

Комитет общего и профессионального образования Ленинградской области
Государственное автономное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Ленинградский областной институт развития образования»
кафедра педагогики и психологии

**ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

Санкт-Петербург

2020

Автор-составитель:

Е. В. Есликова, канд. психол. наук, доцент кафедры педагогики и психологии ГАОУ ДПО «ЛОИРО»

Рецензент: И.В. Васютенкова, заведующий кафедрой педагогики и психологии ГАОУ ДПО «ЛОИРО»

Диагностика суицидального поведения подростков. Методические рекомендации – СПб: ЛОИРО, 2020. – 28 с.

Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения подростков подготовлены в соответствии с пунктом 3 раздела 1 протокола заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 22 декабря 2017 г. № 17 на основе анализа результатов психологических и социальных исследований проблемы суицидального поведения подростков. В документе освещаются вопросы ранней дифференцированной диагностики суицидоопасных состояний обучающихся с целью профилактики как первичных, так и повторных покушений на самоубийство среди подростков.

Методические рекомендации предназначены для специалистов служб психолого-педагогического сопровождения: педагогов-психологов, социальных педагогов, классных руководителей, руководителей образовательных организаций.

ГАОУ «Ленинградский областной
институт развития образования»
(ЛОИРО), 2020.
© Е.В. Есликова

Содержание

Пояснительная записка	4
1. Законодательные и нормативно-правовые основания диагностики суицидального поведения несовершеннолетних	5
2. Психологические особенности современных подростков.	6
3. Маркеры суицидального риска у подростков	9
4. Вопросы организация диагностики риска суицидального поведения подростков	13
5. Диагностический инструментарий, рекомендуемый для проведения скрининговой диагностики	15
6. Углубленная диагностика риска суицидального поведения подростков	19
Заключение	22
Литература	23
Тезаурус	25

Пояснительная записка

Примерно 100 лет назад немецкий психиатр А. Ваег написал: «Какое ужасающее противоречие в том, что ребенок, рожденный и предназначенный непосредственно для радостного и невинного наслаждения жизнью, сам накладывает на себя руки» [17].

Несмотря на многолетние клинические исследования в области превенции суицидов, самоубийства остаются актуальной общественной проблемой во всем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает актуальной разработку, внедрение и оценку инновационных стратегий профилактики самоубийств [18]. В частности, необходим инструментарий для оценки острых краткосрочных, а не хронических суицидальных рисков.

В России, как и в других странах, превенция суицидального поведения обучающихся является командной работой специалистов образовательной организации. Вместе с тем, традиционно основная доля ответственности как за организацию такой работы, так и за ее результаты принадлежит школьной психологической службе (или педагогу-психологу). Основными видами работ в рамках профилактики для педагога-психолога образовательной организации являются информационная работа с учителями и родителями, проведение групповых занятий с обучающимися, диагностические мероприятия, направление обучающихся и их родителей в профильные медико-психологические организации и пр. Одной из основных проблем, с которой сталкиваются педагоги-психологи образовательных организаций в профилактической работе – это ранее выявление обучающихся группы риска и выстраивание индивидуальной траектории психолого-педагогического и иного сопровождения (в зависимости от тяжести состояния и симптомов неблагополучия, наблюдаемых у обучающихся). Подобрать эффективный, имеющий практическую валидность, инструментарий психологической диагностики достаточно сложно. Кроме надежности он должен быть простым, быстрым в использовании, не иметь ятрогенного эффекта [5].

Знания о самоубийстве среди участников образовательных отношений являются недостаточными. Сознание многих людей заполнено мифами и предрассудками, которые мешают конструктивным действиям, направленным на выявление и профилактику суицидального поведения подростков.

К категории подростков с суицидальным поведением относят тех, чье поведение и активность наносит вред им самим, их физическому и душевному здоровью. Поведение таких подростков достаточно осознанно. Они представляют последствия своего поведения, но продолжают злоупотреблять опасностью. Подростковый возраст - период повышенного риска суицидального поведения, так как в возрасте 12-16 лет проявляются трудности переходного этапа, начиная с психо-гормональных процессов и заканчивая перестройкой Я-концепции под влиянием неопределённого социального статуса и противоречий, обусловленных неумением подростка найти позитивный смысл собственной

жизни, отсутствием культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальной ценности жизни.

Психотерапевты определяют суицид как осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при котором собственная жизнь теряет для человека смысл [10]. Суицидной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни. Заблаговременная диагностика такой внутренней активности может предотвратить суицидальный акт и заблокировать его выведение в план внешнего действия.

Помочь подросткам, имеющим выявленную тенденцию к саморазрушению можно при условии понимания причин, приводящих к пренебрежению жизнью, владения надежными инструментами суицидального скрининга, системной работы по предупреждению суицидального поведения обучающихся. Профилактика самоубийств среди подростков начинается с активного выявления и фиксации признаков суицидального поведения как в процессе ежедневного наблюдения, так и по результатам периодических мониторинговых обследований несовершеннолетних на предмет суицидального риска.

1. Законодательные и нормативно-правовые основания диагностики суицидального поведения несовершеннолетних

В настоящее время профилактика суицидального поведения несовершеннолетних регламентируется следующими законодательными и нормативными правовыми актами:

1. Конвенция о правах ребенка" (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990)
2. Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ)
3. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019)
4. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ;
5. Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 4;
6. Федеральный закон Российской Федерации "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
7. Федеральный закон Российской Федерации от 24.07.1998г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ»;
8. Федеральный закон "О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию" от 29.12.2010 N 436-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.10.2019);

9. Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 02.08.2019);
10. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 02.08.2019) (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.08.2019);
11. Приказ Минобрнауки Российской Федерации от 28 февраля 2000 г. № 619 «О концепции профилактики ПАВ в образовательной среде»;
12. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019);
13. Письмо Министерства образования Российской Федерации «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» от 26.01.2000 г.;
14. Письмо Министерства образования Российской Федерации «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков» от 29.05.2003 г.;
15. Письмо Министерства образования РФ от 28 апреля 2018 г. N 07-2498 «О направлении методических рекомендаций» (протокол заседания Правительственной комиссии от 22 декабря 2017г, №17, раздел I, п.2).

2. Психологические особенности современных подростков.

Знание и учет психологических особенностей современных подростков в превенции суицидального поведения позволяет педагогу-психологу, социальному педагогу, классному руководителю оптимизировать свою личностно-профессиональную позицию и успешно реализовать ее в повседневной работе с обучающимися группы риска.

Современных подростков часто называют «Y и Z» «миллениалами», «поколением быстрых кнопок», «цифровым поколением».

Среди основных новообразований личности в подростковом возрасте выделяют следующие: становление нравственного сознания, самосознания, самоотношения. Подростничество - время интенсивного формирования мировоззрения и системы оценочных суждений. В преобладающей степени эти процессы обусловлены как внутрисемейной, так и социальной ситуацией развития (причем не только ближайшим социальным окружением подростка, но и социокультурной ситуацией в обществе в целом).

Характерные особенности подростков:

- половое созревание и неравномерное физиологическое развитие, обуславливающие эмоциональную неустойчивость и резкие колебания настроения (от экзальтации до депрессии);

- изменение социальной ситуации развития: переход от зависимого детства к потенциально самостоятельной и ответственной взрослости;

- смена ведущей деятельности: учебную деятельность вытесняет интимно-личностное общение со сверстниками;

- открытие и утверждение своего «Я», поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений;

- познание себя через противопоставление миру взрослых и через чувство принадлежности к миру сверстников. Это помогает подростку найти собственные ценности и нормы, сформировать свое представление об окружающем его мире;

- появление «чувства взрослости», желание подростка признания своей «взрослости» стремление разорвать эмоциональную зависимость от родителей.

Внутренние противоречия подростков:

- между расцветом интеллектуальных и физических сил и жестким лимитом времени, финансово-экономических возможностей для удовлетворения возросших потребностей;

- между установкой на личное благополучие и неосознанностью ценности собственной жизни, что приводит к неоправданному риску;

- между достаточно четко осознанными желаниями и стремлениями, и недостаточно развитой волей, и силой характера, необходимыми для их достижения;

- между осознанием собственных идеалов и жизненных планов и их социальной абстрактностью;

- между желанием быстрее освободиться от родительской опеки и трудностями социальной и психологической адаптации к условиям самостоятельной жизни;

- между развитым эгоцентризмом среди родных и близких, с одной стороны, и повышенным конформизмом в группе сверстников, с другой;

- между стремлением самим сделать свой выбор и отсутствием желания нести ответственность за его последствия.

На жизненные проблемы подростки реагируют по-разному. Бурные аффективные реакции возникают при попытке кого-либо из окружающих ущемить самолюбие подростка. При этом, как правило, пик эмоциональной неустойчивости наблюдается у мальчиков в возрасте 11-13 лет, у девочек — в 13-15 лет.

К разряду неблагоприятных жизненных обстоятельств могут быть отнесены:

- переживание обиды, одиночества, собственной ненужности, отчужденности и непонимания;

- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство влюбленности, ревность;

- переживания, связанные со сложной обстановкой в семье, со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;

- чувство вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в т.ч. связанного с насилием в семье, т.к. зачастую подросток считает себя виноватым в происходящем и боится рассказать об этом);

- боязнь позора, насмешек или унижения;

- страх наказания (например, в ситуациях ранней беременности, серьезного проступка или правонарушения), страх последствий неуспешного выполнения какой-либо деятельности (например, неуспешной сдачи экзаменов);

- любовные неудачи, трудности в сексуальных отношениях, беременность;

- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;

- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации, повлиять на другого человека;

- сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов, следование моде;

- нереализованные потребности в самоутверждении, в принадлежности к значимой группе.

Поведенческие реакции могут быть непредсказуемы и противоположны:

- целеустремленность и настойчивость сочетаются с импульсивностью;

- неумная жажда деятельности может смениться апатией, отсутствием стремлений и желаний что-либо делать;

- повышенная самоуверенность, безапелляционность в суждениях быстро сменяются ранимостью и неуверенностью в себе;

- развязность в поведении порой сочетается с застенчивостью;

- романтические настроения нередко граничат с цинизмом, расчетливостью;

- нежность, ласковость проявляются на фоне недетской жестокости;

- потребность в общении сменяется желанием уединиться.

Психологические особенности подростков группы риска.

Характерными чертами для подростков группы риска является особый стиль реагирования на стрессовую ситуацию, непродуктивные копинг-стратегии. Это подростки длительное время, находящиеся в кризисном состоянии (часто незаметном для окружающих); у них часто внешне благополучная семья, но характерна эмоциональная дистанцированность членов семьи, родительский перфекционизм по отношению к ребенку. Имеются гендерные различия в симптоматике. Для подростков группы риска характерен: нарциссизм, инфантилизм, размытость границ Я, неясное понимание своего места в жизни, своего будущего, апатия к действительности с одной стороны, но импульсивность, обостренность восприятия, агрессивность, враждебность с другой стороны. Для девушек характерны депрессивные состояния, переживания одиночества, безнадежности, безысходности, обесценивание своей жизни. У части подростков наблюдается обесценивание как своей жизни, так и жизни окружающих. Те, кто заявлял, что не считают главной ценностью человека его жизнь, помимо наличия кризисного состояния (переживаний безнадежности, одиночества, наличия депрессивных состояний, агрессии), характеризуются чрезмерной обеспокоенностью своими ошибками, сомнениями в правильности своих действий, на фоне завышенных требований, ожиданий, критики со стороны родителей.

Риску суицида подвержены подростки с определенными психологическими особенностями:

- эмоционально чувствительные, ранимые;
- настойчивые в трудных ситуациях и одновременно неспособные к компромиссам;
- негибкие в общении (их способы взаимодействия с окружающими достаточно однотипны и прямолинейны);
- склонные к импульсивным, эмоциональным, необдуманным поступкам;
- склонные к сосредоточенности на эмоциональной проблеме и к формированию сверхзначимого отношения;
- пессимистичные;
- замкнутые, имеющие ограниченный круг общения.

Эти и другие особенности подростков – первые признаки возможного психологического неблагополучия.

3. Маркеры суицидального риска у подростков

Самоубийство – слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации.

Период от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток их осуществления называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу, без предшествующих ступеней.

Выделяются внешние поведенческие и словесные маркеры суицидального риска.

Поведенческие маркеры (внешне фиксируемые признаки поведения):

- Тоскливое выражение лица.
- Склонность к нытью, капризность, эгоцентрическая направленность на свои страдания, слезливость.
- Скука, грусть, уныние, угнетенность, мрачная угрюмость, злобность, раздражительность, ворчливость.
- Брюзжание, неприязненное, враждебное отношение к окружающим, чувство ненависти к благополучию окружающих.
- Повышенная подвижность мышц лица, часто неестественная мимика, или наоборот отсутствие мимических реакций.
- Тихий монотонный голос, замедленная речь, краткость или отсутствие ответов.
- Ускоренная экспрессивная речь, патетические интонации, причитания.
- Общая двигательная заторможенность или бездеятельность (все время лежит на диване), либо наоборот двигательное возбуждение.

- Склонность к неоправданно рискованным поступкам.
- Чувство физического недовольства, безразличное отношение к себе, окружающим, «бесчувственность».
- Тревога беспредметная (не могу сказать по поводу чего тревожусь), тревога предметная (зная и говорю по поводу чего тревожусь).
- Ожидание непоправимой беды, страх.
- Постоянная тоска, взрывы отчаяния, безысходности, усиление мрачного настроения, когда вокруг много радостных событий.
- Пессимистическая оценка своего прошлого, избирательное воспоминание неприятных событий прошлого.
- Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния, отсутствие перспектив в будущем.
- Активное взаимодействие с окружающими (стремление к контакту, поиски сочувствия, обращение за помощью к психологу) либо нелюдимость, избегание контактов с окружающими.
- Расширение зрачков, сухость во рту («симптомы сухого языка»), тахикардия (учащенное сердцебиение), повышенное давление, ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха, комка в горле, головные боли, бессонница или повышенная сонливость, чувство физической тяжести, душевной боли в груди, то же в других частях тела (голове, животе), запоры, нарушение менструального цикла (задержка).

Словесные маркеры (высказывания подростка):

- Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: («Хочу умереть!», «Ты меня больше не увидишь!», «Я этого не вынесу!», «Скоро все это закончится»);
- Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни («Никто из жизни еще живым не уходил!»).
- Уверения в своей беспомощности и зависимости от других («Если с ней что-то случится, то я не выживу, а пойду вслед за ней!», «Если он меня разлюбит, я перестану существовать!» и т.п.).
- Прощания.
- Самообвинения («Я ничтожество! Ничего собой не представляю», «Я гениальное ничтожество. Если, как говорит один хороший человек, самоубийство – это естественный отбор, то почему же я не убьюсь наконец?» и т.п.).
- Сообщение о конкретном плане суицида («Я принял решение. Это будет сегодня, когда предки уедут на свою дачу. Алкоголь и таблетки я уже нашел» и т.п.).

Что могут увидеть родители:

в первую очередь изменения настроения, питания, изменения сна, изменения в отношении к своей внешности, самоизоляции, интерес к теме смерти (появление в доме литературы по этой теме, переписка в интернете и т.п.),

нежелание посещать кружки, школу (в том числе учащение прогулов), серьезные изменения в состоянии здоровья (частые простуды, частые головные боли и др.).

Что могут увидеть педагоги:

изменение внешнего вида, самоизоляцию в урочной и внеклассной деятельности, ухудшение работоспособности, небрежное отношение к своим школьным принадлежностям (при том, что ранее было другое), частые прогулы (отсутствие на определенных уроках), резкие и необоснованные вспышки агрессии, рисунки по теме смерти на последних страницах тетрадей, тема одиночества, кризиса, утраты смысла в сочинениях на свободную тему или в размышлениях на уроках гуманитарного цикла и т.п.

Что могут увидеть сверстники: самоизоляцию, резкие перепады настроения (несвойственные подростку ранее), повышенную агрессивность, аутоагрессию (агрессия, направленная на себя, в том числе в высказываниях), изменения внешнего вида, интерес к теме смерти (способам самоубийства), уныние, изменение интересов и т.п.

Кроме названных, источниками информации могут стать дневники подростка, его стихи, ЖЖ (живой журнал) и те сайты, на которые он заходит в интернете и др.

Существует три степени суицидального риска:

- Незначительный риск (есть суицидальные мысли без определенных планов).

- Риск средней степени (есть суицидальные мысли, план без сроков реализации).

- Высокий риск (есть мысли, разработан план, есть сроки реализации и средства для этого).

К подростку, который обсуждает идею самоубийства или пытается его совершить, следует относиться серьезно. *Оценка риска суицида включает выявление психического или соматического заболевания, наличия или отсутствия социальной поддержки, недавней утраты близких, предшествующих суицидальных попыток или актов насилия, плана самоубийства и доступности средств для выполнения этого плана, возможного влияния психоактивных средств, неблагоприятного семейного анамнеза (истории семьи).*

Факторы повышенного суицидального риска можно разделить на внешнеперсональные и внутривнутриперсональные.

К внешнеперсональным факторам суицидального риска следует отнести:

- психозы и пограничные психические расстройства;
- суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицид (временной промежуток после совершения суицидальной попытки);
- подростковый возраст;
- экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия жизнедеятельности;
- утрату статуса;

- конфликтную психотравмирующую ситуацию;
- пьянство, употребление наркотиков.

Среди внутрисемейных факторов суицидального риска можно выделить:

- особенности характера;
- сниженную толерантность (порог принятия) к эмоциональным нагрузкам и травмирующим факторам;
- неполноценность общения со взрослыми, сверстниками;
- неадекватную (завышенную, заниженную или неустойчивую) самооценку;
- отсутствие или утрату целевых установок и ценностей, лежащих в основе жизненной позиции, и т.д.

Если внимательно наблюдать за подростками, то можно вовремя заметить эмоционально-поведенческие нарушения и признаки суицидального поведения.

У детей и подростков, попавших в кризисную ситуацию, изменяется эмоциональная составляющая, поведение, внешний вид, отношения с одноклассниками и друзьями, интересы и др.

Наиболее распространенными признаками суицидального поведения являются:

1. *Уход в себя.* Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но надо быть на чеку, если замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными.

2. *Частые перепады настроения.* Настроение колеблется между возбуждением и упадком.

3. *Депрессия.* Депрессивные расстройства у несовершеннолетних характеризуются изменениями настроения, включающими печаль, снижение настроения или беспокойство, достаточно выраженными, чтобы влиять на функционирование или вызывать выраженное истощение. Утрата интересов и способности получать удовольствие могут быть выражены так же, и даже больше, чем изменения настроения.

4. *Агрессивность.* Вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости в отношении окружающих.

5. *Саморазрушающее и рискованное поведение.* Стремление причинить себе вред. Активность, направленная на экспериментирование со своими собственными возможностями и преобразующая отношение к ценности жизни.

6. *Потеря самоуважения.* Подростки с заниженной самооценкой и относящиеся к себе без всякого уважения, считают себя никчемными, ненужными, нелюбимыми.

7. *Изменение аппетита.* Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит.

8. *Изменение режима сна.*

9. *Снижение успеваемости, пропуски уроков без уважительной причины.*

10. *Внешний вид.* Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны. Им безразлично, какое впечатление они производят на окружающих.

11. *Перемены в поведении.* Внезапные и неожиданные изменения в привычном поведении подростка должны стать предметом внимательного наблюдения.

12. *Угроза.* Как правило, подростки прямо или косвенно дают своим друзьям или близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддается: «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых...». Косвенные угрозы, многозначительные угрозы уловить сложнее. Иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны практически каждому человеку. В данном случае нельзя допускать черствости, равнодушия, агрессивности, которые только подтолкнут к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить помощь. [1]

Основными условиями своевременного выявления суицидального риска у подростков в образовательных организациях являются следующие: скрининговое психодиагностическое обследование; наблюдение за особенностями в эмоциональной, поведенческой сферах; индивидуальная беседа, направленная на верификацию выявленных рисков.

4. Вопросы организация диагностики риска суицидального поведения подростков

Диагностика риска суицидального поведения подростков является частью системной профилактической работы образовательной организации. Как правило, диагностические процедуры проводятся в три этапа.

Первый этап - скрининг, экспресс-диагностика, массовое обследование обучающихся. По результатам первого этапа выделяется предварительная группа подростков (различающаяся по степени выраженности симптомов) требующая проведения индивидуальной диагностики.

Этап индивидуальной диагностики обычно проводится при участии профильных специалистов (клинических, кризисных психологов, при необходимости суицидологов) совместно с педагогами-психологами.

На следующем этапе формируется индивидуальная траектория психолого-педагогического сопровождения. по необходимости ребенок (с родителями) направляется для получения медицинской помощи, также оказывается экстренная психологическая помощь (по необходимости).

Проведение любого психологического обследования ребенка до 14 лет возможно только при условии согласия его родителей, с 15 лет – при условии согласия самого ребенка!

Для реализации плана профилактических мероприятий по снижению уровня социально-психологической дезадаптации обучающихся могут быть привлечены следующие специалисты:

психолог-педагог образовательной организации, обеспечивающий проведение:

- информационной работы с учителями и родителями;
- групповых занятий с обучающимися;
- *диагностических мероприятий;*
- консультационных встреч с обучающимися и их родителями (законными представителями);
- взаимодействия с клиническими, кризисными психологами и другими специалистами.

Социальный педагог образовательной организации, осуществляющий:

- первичное выявление детей группы риска на основе имеющейся информации о семейной ситуации обучающихся;
- помощь педагогу-психологу в проведении диагностических мероприятий по выявлению детей с выраженной социально-психологической дезадаптацией;
- взаимодействие с родителями (законными представителями) детей группы риска;
- межведомственное взаимодействие.

Единый общероссийский детский телефон доверия (Фонд поддержки детей, подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации)

8-800-2000-122

Центр экстренной психологической помощи МЧС России 8-800-775-17-17

Классные руководители организуют:

- проведение классных часов и/или групповых занятий для улучшения психологического климата в классе (при методической поддержке психолога);
- первичное выявление детей группы риска посредством наблюдения;
- взаимодействие с педагогом-психологом;
- взаимодействие с учителями;
- взаимодействие с родителями (законными представителями).

Необходимо корректно, грамотно информировать педагогов и родителей о признаках суицидального поведения подростков.

Скрининговую диагностику суицидального поведения обучающихся образовательных организаций лучше запланировать на октябрь или ноябрь.

Вместе с тем, особое внимание следует уделять учащимся 9 и 11 классов в весенний период перед проведением государственных экзаменов.

В работе педагогического коллектива образовательных организаций диагностические методики должны использоваться выборочно, соответствовать возрасту обучающихся и задачам обследования.

Работа педагога-психолога требует в первую очередь знания инструментов психодиагностического обследования суицидального поведения обучающихся, хороших навыков их практического применения. Педагог-психолог, осуществляющий диагностику, должен точно представлять содержание и назначение методик, которыми он пользуется, знать их теоретическое обоснование и критерии надежности, валидности, достоверности. Кроме того, он

должен четко ориентироваться в реальной ситуации обследования, видеть ответственность за получение, использование и хранение психологической информации всеми его участниками.

Диагностика суицидального поведения включает в себя выявление непосредственных суицидальных тенденций, ближайших суицидоопасных состояний и позиций личности, суицидогенных личностных характеристик, форм и уровней дезадаптации, личностно-ситуационных факторов (конфликтов и суицидальных мотивов), групповых факторов риска (социально-демографических и прочих средовых).

В настоящее время опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска и намерений. Специализированные опросники делят на две группы:

1. Методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;
2. Опросники, выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида (косвенные формулировки преобладают).

Ограничения одной методики могут компенсироваться применением ряда других. При этом следует помнить, что психодиагностическое обследование не является самоцелью.

Особо следует отметить, что обращение педагога-психолога к клиническим опросникам, которые, чаще используют в медицинской психологии и психотерапевтической практике не рекомендуется.

5. Диагностический инструментарий, рекомендуемый для проведения скрининговой диагностики.

Скрининговая диагностика – массовое обследование обучающихся, которое проводится с целью первичного выявления обучающихся с признаками актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения.

В таблице 1 представлены методики для поведения скринингового этапа диагностики суицидального риска несовершеннолетних с некоторыми рекомендациями по их применению.

Таблица 1 – Скрининговые методики диагностики суицидального риска обучающихся.

№ п/п	Методика	Возраст испытуемых, лет	Время выполнения, минут	Цель проведения	Кто проводит
1	Шкала безнадежности А. Бек (1974)	от 13, в том числе, для детей с ОВЗ	5–10	Оценка восприятия настоящего,	Педагог-психолог

				прошлого и будущего	
2	Шкала одиночества, версия 3, Д. Расселл (1996)	от 13	10-15	Оценка выраженности одиночества	Педагог-психолог
3	Опросник суицидального риска (ОСР) А.Г. Шмелева (Т.Н. Разуваевой)	от 13	10	Оценка суицидального риска	Педагог-психолог
4	Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Buss, М.Р. Perry)	от 13	7	Выявление степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности	Педагог-психолог
5	Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Hyler, 1987)	от 13	5	Оценка личностных характеристик, отражающих нестабильность восприятия мира, диффузность Я, повышенную ранимость, чувствительность, нарциссическую уязвимость	Педагог-психолог
6	Прогностическая скрининговая таблица риска суицида у детей и подростков Волкова А.Н..	от 13	10	Оценка риска суицида	Педагог-психолог
7	Методика экспресс-диагностики суицидального риска "Сигнал", М.В. Зотов, В.М. Петрукович, В.Н. Сысоев	от 16	10	Выявление лиц с высоким риском суицидальных реакций	Педагог-психолог
8	«Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер)	от 13	15	Оценка степени выраженности факторов риска суицида	Педагог-психолог

9	Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ)	от 13	2	Выявление депрессивной симптоматики	Педагог-психолог
10	Опросник способов совладания R.Lazarus и S.Folkman (WOCQ)	от 13	10	Оценка адаптивных и дезадаптивных способов совладания со стрессом	Педагог-психолог
11	Опросник «Личностные ценности»	от 13	5	Оценка убеждений, ценностей, социальных контактов	Педагог-психолог

Все предложенные методики являются бланковыми. Педагог-психолог может самостоятельно формировать тестовую батарею, исходя из собственных теоретических представлений о потенциальных факторах риска суицидального поведения. Следует ограничить нецелевое использование и распространение диагностических методик. Доступ к психодиагностическим инструментам должен быть ограничен теми людьми, кто имеет профессиональную заинтересованность и гарантирует их правильное использование, способность интерпретировать результаты надлежащим образом. Только квалифицированный психолог может обеспечить необходимые условия для правильной процедуры проведения обследования и последующей правильной интерпретации диагностических данных.

Важно понимать, что с помощью скрининга не может быть оценен риск развития суицидального поведения в случаях острой реакции на психотравмирующее событие, произошедшее после мониторинга; ошибок при заполнении бумажной формы; наличия психических расстройств, не связанных с тревожно-депрессивным состоянием; низкого уровня осознания своего психологического состояния у опрашиваемого.

В методических рекомендациях для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов, разработанных специалистами ФГБОУ ВО МГППУ, описывается электронная версия скринингового обследования подростков [13].

Тестирование проводится очно, фронтально, в электронном виде с помощью программного продукта «Мониторинг риска развития суицидального и само повреждающего поведения у обучающихся». Обследуемым мониторинг представляется как плановая оценка их настроения и психологического благополучия. Тестирование проводится с обучающимися, имеющими согласие родителей на психологическое сопровождение ребенка школьным психологом.

Каждому испытуемому присваивается персональный код (по схеме: номер испытуемого, класс, школа; например, 19А1865, 29А1865 и т.п.), список фамилий и кодов хранится у ответственного за проведение тестирования. Обучающимся дается инструкция следующего содержания: «Здравствуйтесь! Мы обращаемся к Вам с просьбой принять участие в плановом психологическом тестировании. Цель тестирования – узнать ваше мнение по разным жизненным ситуациям и оценить, насколько комфортно вы себя чувствуете в школе. Нам интересно узнать Ваше личное мнение по заданным вопросам, поэтому, пожалуйста, отвечайте на все вопросы самостоятельно. Крайне важно, чтобы Вы ответили на все вопросы по порядку. Участие в исследовании займет у вас около 45–60 минут. Когда будут обработаны данные тестирования, если захотите, вы сможете узнать свои результаты в личной беседе с психологом». Важно предоставить обучающимся достаточное количество времени для заполнения бланков (не меньше 60 минут), в противном случае обследуемые начинают торопиться и данные получаются не валидными.

Ценность электронного тестирования в том, что педагог-психолог сразу получает готовые результаты обследования и может оперативно организовать взаимодействие со специалистами кризисной службы.

Условием эффективной работы по выявлению детей с высоким риском суицидального поведения является своевременное обращение классного руководителя или учителя к педагогу-психологу в случаях, вызывающих беспокойство у педагогических работников. Данные наблюдения и беседы с подростком позволяют определить необходимый уровень профилактической интервенции (первичный, вторичный или третичный) и маршрутизировать подростка для получения своевременной медицинской и психологической помощи. Важным аспектом является сокращение временного интервала между выявлением суицидальных рисков и реализацией соответствующих интервенций специалиста для оказания помощи.

К скрининговым процедурам должны быть привлечены социальные педагоги и классные руководители. При наличии соответствующей квалификации, специалист может применять методики, направленные на оценку социально-психологического климата класса (карта-схема Л. Н. Лутошкина), измерение степени сплоченности-разобщенности в группе; выявление "социометрических позиций", т.е. авторитета членов группы по признакам симпатии-антипатии, где на крайних полюсах оказывается "лидер" группы и "отвергнутый"; обнаружение внутригрупповых подсистем – сплоченных образований, во главе которых могут быть свои "неформальные лидеры" (социометрия Дж. Морено),

6. Углубленная диагностика риска суицидального поведения подростков

Как показывает практика, в среднем, в группу риска после скрининговой диагностики попадает около 20% подростков.

Углубленную диагностику необходимо провести не позднее чем через три месяца после скрининга.

Желательно, чтобы второй этап диагностики (индивидуальное полуструктурированное интервью) проводили кризисные специалисты совместно с педагогом-психологом образовательной организации.

Перед проведением второго этапа диагностики педагог-психолог проводит подготовительный сбор информации от педагогов по обучающимся, попавшим в предварительно выделенную группу риска. Вопросы для прояснения у педагогов касаются сфер учебы, отношений в семье, отношений в классе и настроения подростка. Наиболее частые признаки дисфункции и нестабильности семьи и негативные жизненные события, влияющие на суицидальность детей и подростков, приведены ниже:

- психические отклонения у родителей, особенно аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания;

- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антисоциального поведения у членов семьи;

- история самоубийства и суицидальные попытки в семье;

- насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);

- недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;

- частые ссоры между родителями/опекунами, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;

- развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть;

- частые переезды со сменой места жительства;

- чрезмерно высокие или слишком низкие ожидания со стороны родителей/опекунов в отношении детей;

- излишняя авторитарность родителей/опекунов;

- отсутствие у родителей/опекунов времени и, как следствие, недостаточное внимание к состоянию ребенка, их неспособность к своевременному обнаружению проявлений стресса, нарушений эмоционального состояния ребенка и признаков негативного влияния окружающей среды;

- отсутствие гибкости (ригидность) членов семьи;

- воспитание приемными родителями или опекунами.

По результатам сбора информации от педагогов, для прохождения второго этапа диагностики могут быть также отобраны обучающиеся, не

попавшие в предварительно выделенную группу риска по результатам скрининга.

Углубленная диагностика может проводиться с помощью следующих методик:

1. *Опросник «Шкала детской депрессивности»*. Автор теста — профессор психиатрии Питтсбургского университета М. Ковач (1992 год). Тест представляет собой самооценочную шкалу из 27 пунктов для детей и подростков от 7 до 17 лет. Надежно различает детей и подростков с психиатрическим диагнозом «большая депрессия» от других психопатологических состояний и здоровых учащихся школы. Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает также показатель глубины депрессии

2. *Цветовой тест М. Люшера*. Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости личности, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет.

3. *Диагностика суицидального поведения подростков (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста)*. Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющая на формирование суицидальных наклонностей подростка.

4. *Диагностический опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной*. Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростком.

5. *Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е.* Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. Риск развития саморазрушающего поведения характерен для неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным типами личности.

6. *Опросник Басса-Дарки*. Позволяет оценить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызания совести. Предназначен для подросткового возраста.

7. *Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга*. Детский вариант методики предназначен для детей 4—14 (7-14) лет. Позволяет выявлять уровень социальной адаптации; причины неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); эмоциональные стереотипы реагирования в стрессовых ситуациях.

8. *Факторный личностный опросник Кеттелла*. Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).

9. *Опросник «Шкала детской тревожности» А.М. Прихожан.* Чтобы пройти тест, школьнику предлагается представить себя в 40 ситуациях и оценить от 0 до 4, насколько каждая из ситуаций может быть неприятной ему, вызывать беспокойство и страх. Пример предлагаемой ситуации: «На тебя смотрят, как на маленького». Методика существует в двух формах: форму А заполняют дети от 10 до 12 лет, форму Б — дети от 13 до 16 лет.

10. *Тест «Суицидальная мотивация» Ю.Р. Вагина.* Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, которые были отобраны во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями. Данный тест позволяет выявить и оценить семь основных мотивационных аспектов суицидального поведения: смерть ради других, потеря смысла жизни, невыносимость страдания, манипуляция другими, самонаказание, наказание других, надежда на что-то лучшее после смерти. Справка: Дети до 11 лет реальных попыток уйти из жизни почти не совершают. Пик суицидальной активности приходится на старший подростковый возраст.

Кроме этого, Юрий Вагин разработал *тест «Противосуицидальная мотивация»*. К такой мотивации автор относит: страх смерти, религиозную мотивацию, чувство долга перед близкими, личное негативное отношение к суициду, эстетическую мотивацию, любовь к себе, надежду найти выход из ситуации, ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему.

11. *Методика определения суицидальной направленности (личный опросник ИСН).* С помощью данной методики выявляют суицидально опасные установки у подростков 13–18 лет. Школьникам нужно оценить 74 утверждения. Все утверждения делятся на четыре шкалы: искренность, депрессивность, невротизация, общительность. Примеры утверждений: «На спор я могу сделать все что угодно», «Все проблемы в жизни разрешимы», «Временами мне хотелось навсегда уйти из дома».

12. *Тест-опросник «Иррациональные установки» А. Эллиса.* Опросник состоит из 50 утверждений, которые делятся на пять оценочных шкал. Первая шкала позволяет оценить, как человек воспринимает неблагоприятные ситуации. Вторая шкала указывает на завышенные требования к себе, третья — на завышенные требования к другим. Четвертая позволяет оценить уровень стрессоустойчивости. Пятая указывает на рациональность и оценочные установки испытуемого.

13. *Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции».* Авторы теста — А.В. Зверьков и Е.В. Эйдман. Подростки получают текст опросника с 30 утверждениями. Примеры утверждений: «При необходимости мне нетрудно сдержать вспышку гнева», «Люди порой завидуют моему терпению и дотошности», «Иногда какой-то пустяк овладевает моими мыслями, не дает покоя, и я никак не могу от него отделаться».

14. *Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса.* Цель методики — изучить уровень и характер тревожности, которые связаны со школой у детей младшего и среднего школьного возраста. Тест состоит из 58

вопросов, которые можно зачитывать детям вслух или предложить в письменном виде. На каждый вопрос ребенку нужно будет дать однозначный ответ «да» или «нет». Примеры вопросов: «Хорошо ли ты себя чувствуешь, когда остаешься один на один с учителем?», «Похож ли ты на своих одноклассников?»

15. *Тест-сказка «Похороны»*. Автор теста — детский психолог Луиза Дюсс. С помощью данного теста выявляют отношение ребенка к смерти, а также к агрессивности и стремлению к разрешению конфликтов смертью. Ребенку зачитывается начало сказки: «По улице идет похоронная процессия, и все спрашивают, кто умер. Кто-то показывает на один из домов и говорит: “Умер человек, который жил в этом доме”. Далее задается вопрос: «Кто же умер?». Таким образом, выявляются тенденции, требующие внимания педагога-психолога.

Заключение

Образовательные организации играют важную роль проведения мероприятий, связанных с решением проблем здоровья и превентивным вмешательством в суицидальные действия подростков. К основным направлениям стратегии предупреждения суицида в школе можно отнести:

1) привитие навыков преодоления трудных жизненных ситуаций через внедрение образовательных и ознакомительных программ;

2) выявление лиц, подверженных риску развития суицидального поведения. Скрининговая процедура выявления потенциальных и актуальных факторов риска позволяет определить очередность и приоритетность оказания медико-психологической помощи обучающимся группы риска. В первую очередь требуют внимания специалистов (школьной психологической службы, медицинских организаций) обучающиеся с риском самоповреждающего поведения и имеющие признаки кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность).

Важно направлять усилия педагогов-психологов, социальных педагогов, классных руководителей и других педагогических работников на раннюю диагностику психического неблагополучия для оказания своевременной помощи ребенку (в составе семьи), что позволит снизить частоту суицидальных эпизодов среди подростков.

Литература

1. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция.- Барнаул, 2014. – 100 с.
2. Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Калинина Н.В. Организация Всероссийского педагогического совета «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков» // Образование личности. – Москва, 2017.- № 2. - С. 127
3. Асламазова Л.А. Организация мероприятий по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних в образовательных организациях: Методические рекомендации для специалистов образовательных организаций, осуществляющих профилактику суицидального поведения несовершеннолетних / Л.А. Асламазова, Н.В. Гриценко, А.Н. Сафонова. – Майкоп, 2016. – 124 с.
4. Баева И.А., Гаязова Л.А., Тарасов С.В. Методология и методы построения экспериментальной работы на базе региональной площадки по созданию и внедрению системы сопровождения психологической безопасности субъектов образовательного пространства Ленинградской области // В книге: Психологическая безопасность образовательной среды региона: теоретические основы и практика создания. - Санкт-Петербург, 2019. - С. 105-110
5. Баева И.А., Гаязова Л.А. Возможности скрининговой оценки безопасности школьной среды при построении программ психолого-педагогического сопровождения безопасности образовательного пространства // В книге: Психологическая безопасность образовательной среды региона: теоретические основы и практика создания. - Санкт-Петербург, 2019. - С. 151-158.
6. Банников Г.С., Вихристюк О.В. Раннее выявление риска суицидального поведения среди несовершеннолетних // В сборнике: Профилактика девиантного поведения детей и молодёжи: региональные модели и технологии//Сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции, посвящается 75-летию Гуманитарно-педагогической академии. под редакцией Коврова В.В.. 2019. - С. 13-17.
7. Диагностика, профилактика и психотерапия суицидальных и аутоагрессивных форм поведения: учебное пособие/ С.А. Игумнов, И.А. Никифоров, Г.П. Костюк [и др.]. - М.: ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», 2017. – 82 с.
8. Ефимова О.И., Салахова В.Б., Сероштанова Н.В. «Спасти от пропасти», или Научно-прикладные аспекты изучения суицидальной активности несовершеннолетних: моногр. - Ульяновск: УлГУ, 2017.
9. Журавлева Т.В. Суицид — осознанный выбор смерти: философские и психологические аспекты проблемы. [Электронный ресурс] // Психология и право. - 2018 (8). №2. С. 35-49.

10. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Психическое здоровье: нормативное и аддиктивное поведение. // Профилактика зависимостей. – Москва, 2015.-№1.- С. 1-14.
11. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. 2019. Т. 10. № 4 (37). С. 16-46.
12. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения: Информационный материал. / Сост. С.В. Юфа. – Мн.: БГУИР, 2015. – 32 с
13. Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7–11 классов / Под ред. Вихрстюк О.В. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 58 с
14. Молодцова Т. Д., Русинова М. М., Шалова С. Ю. Профилактика суицидов подростков.- Москва/Берлин, Издательство: Директ-Медиа, 2019. – 148 с.
15. Проблемы подготовки педагогов-психологов образовательных организаций в области превенции суицидального поведения подростков и молодежи. Психология и право – 2019. Том. 9, №3.
16. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / Под ред. Вихрстюк О.В. - М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015.
17. Baer A. Der selbstmond in kindlichen lebensalter. Leipzig 1901.
18. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country // World Health Organisation. Geneva: WHO, 2020.

Тезаурус

Акцентуация характера - чрезмерное усиление отдельных черт характера и их сочетаний, представляющих крайние варианты нормы.

Ангедония – снижение или утрата способности радоваться, получать удовольствие от любимых вещей, отсутствие интереса к жизни.

Аутоагрессия – намеренные действия, направленные на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Проявляется в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, отказе от удовлетворения потребностей, получения удовольствия, самообвинении, самоунижении. Крайняя форма аутоагрессии – суицид.

Аффект (от лат. Affectus – страсть, душевное волнение) – кратковременная, ярко протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная реакция.

Вербализация – высказывание, выражение в словесной форме мыслей и чувств.

Группа риска - категория детей и подростков более других склонная совершать аморальные или уголовно наказуемые поступки.

Дезадаптация - психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка требованиям новой социальной ситуации. Различают патогенную, психическую, социальную Д. детей и подростков.

Деморализация - моральное разложение, утрата нравственных критериев, упадок духа, дисциплины.

Депривация психическая - психическое состояние страдания, которое возникает вследствие длительного ограничения человека в удовлетворении его основных потребностей. Наиболее опасны для полноценного развития сенсорная, эмоциональная, коммуникативная формы Д. Характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии (нарушение эмоциональных контактов, задержка в развитии речи, развитии тонкой моторики, интеллекта).

Деструкция - разрушение, деструктивное - разрушающее поведение, противоположное - конструктивное поведение.

Депрессия (depressio; от лат. deprimo, depressum понижать, подавлять, угнетать)– состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением, снижением психической и двигательной активности, часто сочетающимися с разнообразными соматическими нарушениями (потеря аппетита, похудание, запоры, изменение ритма сердечной деятельности и т.п.)

Диагностика – использование различных методов для того, чтобы поставить диагноз.

Диссоциация – процесс разотождествления, разграничения себя с чем-то. Потеря целостности самовосприятия, отрицание физической или эмоциональной

части личности, свойств характера. Может являться одним из последствий перенесенной психической травмы.

Дистресс – патологический стресс, возникающий под действием чрезмерных, особо неблагоприятных факторов.

Защитные психологические механизмы – автоматические бессознательные механизмы, компенсирующие последствия травмы или отрицательного переживания (регрессия, проекция, вытеснение и пр.).

Копинг-стратегии - (англ. coping, coping strategy) — это то, что делает человек, чтобы справиться (англ. to cope with) со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы совладать со стрессами, и в общем случае, с психологическими трудными ситуациями обыденной жизни. Близкое понятие, широко используемое и глубоко разработанное в русской психологической школе, — переживание (преодоление неблагоприятных последствий стресса).

Краудсорсинг (англ, crowdsourcing, crowd - "толпа" и sourcing - "использование ресурсов») - передача определённых функций неопределённому кругу лиц. Решение общественно значимых задач силами множества подготовленных добровольцев. Самый яркий пример краудсорсинга - интернетная Википедия.

Несуицидальное самоповреждающее поведение - наносимые себе повреждения, не поддерживаемые желанием уйти из жизни с целью привлечения внимания, снятия напряжения или улучшения самочувствия.

Превентивный подход – предупреждающий, предохранительный; превентивное обучение предполагает формирование положительного образа «Я» ребенка, навыков принятия ответственных решений, личностной и социальной компетентности.

Прерванная попытка суицида - не состоявшаяся в силу внешних обстоятельств истинная попытка суицида.

Парасуицид– акт намеренного самоповреждения, не приводящий к смерти

Профилактика суицидального поведения (син. Суицидологическая превенция) – различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, предотвращение рецидивов суицидального поведения.

Регрессия – один из механизмов психологической защиты, при котором субъект возвращается к формам поведения, типичным для предшествующих стадий его развития.

Ригидность - (от лат. Rigidus - жесткий, твердый) - затрудненность, (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки).

Сензитивность - повышенная чувствительность человека к происходящим событиям, обычно сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний.

Самодеструктивное или саморазрушающее поведение – это действия, мысли или неосознаваемые реакции на определенные ситуации, прямо или косвенно, немедленно или в отдаленном будущем ведущие человека к гибели.

Скрининг - (от англ. screening «отбор, сортировка») система первичного фронтального обследования обучающихся в целях ранней диагностики проявлений физического и психологического неблагополучия.

Самоповреждающее поведение (несуицидальное самоповреждающее поведение, селф-харм, от англ. self-harm) – намеренное повреждение своего тела, не связанное с суицидальной попыткой.

Суицид (от лат. sui caedere – убивать себя, самоубийство) – намеренное, целенаправленное и осознанное прекращение собственной жизни. Профильными специалистами (психологами и психиатрами) суицид рассматривается как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

Суицид завершённый – смерть в результате нанесенных самому себе повреждений с намерением умереть.

Суицидальные мысли (син. суицидальная идеация) – это мысли о самоубийстве или излишняя озабоченность самоубийством. Суицидальные мысли могут появляться эпизодически и быстро проходить, а могут стать этапом формирования суицидального поведения. Они бывают пассивными и активными.

Суицидальные мысли пассивные носят недифференцированный характер и не связаны с разработкой суицидального плана. К данной группе могут относиться случаи, когда человек фантазирует о своей смерти, представляет, как с ним происходят несчастные случаи (сбила машина, уснул и не проснулся), размышляет о реакции близких людей на свою смерть.

Суицидальные мысли активные связаны с осознанным намерением убить себя («Я покончу с собой, когда представится удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида.

Суицидальные тенденции - мысли, угрозы, высказывания, намерения, принятое решение о суициде, суицидальные попытки, состояние после покушения на суицид; самоповреждения и др.

Суицидальное поведение встречается как в норме, так и при психопатиях.

При акцентуациях суицидальное поведение проявляется в форме девиантного при острых аффективных или патохарактерологических реакциях.

Суицидальное поведение – широкое понятие, которое помимо суицида включает в себя суицидальные попытки и другие суицидальные проявления.

Суицидент – человек, совершивший завершённое или незавершённое самоубийство.

Суицидология – междисциплинарная область научного знания, изучающая теоретические и практические аспекты аутоагрессивного поведения и пути его

профилактики на стыке таких научных дисциплин как психология, психиатрия, социология, юриспруденция, философия и другие.

Тревога – эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности. В отличие от страха, который является реакцией на конкретную, вполне реальную опасность, тревога часто беспредметна

Фрустрация (от лат. frustratio - обман, тщетное ожидание, расстройство, неудача) - психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствия достижению цели. Одной из защитных реакций при фрустрации является агрессивность ребенка. Зачастую причиной описанных состояний являются унижения и оскорбления со стороны родителей, учителей.

Эмпатия - (греч. empatheia - сопереживание) - постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания.

Ятрогении - (др.-греч. ιατρός «врач» + γενεά «рождение») — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное проводимыми мероприятиями.