



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И
НАРКОЛОГИИ

**ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА
ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ**

методические рекомендации

Алматы, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Утверждены и рекомендованы к печати
ТОО «Республиканским центром
инновационных технологий
медицинского образования и
науки»
Протокол №6 от 31 мая 2011 г.

Н.И. РАСПОПОВА, М.В. ВИХНОВСКАЯ, С.В. СКЛЯР

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА
ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ

Методические рекомендации

Алматы
2011

Методические рекомендации составлены заведующим научным отделом суицидологии и эпидемиологии, кандидатом медицинских наук Распоповой Н.И., заведующим клиническим отделением детско-подростковой психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, врачом высшей квалификации Вихновской М.В. и научным сотрудником, врачом высшей категории Скляр С.В.

Рецензенты:

1. Садуакасова К.З. – доктор мед наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.

2. Толстиковой А.Ю. – кандидат медицинских наук, заведующий научным отделом клинической психиатрии и психотерапии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии и рекомендованы к печати (председатель д.м.н., профессор С.А. Алтынбеков, протокол № 3 от 11.03.2011г.).

Аннотация

В методических рекомендациях рассматриваются различные механизмы формирования мотивации суицидального поведения у подростков и лиц молодого возраста. Предложены направления диагностической работы по выявлению группы риска девиантного (суицидального) поведения с целью снижения уровня дезадаптации среди учащихся общеобразовательных учебных заведений.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для психологов, социальных работников сферы образования, детских психиатров, психотерапевтов.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.....	5
1 Основные факторы суицидального поведения подростков и молодежи	5
2 Направления работы по выявлению суицидального риска среди учащихся общеобразовательных учреждений	14
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	17
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	19
Приложение А Шкала самооценки Спилбергера.....	20

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях развития Казахстана особую значимость придается движущей роли подрастающего молодого поколения, которое является одним из факторов конкурентоспособности страны в мировом сообществе. Самоубийство (суницид) - осознанное лишение человеком себя жизни, является одним из наиболее социально значимых явлений, приводящим к непоправимому урону демографической ситуации во всем мире.

Согласно демографическим данным в настоящее время на территории Казахстана на начало 2009 г. проживает более 3 029 тыс. человек в возрасте 15-24 лет, что составляет пятую часть населения Казахстана (19,2%). Из них в возрасте 15-19 лет насчитывается 1460,2 тыс. человек. Доля лиц в возрасте 15-19 лет на протяжении последнего десятилетия снижается. Так в 2003 году она составляла 10,5% к общей численности населения, а в 2008 году – 9,3%. Наблюдается отрицательный баланс доли прироста подросткового населения. Возрастает доля лиц старшего и в большей степени пожилого населения (Центр исследования «САНДЖ», 2009). Данные тенденции «старения» населения так же характерны для большинства государств.

Смертность от внешних причин среди девушек Республике Казахстан в возрастной группе 15-19 лет на 100 000 населения (база данных TransMONEE) за период с 1999 по 2006 год повысилась с 36,0 до 38,1.

Число детей в возрастной группе 15-19 лет, умерших от суицида по данным 2006 года в Казахстане (21,4 на 100 000 человек соответствующей группы населения).

В связи с актуальностью и социальной значимость данной проблемы возникает необходимость разработки дифференцированных подходов к раннему выявлению суициdalной активности среди подростков. Обязателен междисциплинарный подход для решения данной задачи (правовой, медицинский, педагогический, социально-психологический подходы). Согласно Закону Республики Казахстан «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждения детской безнадзорности и беспризорности» от 9 июня 2004 года выявление несовершеннолетних с девиантным поведением и проведение с ними индивидуальной профилактической работы является областью компетенции органов образования. Непосредственное участие в данной работе принимает каждый школьный психолог.

С учетом вышеизложенного, целью настоящих методических рекомендаций является определение ранних диагностических мероприятий по выявлению суициdalной активности среди учащихся общеобразовательных учреждений.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1 Основные факторы суициdalного поведения подростков и молодежи

Суницид – (от лат. sui caedere — убивать себя) - осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Согласно определению ВОЗ (1982), «суницид – акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство (парасуницид) – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода».

Парасунициды в большинстве случаев не подразумевают осознанное намерение человека уйти из жизни. Обычно мотивом парасуницидов является стремление подростка достичь желаемого за счет физических изменений или угроз самоповреждения, при этом объективная вероятность смертельного исхода минимальна. Часто парасунициды называют демонстративно-шантажным суницидом.

Антисунициальные факторы – факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суициdalного замысла или обесценивающие целесообразность суициdalного акта. В роли антисунициального барьера могут выступать этнокультуральные, религиозные, социально-психологические, личностные факторы, эмоциональная привязанность к родителям и детям, нереализованные творческие замыслы, эстетические чувства (представления о том, как будет выглядеть человек после совершения суицида часто предотвращает реализацию замысла), страх боли, боязнь остаться инвалидом и прочее.

Причинами суициdalных действий служит комплекс взаимодействия неблагоприятных и эмоционально-значимых факторов, связанных с личностными особенностями подростка, его семьей, школой, значимым близким окружением (друзья, различные современные субкультуры) и макросоциумом (СМИ, интернет, общество и т.д.).

Суициdalное поведение включает в себя последовательно развивающиеся этапы:

- пассивные суициdalные мысли (отвлеченные представления, фантазии о возможности смерти);
- суициdalные замыслы (обдумывание способа времени и места действия);
- суициdalные намерения присоединение к плану волевого компонента);
- суициdalный акт (истинный, демонстративно-шантажный);
- постсуициdalный период (до года сохраняется высокий риск повтора).

Распознание этапа суицидального поведения необходимо для планирования превентивных мер по предупреждению дальнейшего развития и оценки риска совершения аутоагрессивных действий.

Факторы суицидального риска

Наибольшую значимость для прогнозирования суицидальной опасности имеют значение следующие факторы в порядке убывания меры информативности (В.В. Нечипоренко, 1991):

- 1) восприимчивость, впечатлительность;
- 2) гиперактивный эмоциональный фон в период конфликтов;
- 3) низкий уровень самооценки;
- 4) уход от неблагоприятных ("нагрузочных") ситуаций;
- 5) примитивность, незрелость суждений;
- 6) переживание физического отставания;
- 7) снижение толерантности к фрустрациям;
- 8) конфликты в школе;
- 9) изоляция, отвержение от социального окружения;
- 10) затруднения в перестройке ценностных ориентаций;
- 11) стремление к уединению, замкнутость;
- 12) предшествующие суицидальные высказывания.

На вероятность совершения суицидальных действий могут влиять самые разнообразные факторы: индивидуальные психологические особенности подростка и национальные обычаи, возраст и семья, выходцем из которой он является, культурные ценности и уровень употребления психоактивных веществ, время года и т.д. С определённой долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические (И.Г. Малкина-Пых, 2006).

Социально-демографические факторы

Возраст. Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так имеются данные о суицидальных попытках у детей 3-6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко (Н.Е. Бачериков, 1994). Чаще всего молодёжь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Пол. Девочки чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мальчики; однако у мальчиков суицид чаще носит завершённый характер. По количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мальчики опережают девочек.

Образование. Уровень парасуицидов выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота завершённых самоубийств выше в центральной его части, а незавершённых – на окраинах. По последним данным, частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

Семья. Семья и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Среди суицидентов преобладают подростки, имеющие приёмных родителей, воспитывающиеся в интернате или же, имеющие одного из родителей. Суицидоопасные состояния легче возникают в семьях:

- дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплочённости),
- дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотивации членов семьи),
- корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи),
- консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов),
- закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Родительские семьи суицидентов-подростков характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истерондные черты характера. У отцов преобладают шизоидные и эпилептоидные черты, часто сопровождающиеся чудаковатостью, жестокостью, безразличием. Всё это порождает холодную атмосферу в семье, запущенность детей, их психологическую дистанцию от родителей. В связи с занятостью собственными, чаще личными переживаниями в такой семье можно наблюдать отсутствие тепла, равнодушие и лишь формальную заинтересованность родителей делами детей. Иногда родители проявляют открытый негативизм. В отрочестве, в ситуации разрушенной семьи, нередки повышенно жёсткие требования, предъявляемые ребёнку одним из родителей. Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы окружающих.

Два обстоятельства в семье имеют наиболее тесное отношение к последующей аутоагgression:

- ранние утраты: депривация, связанная со смертью, уходом из семьи или разводом родителей искалечает психическое развитие детей;

- дисгармоничное воспитание: хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей. Отвержение матерью, жестокое обращение отца, предпочтение, оказываемое другому ребёнку, несомненно, усиливают суицидальные тенденции.

Социально-экономические факторы. В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается (Т.Б. Дмитриева, 1998). По данным ВОЗ 1960 года, частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Самоубийства подростков наблюдаются как среди малообеспеченных, так и среди хорошо обеспеченных семей, при этом последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.

При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие биографические факторы (В.Г. Ромек и др., 2004):

- гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола);
- суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
- суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т.д.).

Индивидуально-психологические факторы

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения у подростков. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающим в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» её отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Выявлен ряд предиспонирующих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, 1990). К ним относятся следующие:

- повышенная напряжённость потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;

- чувство вины и низкая самооценка;
- гиперактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

В подростковом возрасте вероятность аутоаггрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность аутоаггрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера (А.Е. Личко, 1977; Л.Н. Юрьева, 1999).

Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесённая обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчёмности, ненужности, неполночастности.

Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.

Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными). Но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Согласно исследованиям В.В. Нечипоренко (1991), при завершенных суицидах встречались следующие типы акцентуаций характера – астено-невротический (50,9%), инфантильно-незрелый (21,8%), сенситивный (10,9%), эмоционально-зависимый (9,1%) и ограниченно-комформный (7,3%). При суицидальном поведении отмечено формирование “привычки” реагировать аутоаггрессией на определенные значимые для них ситуации. При опросе пациентов с подобным суицидальным поведением удалось выяснить, что суицидальные мысли у них носят отчетливо навязчивый характер, доходя иногда в конфликтных ситуациях до состояний болезненного напряжения, проходящего только после совершения суицидальных действий.

Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов (А.Н. Моховиков, 2001).

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. Компульсивный: установка во всём достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Регрессивный: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера

характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.

5. Зависимый: беспомощность, безнадёжность, пассивность, необходимости и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.

7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. Гневный: затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворённость собой.

9. Обвиняющий: убеждён в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путём самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации.

11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.

12. Заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определённых обстоятельствах (суицидальное поведение в молодёжной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определённой категории лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т.п.)

Медицинские факторы

1. *Психическое здоровье*. Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровыми;
- лицами с пограничными психическими расстройствами;
- психически больными.

Психическая патология может выражаться в следующем:

- депрессии, особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольной зависимости;
- зависимости от других психоактивных веществ;
- шизофрении;
- расстройстве личности.

Выделяют следующие варианты суицидального поведения у психически больных.

• Ситуационный (психогенный), при котором суицидальные тенденции возникают в результате взаимодействия психогенных и личностных факторов, а психическое заболевание выступает в роли патопластического фактора.

• Психотический (психопатологический), при котором суицидальные проявления обусловлены психопатологическими проявлениями болезни и реакцией на них пациента. Ситуационные факторы носят второстепенный характер и выступают в роли катализатора.

• Смешанный, при котором и ситуационный и психопатологический механизмы в равной степени участвуют в формировании аутоагрессивного поведения.

2. *Соматическое здоровье* – наличие тяжёлого хронического прогрессирующего заболевания:

- онкологические и заболевания органов кроветворения;
- сердечно-сосудистые;
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулёз);
- врождённые и приобретённые уродства;
- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжёлых операций;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

Природные факторы

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжёлыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятачков на Солнце и частотой суицидальных актов, не обнаружили влияния данных факторов на суицидальное поведение.

Ряд авторов при оценке риска суицидальной попытки после парасуицида (B.P. Bradley, 1995) предлагают учитывать следующие факторы:

Внешние обстоятельства:

- насколько суицидент был изолирован во время попытки;
- насколько вероятным было вмешательство в суицидальное поведение со стороны других людей;

- предпринимал ли суицидент предупреждающие меры против возможного раскрытия суицидальных намерений другими людьми;
- писал ли прощальное письмо;
- искал ли помощи во время попытки или после;
- совершал ли действия, которые, по его предположению, должны были привести к смерти.

Внутренние установки:

- верил ли суицидент в то, что действительно убьёт себя;
- говорил ли, что хочет умереть;
- насколько предумышленной была попытка;
- какие чувства испытывал, обнаружив, что попытка не удалась (его спасли) – радость, сожаление, гнев (В.В. Войцех, 2002).

Естественно, что суицид всегда индивидуален. Не существует единой причины или группы причин самоубийства. Однако выделяется ряд прогностических критерии, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска.

Индикаторы суицидального риска

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний подростка, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

Ситуационные индикаторы:

Любая ситуация, воспринимаемая подростком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека; развод родителей; сексуальное насилие; денежные долги; раскаяние за совершённое убийство или предательство; угроза физической расправы; получение тяжёлой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; первое расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена; ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.

Поведенческие индикаторы суицидального риска:

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- эскейп-реакции (ход из дома и т.п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, 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 снижения качества работы и связанные с этим неприятности в учёбе;

- расставание с дорогими вещами или деньгами;

- приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» - прямое сообщение, «Скоро всё это закончится» - косвенное);

• шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмыслицности 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.

Когнитивные индикаторы:

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;

- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;

- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей право жить;

- представление о мире как месте потерь и разочарований;

- представление о будущем как бесперспективном, безнадёжном;

- «туннельное видение» - неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;

- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у подростка только неопределённые 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 план, тем выше вероятность его реализации.

Эмоциональные индикаторы:

- амбивалентность по отношению к жизни;

- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадёжность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии (приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница, умеренное употребление алкоголя, потеря способности испытывать удовольствие);
- несвойственная агрессия или ненависть к себе, гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчёмности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

2 Направления работы по выявлению суицидального риска среди учащихся общеобразовательных учреждений

В общеобразовательных учреждениях непосредственным участником выявления группы риска суицидального поведения является школьный психолог. Данная работа включена в общий план сопровождения общеобразовательного процесса. При поступлении ребенка в школу и в переходные периоды учащиеся проходят тестирование на выявление проблемных зон развития и взаимодействия с социумом. При выявлении группы риска дополнительно проводится индивидуальная и групповая работа с данным контингентом, включая тесное взаимодействие с педагогами, родителями, инспекторами по делам несовершеннолетних. При подозрении на суицидальное поведение, а тем более при имеющихся фактах суицидальной активности следует незамедлительно рекомендовать родителям обращение к детскому психиатру.

К сожалению, общепризнанных методик направленных на выявление суицидального риска среди учащихся нет. Школьные психологи проводят различные диагностические и коррекционные мероприятия. Интерпретация и обобщение результатов при этом затруднено и, как правило, нет единого подхода к данной проблеме. В нашем пособии предпринята попытка рассмотрения проблемы рационального использования психологических методик исследования личности в школе психологом для успешной реализации обучения и профилактики суицидального (в широком смысле - девиантного) поведения.

Одними из наиболее распространенных диагностических инструментов используемых при оценке суицидального риска являются опросники и анкеты. Опросники делят на две группы:

- методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний (шкала суицидальных мыслей;

различные шкалы оценки депрессии; опросник для диагностики уровня субъективного ощущения одиночества, метод клинического интервью);

- методики выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида.

Использование первой группы, в большей степени, патопсихологических и клинических методик не рекомендуется для широкого применения школьными психологами, так как требует специального дополнительного образования и могут опосредованно подтолкнуть подростка к совершению суицидальных действий.

Вторая группа методик направлена на выявление предрасполагающих к суициду факторов: определение личностных особенностей, уровня невротизации, тревожности.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение человека. Высокий показатель по уровню тревожности уже является предрасполагающим фактором к формированию суицидального поведения. Среди общепризнанных методик можно выделить «Шкалу самооценки» разработанную Ч.Д. Спилбергером и адаптированной Ю.Л. Ханином и Школьный тест уровня тревожности Филиппа.

При рассмотрении личностных методик имеется методологические трудности. Несмотря на множество методов, методик, тестов, направленных на исследование личности, общепринятой четкой классификации нет. Наиболее удачной, на наш взгляд представляется классификация, предложенная В.М. Блейхером и Л.Ф. Бурлачуком (1978):

- 1) наблюдение и близкие к нему методы (изучение биографии, клиническая беседа и т.п.);
- 2) специальные экспериментальные методы;
- 3) личностные опросники;
- 4) проективные методы.

Так как процесс становления (формирования) личности детей направляется взрослыми, необходимо проводить исследование личности ребенка в общем контексте социальной ситуации развития. В связи с этим выбор методов исследования личностного развития ребенка представляется более сложным, чем аналогичная задача в работе со взрослыми. Поведение взрослого зависит больше от его личностных особенностей и меньше от его взаимоотношений с окружающими, нежели у ребенка и подростка. В связи с этим целесообразно изучение не только личностных особенностей ребенка, а интегральная оценка его переживания своей жизненной ситуации, его мироощущения в целом. Следующая классификация Н.Ю. Максимовой, Е.Л. Милитиной (2000) дополняет социологическую составляющую развития личности. Условно методы исследования ребенка делят на две группы:

- методы комплексной оценки личности ребенка в контексте социальной ситуации (проективные методы, наблюдение, методы изучения детско-родительских отношений);
- методы исследования структурных компонентов личности (личностные опросники).

Перечень наиболее часто используемых методик представлен ниже.

1. Методы интегральной оценки личности ребенка в контексте его социальной ситуации развития

- 1.1. Наблюдение
 - 1.2. Беседы
 - 1.3. Проективный тест «Дом-дерево-человек»
 - 1.4. Проективный тест «Несуществующее животное»
 - 1.5. Тест Люшера
 - 1.6. Метод Роршаха
 - 1.7. Тематический апперцептивный тест (ТАТ)
 - 1.8. Метод каузометрии
 - 1.9. Методика анализа семейного воспитания (АСВ) Э.Эйдемиллера
 - 1.10. Тест «Кинетический рисунок семьи»
 - 1.11. Цветовой тест отношений (ЦТО)
 - 1.12. Методика Рене Жиля
 - 1.13. Методика диагностики межличностных отношений Т.Лири
 - 1.14. Анкета на выявление социальных характеристик семьи
 - 1.15. Социометрический опрос в детской группе, в которой учится ребенок
 - 1.16. Опросник родительского отношения А.Столина-Варга
- 2. Методы исследования структурных компонентов личности*
- 2.1. Исследование самооценки по методике Дембо-Рубенштейн
 - 2.2. Методика косвенного измерения системы самооценок (КИИС)
 - 2.3. Методики Хоппе (различные модификации) для исследования самооценки и уровня притязаний
 - 2.4. Мотивационный тест Хекхаузена
 - 2.5. Метод исследования реакций на фрустрацию Розенцвейга
 - 2.6. Патохарактерологический диагностический опросник, разработанный Н.Я. Ивановым и А.Е. Личко (1971, 1979).
 - 2.7. Методика Имададзе
 - 2.8. Методика Спилбергера
 - 2.9. Методика определения уровня школьной тревожности
 - 2.10. Методика Т.Лири

Согласно литературным данным дезадаптация в условиях стресса, как правило сопровождается тревожностью у подростков. Наиболее удачной психологической методикой с нашей точки зрения является определение уровня личностной и ситуативной тревожности Спилбергера. Данная методика заполняется подростком в течении 15-20 минут, не требует

больших затрат в материальном обеспечении. При обработке результатов отсутствует субъективность в интерпретации с учетом математического подсчета. Существует возможность повторного исследования через короткий промежуток времени. Как было указано выше, данная методика относится к методикам определения личностных черт. Данная методика предложена как скрининговая для определения уровня возможной дезадаптации в условиях стресса. Она должна применяться как один из этапов скрининговой работы школьного психолога. При выделении группы риска полученные данные соотносятся с другими имеющимися сведениями (анкеты наблюдения, характеристики классного руководителя, успеваемость и т.д.), что позволит выявить стресогенные факторы в каждом конкретном случае. Для учащегося со стремлением к отличным оценкам это может быть заниженная самооценка и как следствие недостаточные результаты при проведении контрольных знаний. Для асоциальных подростков – напряженные отношения в семье и со сверстниками и т.д. Работа с выявленной группой риска проводится как в индивидуальном, так и групповом формате. Дальнейший план работы строится исходя из результатов дополнительных личностных методик, к которым можно отнести тест школьной тревожности Филипса и тест направленности личности Айзенка. Данные методики так же просты в применении и доступны в использовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокие показатели суициdalной активности среди подросткового населения Республики Казахстан обуславливает необходимость разработки единого подхода в диагностических мероприятиях по выявлению и раннему предупреждению суицидов среди несовершеннолетних. Выбор конкретной диагностической методики зависит от задач, которые психолог ставит при выполнении плана работы с учетом различных социальных и правовых особенностей сопровождения обучения подростков. Корректное использование психодиагностических методик является одним из условий повышения эффективности работы психолога. Эффективное использование стандартизованных психодиагностических средств требует от психолога овладения навыками проведения конкретных тестовых методик, знания содержания диагностических показателей и умения их интерпретировать, умения планировать психодиагностическое обследование в соответствии с его целями. Недопустимо использование школьным психологом патопсихологических и клинических методик без прохождения дополнительного специального образования.

Основные ошибки, допускаемые при использовании психологических тестов:

1. Выбор неадекватных тестовых методик. К числу основных критериев оценки психодиагностических методик относят надежность,

валидность и репрезентативность (Ю.В. Попов, А.В. Бруг, 2005). Принятие неправильных диагностических решений.

2. Некорректное сообщение результатов психологической диагностики учащемуся, родителям и педагогам (Н.В. Зоткин, 2007).

Предложенное исследование тревожности подростков с целью выделения группы риска по суицидальному поведению является одним из первых этапов работы. С группой риска должна проводится дальнейшая диагностическая и психокоррекционная работа. При выявлении подростков с суицидальным поведением необходимо рекомендовать родителям обращение к специалистам (медицинский психолог, психотерапевт, детский психиатр).

Работа школьного психолога по раннему выявлению суицидального поведения должна проходить в тесном взаимодействии со специалистами различных служб (социальной, правоохранительной, медицинской и т.д.).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- 1 Bradley B. P. Depression: Treatment / S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds.) // The Handbook of Clinical Adult Psychology. 1995
- 2 Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. Eur Child Adolescent Psych 1998. Р. 7
- 3 Аналитическая записка. Социально-демографическое положение молодежи в Республике Казахстан. Подготовлено по заказу Агентства Республики Казахстан по статистике Центром Исследований «САНДЖ», 2009. С. 27-28
- 4 Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. Киев: Вища школа, 1978. - 142 с. С. 84
- 5 Войцех В.В. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 14-21
- 6 Ермольева Е.А. Суицидальное поведение в дебюте эндогенного заболевания. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000
- 7 Зоткин Н.В. Основы психодиагностики. Учебно-методический комплекс Самара, Издательство Универс групп, 2007. – С. 92
- 8 Клиническая психиатрия / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., Гоэтар медицина, 1998
- 9 Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. Киев, 1994.
- 10 Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, Наука, 1990
- 11 Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М., 1977. С. 78
- 12 Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. – Ростов на Дону: Феникс, 2000. - 576 с.
- 13 Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – С. 144
- 14 Менделевич Д.М., Гришкина М.Н. Пролонгированные депрессивные реакции с суицидальными попытками у лиц с избыточной массой тела. Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2003
- 15 Моховников А.Н. Введение к клинико-психологическому разделу // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. М.: Когито-центр, 2001
- 16 Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. научн. трудов. Л., 1991. – С. 36–40

- 17 Паршин А.Н. Суицид как развитие личности. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000
- 18 Попов Ю.В., Бруг А.В. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева В.М. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // Журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева, №1, 2005
- 19 Правовой статус несовершеннолетних: Сборник правовых актов. – Алматы: Юрист. 2010. – 196 с. С. 15, 44
- 20 Реан А.А. Психология изучения личности. Учебное пособие СПб., Изд-во Михайлова В.А., 1999. - С. 273
- 21 Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., Речь, 2004
- 22 Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и др. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска (пособие для врачей). М., 2004
- 23 Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001
- 24 Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. Днепропетровск, 1999

Приложение А

Шкала самооценки Спилбергера

Вводные замечания. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, ч уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «всёр» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю.Л. Ханиным.

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция. Прочтите внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

Непп	Суждение	Суждения			
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я вззвичен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личной тревожности (ЛТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения

Непп	Суждение	Суждения			
		Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4

31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю довolen	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка результатов

1) Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.

2) На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.

3) Вычисление среднегруппового показателя СТ и ЛТ и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (сituативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла - умеренная; 45 и более высокая.

Ключ

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам: РТ=А-В+35, где, А - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; В - сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. ЛТ=С-Д+35, где С - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; Д - сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

По каждому испытуемому следует написать заключение, которое должно включать оценку уровня тревожности и при необходимости рекомендаций по его коррекции. Так, лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам. Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

По результатам обследования группы также пишется заключение, оценивающее группу в целом по уровню ситуативной и личностной тревожности, кроме того, выделяются лица, высоко и низкотревожные.

Личностная тревожность

В личностной тревожности выделяют личностную тревожность, ситуативную тревожность и тревожность в отношении будущего. Степень личностной тревожности определяется по шкале А. Т. Абрамова, включающей в себя 12 вопросов, на которые отвечают респонденты. Каждый вопрос имеет 4 варианта ответа, отражающие различные степени тревожности. Вопросы, отражающие личностную тревожность, включают в себя такие темы как: «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Моя жизнь не имеет смысла», «Я часто испытываю чувство беспокойства», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство». Сумма баллов по всем вопросам, отражающим личностную тревожность, определяет общую личностную тревожность. Чем выше общая личностная тревожность, тем выше личностная тревожность. Степень ситуативной тревожности определяется по шкале А. Т. Абрамова, включающей в себя 12 вопросов, на которые отвечают респонденты. Каждый вопрос имеет 4 варианта ответа, отражающие различные степени тревожности. Вопросы, отражающие ситуативную тревожность, включают в себя такие темы как: «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство». Сумма баллов по всем вопросам, отражающим ситуативную тревожность, определяет общую ситуативную тревожность. Чем выше общая ситуативная тревожность, тем выше ситуативная тревожность. Степень тревожности в отношении будущего определяется по шкале А. Т. Абрамова, включающей в себя 12 вопросов, на которые отвечают респонденты. Каждый вопрос имеет 4 варианта ответа, отражающие различные степени тревожности. Вопросы, отражающие тревожность в отношении будущего, включают в себя такие темы как: «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство», «Я часто испытываю чувство тревоги», «Я часто испытываю страх и беспокойство». Сумма баллов по всем вопросам, отражающим тревожность в отношении будущего, определяет общую тревожность в отношении будущего. Чем выше общая тревожность в отношении будущего, тем выше тревожность в отношении будущего.