
- у него присутствуют неожиданные смены настроения,
- недавно перенес тяжелую потерю, утрату,
- дарит или раздает любимые вещи,
- приводит в делах порядок,
- становится агрессивным, вспыльчивым, бунтует, не желает никого слушать или наоборот, пассивен, безучастен, рассеян;
- живет на грани риска, совершает рискованные действия или поступки, совершенно не бережет себя или, утратил самоуважение, – то это значит, что он, очень возможно, рассматривает мысль о совершении суицидальной попытки.

2. Подросткам, находящимся в группе повышенного суицидального риска, потребуется от друзей две вещи:

3. Во-первых, им понадобятся друзья, которые примут их такими, какие они есть, вне зависимости от того, беременны они, талантливы или, напротив, бездарны. Вне зависимости от того, гомосексуалисты они или наркоманы. Во-вторых, им понадобятся друзья, которые, протянут им руку помощи, когда жизнь от них отвернется. Помни, когда ты им нужен больше всего, ты должен быть рядом!

4. Не всегда близкие и друзья могут легко разобраться в сказанной быстро фразе, многие просто не замечают и не видят состояние своего ребёнка, часто не желают замечать его проблем, и "крик о помощи" остаётся неслышанным. В таких случаях лучше воспользоваться помощью психолога или специалиста, который может вовремя помочь. Консультации проводятся как семейные, с участием всех членов семьи, так и индивидуальные.

5. Перемены в настроении, смена аппетита, потеря близких, любимых людей или ссора с друзьями не всегда являются предвестниками суицида, но если заподозрили что-то, лучше, как можно раньше проконсультироваться со специалистом. Безвыходных ситуаций не бывает!

Приложение 3

Советы для родителей по профилактике подростковых суицидов

1. Открыто обсуждайте семейные и внутренние проблемы детей.
2. Помогайте своим детям ставить реальные цели в жизни и стремиться к ним.
3. Обязательно оказывайте содействие в преодолении препятствий.
4. Одобряйте и поддерживайте словом и делом любые стоящие положительные начинания молодёжи.
5. Не применяйте физические наказания ни при каких условиях.
6. Любите своих детей вне зависимости от возраста, будьте внимательными и, что особенно важно, деликатными с ними.
7. От заботливого, любящего человека, находящегося рядом в трудную минуту, зависит многое. Он может спасти потенциальному суициденту жизнь.
8. Самое главное, надо научиться принимать своих детей такими, какие они есть. Ведь это мы, родители, формируя отношения, помогая ребёнку в его развитии, получаем результат воздействия, результат своего труда.

"Что посеешь, то и пожнёшь!" – гласит народная мудрость. Принятие человека таковым, каким он является, принятие его сущности и сути его существования на Земле – и есть Любовь в истинном её проявлении.

Поэтому совет родителям прост и доступен: "Любите своих детей, будьте искренне и честны в своём отношении к своим детям и к самим себе".

Советы для педагогов, столкнувшихся с подростком, демонстрирующим признаки суицидального поведения

Если подросток, на ваш взгляд, склонен к суициду или имел в прошлом попытки к самоубийству:

– Не отталкивайте его, если он решил поделиться с вами своими проблемами, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией. Помните, что подростки с суицидальными наклонностями редко обращаются за помощью к специалистам.

– Доверяйте своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные наклонности у этого подростка. Подмечайте предупреждающие знаки.

– Не предлагайте того, чего не в состоянии гарантировать. Например, «Конечно, твоя семья тебе поможет».

– Дайте знать, что готовы ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы держать все в секрете, если какая-то информация может оказать влияние на его безопасность.

– Сохраняйте спокойствие и не осуждайте, вне зависимости от того, что вы говорите.

– Говорите искренне. Постарайтесь установить, насколько серьезна угроза. Помните, что вопросы о суицидальных мыслях не всегда завершаются попыткой покончить счеты с жизнью. На самом деле подросток может почувствовать облегчение от осознания проблемы.

– Попытайтесь узнать, разработан ли у него план действий. Конкретный план – знак действительной опасности.

– Убедите подростка в том, что действительно есть человек, к которому можно обратиться за помощью.

– Не предлагайте простых решений типа «Вам сейчас необходимо хорошо выспаться, утром Вы почувствуете себя лучше».

– Покажите подростку, что вы намереваетесь поговорить о чувствах и не осуждаете его за эти чувства.

– Помогите ребёнку осмыслить, как управлять кризисной ситуацией и осознать, что сильный стресс препятствует целиком осознать ситуацию. Ненавязчиво предложите найти некое решение.

– Окажите помощь в поиске людей или места, которые бы снизили переживаемый стресс. При любой возможности влияйте так, чтобы немного уменьшить давление.

– Помогите подростку осмыслить, что присутствующее чувство безопасности не будет постоянно.

Примерные вопросы для оценки риска суицида

При определении степени риска или опасности суицида удобно иметь перед собой серию вопросов для оценки факторов риска. Они представляют собою пример того, как правильно построить фразу и использовать только в качестве общей инструкции. Важно так сформулировать вопрос, чтобы ощущать себя достаточно уверенно и спокойно.

1. Было ли у тебя чувство подавленности в последнее время?
 2. Бывали ли у тебя мысли о том, что жизнь безнадежна? Возникало ли желание умереть?
 3. Сколько раз? Как часто посещали тебя эти мысли? Как долго они длились, когда последний раз?
 4. Пытался ли ты убить себя? Как ты это делали?
 5. Почему попытка не удалась? Тебе оказали помощь? Кто? В чем именно она заключалась?
 6. Что произошло с тобой после этого?
 7. Как ты собираешься совершить следующую попытку самоубийства?
 8. Ты намерен сделать это прямо сейчас? Мог бы ты сказать мне об этом? Как часто возникают эти мысли? Как долго они длятся?
 9. Происходило ли и нашей жизни что-то такое, что подталкивало тебя к решительным действиям?
 10. Есть ли у тебя план? Какой?
 11. Как бы ты сделал это? Каковы твои намерения?
- Для того чтобы оценить на месте фактор риска, необходимо время.
Риск суицида возрастает, если:

- 1) это не первая попытка;
- 2) подросток выдвигает серьезные мысли по этому поводу;
- 3) действия спланированы и/или есть намерения по их осуществлению.

Помните, чем подробнее и конкретнее план, тем выше риск. Подросткам свойственна импульсивность. Но они могут совершить самоубийство, не прибегая к планированию или детальной разработке плана.

Следующие вопросы помогут вам определить эмоциональное состояние человека на другом конце провода – что чувствует подросток. Чем сильнее чувство безнадежности, тем выше риск.

12. Есть ли у тебя какие-нибудь надежды на будущее? На следующую неделю? Следующий год?
13. Что ты думаешь о будущем? Есть ли какой-то выход из этого положения?
14. Кто мог бы оказать тебе поддержку? Обращался ли ты к психологу? Это помогло?

Важно узнать, есть ли у подростка модель суицидального поведения. Риск возрастает если в его семье или близком окружении бывали случаи суицида, как способа прекращения терзаний и страданий.

Вы можете уточнить:

15. Кто-либо в вашей семье говорил о самоубийстве? Делал попытки? Совершал самоубийство?

16. Кто-нибудь из твоих друзей говорил когда-либо о суициде? Пытался это сделать? Совершал самоубийство?

Очень часто бывает полезным потренироваться в постановке похожих вопросов в ролевой игре со своим коллегой. Практика поможет вам обрести уверенность в разговоре на эту тему. Общаться с потенциальными самоубийцами всегда сложно, но вы будете готовы к взаимодействию с ними.

Приложение 5

РАСПОЗНАНИЕ СУИЦИДЕНТА. КЛЮЧИ К СУИЦИДУ.

Истинный суицид часто зреет в душе подростка и никак себя не проявляет, тем не менее, если внимательно присмотреться, то можно увидеть, какие-то не совсем привычные для него черты поведения. Порой они почти незаметны, если подросток по своему характеру замкнут, склонен к одиночеству, тем не менее, его подсознание почти всегда сообщает о предстоящем суициде. Выдать их может еще больший уход в себя, иногда – случайно высказанные слова о самоубийстве. Наиболее общими поведенческими признаками суицидального поведения являются вербальные, эмоциональные, поведенческие. В зависимости от них различают вербальные, бихевиоральные (поведенческие) и ситуационные ключи.

Вербальные ключи

Непосредственные высказывания типа «Я подумываю о самоубийстве» или «Было бы лучше умереть» или «Я не хочу больше жить».

Косвенные сообщения, например, «Вам не придется больше обо мне беспокоиться» или «Мне все надоело» или «Они пожалеют, когда я уйду».

Шутки или намек на смерть по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми, недосказанность фраз.

Бихевиоральные ключи

- Отчаяние и плач.
- Неоднократное обращение к теме смерти в музыке, живописи и литературе.
- Повторное прослушивание унылой, печальной музыки и песен.
- Повторное прослушивание грустной музыки и песен.
- Недостаток жизненной активности.
- Самоизоляция от близких (семьи и любимых людей).
- Рост употребления алкоголя или наркотиков.

- Изменение суточного ритма (бодрствование ночью и сон днем).
- Повышение или потеря аппетита.
- Вялость и апатия.
- Неспособность сконцентрироваться и принимать решения, смятение.
- Уход от обычной социальной активности, замкнутость.
- Приведение в порядок своих дел.
- Отказ от личных вещей.
- Стремление к безрассудным действиям и поступкам, например, рискованное хождение по карнизам.
- В прошлом суицидальные попытки.
- Чувство вины, упрек в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка.
- Потеря интереса к увлечениям, спорту, работе или школе.
- Не соблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью.
- Бесперспективные планы на будущее.
- Стремление оставаться в состоянии покоя, всё это вызывает раздражение со стороны других людей.

Ситуационные ключи

- Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону.
- Смерть любимого человека, особенно родителей или близких родственников.
- Недавняя перемена места жительства.
- Семейные неурядицы.
- Неприятности с законом.
- Коммуникативные затруднения.
- Проблемы со школой или занятостью.
- Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей.
- Хроническая, прогрессирующая болезнь.
- Нежелательная беременность.

Таким образом, исходя из выше изложенного, можно сделать следующие выводы:

1. К суицидальным поступкам чаще всего склонны подростки из неблагополучных семей, наркоманы или алкоголики, подростки, столкнувшиеся с проблемой, которая, по их мнению, неразрешима или считают, что их не поймут, пристыдят.

2. По формам суицида можно понять, что суицидальные попытки совершаются в состоянии аффекта, с целью привлечения внимания, либо человеку действительно не хочется жить. Причины суицида разнообразны, их довольно много и они зависят от того, что для человека является ценностью: любовь, семья, друзья, совокупность неприятностей и т.п.

3. Подросток, начинающий задумываться о суициде, надеется, что должны произойти изменения к лучшему, что хоть кто-нибудь увидит, как он

нуждается в помощи, понимании и поддержке, что ему необходимо поделиться своими переживаниями. Поэтому он и ведёт себя так, чтобы привлечь внимание к себе. Задача друзей и родителей заметить эти изменения в поведении.

Приложение 6

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 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 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 постарайтесь отметить наличие выраженности у него перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора поставьте 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 – +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, 80, риск суицида незначителен.

Если эта величина колеблется от 8, 80 до 15, 40, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15, 40, 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 этого 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 изволит сразу распознать неладное в его поведении, найти приемлемые формы душевного контакта, оказать профилактическое воздействие и помощь.

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. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
27. Настойчивость.
28. Решительность.
29. Бескомпромиссность.
30. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

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

Характеристика наличия факторов	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 выявлено не	0	0	0

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

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

Обработка результатов и интерпретация

Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов «часто» умножается на 3, «иногда» – на 2, «редко» – на 1 и «никогда» – на 0. Полученные результаты складываются. Максимально возможный показатель одиночества – 60 баллов.

Высокую степень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

	Утверждения	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1	Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку				
2	Мне не с кем поговорить				
3	Для меня невыносимо быть таким одиноким				
4	Мне не хватает общения				
5	Я чувствую, будто никто не понимает меня				
6	Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят, напишут мне				
7	Нет никого, к кому бы я мог обратиться				
8	Я сейчас больше ни с кем не близок				
9	Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи				
10	Я чувствую себя покинутым				
11	Я не способен раскрепощаться и общаться				
12					
13	Мои социальные отношения и связи поверхностны				
14	Мне не достает компании				

15	В действительности никто как следует не знает меня				
16	Я чувствую себя изолированным от других				
17	Я несчастен, будучи таким отверженным				
18	Мне трудно заводить друзей				
19	Я чувствую себя исключенным и изолированным другими				
20	Люди вокруг меня, но не со мной				

МЕТОДИКА И ДИАГНОСТИКА САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ

Цель методики САН: Экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения.

Описание методики САН. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

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

Обработка данных методики САН. При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в 7 баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

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

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

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

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

Типовая карта методики САН

Фамилия, инициалы _____

Пол _____ Возраст _____

Дата _____ Время _____

1	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24	Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25	Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомленный
26	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

Психодиагностический тест (ПДТ)

В целях наиболее полной и точной психологической диагностики эффективности адаптации оправданным представляется использование разработанного Л.Т. Ямпольским (1985) психодиагностического теста (ПДТ), представляющего собой многомерный инструментарий, основанный на принципе стандартизированного самоотчета испытуемого, и предназначенного для изучения структуры личности в границах определенных факторов.

Методика ПДТ представляет собой опросник, состоящий из 174 пунктов в виде утверждений типа: «Кое-кто настроен против меня», «Я человек твердых убеждений» и т.д.

Пункты опросника сгруппированы в 14 шкал. В настоящем пособии представлены 4 из них: 3 шкалы нижнего уровня описывают невротизм, психотизм и депрессию; шкала верхнего уровня характеризует психическую неуравновешенность (формируется на базе шкал нижнего уровня).

Краткая характеристика шкал теста

А. Нижний уровень

1. **Невротизм.** Предназначена для измерения уровня невротизации. Содержательно фактор «невротизм» близок к понятию астенической личности в пограничной психиатрии и фиксирует уровень тревожности, возбудимости, впечатлительности, эмоциональной зрелости. К характеристикам астенического типа относят неуверенность в себе, нерешительность, неспособность преодолевать житейские трудности, психическую невыносимость. Наряду с этим отмечаются такие проявления, как ипохондричность, раздражительность, склонность к колебаниям настроения.

2. **Психотизм.** Предназначена для измерения степени психической адекватности личности, фиксирует аутичность, которая характеризуется своеобразной отчужденностью от среды, замкнутостью, недоступностью для общения с другими. Психотическая личность находится в постоянном внутреннем конфликте с собой, постоянно напряжена и возбуждена вне зависимости от степени напряженности реальной ситуации. Такое хроническое напряжение может без внешнего повода прорваться в неожиданных аффективных реакциях озлобления, ярости, страха и т.п.

3. **Депрессия.** Шкала предназначена для измерения глубины субъективных переживаний, возникающих при снижении доминирующего фона настроения. Депрессия – угнетенное состояние, вызываемое тягостными событиями и переживаниями. Содержательно утверждения, собранные в данной шкале, отражают самооценку доминирующего фона настроения, идеи самообвинения, субъективных трудностей в организации деятельности, низкой фрустрационной толерантности.

Б. Верхний уровень

4. Психическая неуравновешенность. Предназначена для интегральной оценки психической устойчивости. Оценка по этой шкале является обобщением оценок по трем шкалам нижнего уровня: невротизм, психотизм, депрессия. Фактор «психическая неуравновешенность» указывает на уровень дезадаптации, тревожности, потери контроля над влечениями, оценивает уровень психической устойчивости и, как следствие, ровность, стабильность, последовательность и целенаправленность поведения.

Предъявление методики. Перед началом исследования испытуемым (количество которых при групповом тестировании не должно превышать 25–30 человек) предоставляется возможность ознакомиться с текстом инструкции, самого опросника и бланка ответов. Психолог должен ответить на все вопросы, касающиеся процедуры обследования.

Обработка результатов проводится с помощью ключа. Ответу, совпадающему с ключом, присваивается 1 «сырой» балл.

Ключ методики ПДТ

Название шкалы	Группирование ответов по шкалам	Максимальный балл
Невротизм	Верно: 2, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 25, 26, 37, 38, 40, 50, 51, 52, 53, 63, 64, 65, 66, 67 Неверно: 1, 27, 28, 39	25
Психотизм	Верно: 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 29, 30, 31, 32, 41, 42, 43, 44, 54, 55, 56, 57, 58, 68, 69, 70, 71 Неверно: 17	25
Депрессия	Верно: 9, 10, 12, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 60, 61, 62, 72, 74, 75 Неверно: 11, 73	25
Психическая неуравновешенность	Верно: 2, 4, 10, 11, 12, 14, 21, 23, 33, 35, 45, 50, 53, 63, 65, 66, 67, 74, 75 Неверно: 73	20

Полученные «сырые» баллы преобразуются в стандартную форму путем перевода исходных тестовых оценок в 10-балльную равноинтервальную шкалу методом Р.Кэттелла.

«Сырые» баллы	Стандартные единицы			
	Невротизм	Психотизм	Депрессия	Психическая неуравновешенность

1	2	3	4	5
25	10	10	10	
24	10	10	10	
23	10	10	10	
22	10	10	10	
21	10	10	10	
19	9	10	9	10
18	8	9	8	10
17	8	9	8	10
16	8	8	7	9
15	7	8	7	9
14	7	7	7	8
13	6	7	6	8
12	6	6	6	7
11	6	6	5	7
10	5	5	4	6
9	4	4	4	6
8	4	4	3	5
7	3	3	3	4
6	3	3	2	4
5	3	2	2	3
4	2	2	2	3
3	2	1	1	2
2	1	1	1	2
1	1	1	1	1
0	1	1	1	1

Текст опросника

1. Обычно я просыпаюсь утром свежим и отдохнувшим.
2. Временами я волнуюсь из-за пустяков.
3. Большую часть времени я чувствую общую слабость.
4. Я часто тревожусь.
5. Кое-кто настроен против меня.
6. Часто различная пища кажется мне одинаковой на вкус.
7. Глупо осуждать человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.
8. Окружающее мне часто кажется нереальным.

9. Когда я строю планы, то часто рассчитываю на счастливый случай, везение.
10. Порой мне кажется, что трудностей слишком много и мне их не преодолеть.
11. Меня редко посещают грустные мысли.
12. Когда я что-либо делаю (двигаюсь, ем, работаю), я часто перескакиваю с одного на другое, а не действую обдуманно и методично.
13. Временами я бываю злым и раздражительным.
14. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что даже не могу усидеть на месте.
15. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
16. Я часто сожалею о том, что я такой раздражительный и ворчливый.
17. У меня отсутствуют враги, которые всерьез желают мне навредить.
18. У меня бывают странные и необычные мысли.
19. Почти каждый день случается что-то такое, что пугает меня.
20. Иногда мне нравится причинять боль людям, которых я люблю.
21. Временами я чувствую себя бесполезным.
22. Мои родители были часто настроены против моих знакомых.
23. У меня бывает настроение, когда я легко отвлекаюсь от дела, становлюсь рассеянным и мечтательным.
24. Временами я испытываю ненависть к членам моей семьи, которых обычно люблю.
25. Я вспыльчив, но быстро успокаиваюсь.
26. Иногда я настолько возбуждаюсь, что мне бывает трудно заснуть.
27. Думаю, что нервы у меня в порядке (такие же, как и у большинства окружающих).
28. Обычно я спокоен, и меня трудно вывести из равновесия.
29. Я ужасно боюсь грозы.
30. Многих людей можно обвинить в развращенности.
31. Я бы добился значительно больших успехов, если бы люди относились ко мне лучше.
32. У меня бывают необычные, мистические (таинственные) переживания.
33. Даже среди людей я чувствую свое одиночество.
34. Мечты в моей жизни занимают много места, но я этого никому не говорю.
35. Мои намерения часто кажутся мне настолько трудновыполнимыми, что я отказываюсь от них.
36. Чаще всего у меня бывает сразу несколько увлечений, я очень редко увлекаюсь чем-нибудь одним.
37. Я так остро переживаю свои неприятности, что подолгу не могу выбросить их из головы.
38. Бывало, что из-за волнений у меня пропадал сон.
39. Меня трудно рассердить.
40. Меня настолько волнуют некоторые вещи, что мне даже говорить о них трудно.
41. Думаю, что почти каждый может болтать, чтобы избежать неприятностей.

42. Безопаснее всего никому не доверять.
43. Я часто замечаю, что люди относятся завистливо и недоверчиво к моим удачным идеям только потому, что не они первыми додумались до них.
44. Я опасаясь некоторых предметов или людей, хотя знаю, что они для меня безвредны.
45. Нередко бывают ситуации, когда легко потерять надежду на успех.
46. Иногда я хвалю людей, которых знаю очень мало.
47. Я легко прихожу в замешательство.
48. У меня бывают достаточно длительные периоды, когда я не могу ничего делать, потому что мне трудно заставить себя взяться за работу.
49. Порой мне кажется, что я ни на что не гожусь.
50. Я все принимаю близко к сердцу.
51. Ожидание действует мне на нервы.
52. Раз в неделю или чаще я бываю возбужденным и взволнованным.
53. Я все чувствую более остро, чем другие.
54. Думаю, что за мной следят.
55. Большую часть времени я чувствую, что моя голова и нос чем-то заполнены.
56. Временами мне хочется нанести повреждение себе или кому-нибудь из окружающих.
57. Люди безразличны и равнодушны к тому, что может случиться с другими.
58. Плохие, часто даже ужасные слова приходят мне в голову, и я не могу от них избавиться.
59. Временами мне очень хотелось навсегда уйти из дома.
60. Мое поведение в сильной степени зависит от обычаев.
61. Я предпочитаю действовать импульсивно, под влиянием момента, даже если это приведет к дальнейшим трудностям.
62. Я могу сослаться на болезнь, чтобы избежать чего-нибудь неприятного.
63. Я впечатлительнее большинства людей.
64. Я легко теряю терпение в общении с другими людьми.
65. Иногда какой-нибудь пустяк овладевает моими мыслями и беспокоит меня несколько дней.
66. Критика и замечания в мой адрес меня мало задевают.
67. Иногда мне кажется, что я нахожусь на грани нервного срыва.
68. Часто мои поступки неправильно понимаются окружающими.
69. Я считаю, что многие способны пойти на нечестный поступок ради получения выгоды.
70. Меня крайне редко наказывали без причины.
71. Против меня что-то замышляется.
72. Привычки некоторых членов моей семьи меня очень раздражают.
73. У меня редко бывают приступы плохого настроения.
74. Бывает, я отказываюсь от начатого дела потому, что не верю в свои силы.
75. В моей семье есть нервные люди.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методич. рекоменд. М., 1980.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения: Методич. рекоменд. М., 1980.
3. Волкова А.Н. Психолого-педагогическая поддержка детей суицидентов//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1998, №2. С. 36-43.
4. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики// Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. трудов. М.: Московский НИИ психиатрии, 1984. С. 135-142.
5. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологический и психиатрический аспекты. Минск: Беларусь, 1988.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
7. Михайлина, М.Ю. Психологическая помощь подросткам в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги [Текст]: / М.Ю. Михайлина, М.А. Павлова. – Волгоград: Учитель, 2009.
8. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. пособие. М.: Флинта: МПСИ, 2008.
9. Психологическая помощь в кризисных ситуациях, В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович, СПб., Речь, 2004г.
10. Самоубийства, российская социологическая энциклопедия, Гишинский Я. И., под ред. Г. В. Осипова, М., Норма-ИНФРА, 1999г..
11. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя// Социальная и клиническая психиатрии. 1994. №3. С. 73-77.
12. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств// Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М: Когито-Центр, 2001. С. 353-359.
13. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации./ Авторы-составители: Л.К.Стадухина, Н.В.Петрова, Е.Л.Норкина, О.А.Маркова, М.Ю.Бондаренко. – Йошкар-Ола: 2013. – 50 с.

