

Тема 2.

Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях

Роль диагностики в профилактике суицидального поведения детей и подростков. Маркеры риска суицидального поведения несовершеннолетних. Алгоритм психодиагностических процедур. Психодиагностический инструментарий. Психодиагностическое заключение.

Этические нормы и рекомендации для специалистов, осуществляющих диагностику риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях.

Центральный вопрос профилактики суицидального поведения детей и подростков - это вопрос диагностики риска. Специалисты-исследователи должны обеспечить практиков - психологов образовательных учреждений четкими алгоритмами диагностических процедур и качественным (валидным, надежным и пр.) диагностическим инструментарием.

Отметим, что основу разработки алгоритма диагностических процедур должны составить диагностические критерии (маркеры) риска суицидального поведения детей и подростков. Суицидальный риск — степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий. Вместе с тем риск суицидального поведения – это комплексная характеристика психического состояния дезадаптированной личности, сформированного индивидуально неповторимым сочетанием особенностей личности и способами ее взаимодействия с социальной средой в экстремальных для нее жизненных ситуациях (как правило, в условиях конфликта в системе значимых отношений), сопровождающегося негативно окрашенными аффективными переживаниями и отражающего степень сформированности суицидальных намерений.

Степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицида) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности, а также степенью влияния личностно-ситуационных и средовых факторов. Как показывает обзор научных публикаций, к числу таких суицидогенных критериев (маркеров) следует отнести: уровень депрессии, уровень безнадежности, индивидуально-психологические особенности несовершеннолетних, признаки патохарактерологического развития, психотравмирующие обстоятельства (ситуация). Однако, несмотря на относительную определенность в системе наиболее значимых факторов риска суицидального поведения, они в своей статической совокупности раскрывают только некоторую вероятность суицидального поведения в гипотетической ситуации.

1-й критерий — депрессия

Результаты многих исследований показывают, что в основе суицидального поведения детей и подростков зачастую лежат устойчивые депрессивные состояния. Депрессия - один из ярких проявлений эмоционального неблагополучия ребёнка. Согласно международной классификации болезней DSM-IV и МКБ-10 признаками депрессивного эпизода являются следующие симптомы: пониженное настроение большую часть дня, практически ежедневно раздражительность, заметное снижение интереса ко всем, или почти ко всем, занятиям или потеря удовольствия от них в течение большей части дня; заметное снижение или прибавление в весе (при отсутствии диеты) или заметное снижение или повышение аппетита практически ежедневно; бессонница или повышенная сонливость практически ежедневно; психомоторное возбуждение или заторможенность практически ежедневно; усталость или упадок жизненных сил практически ежедневно; ощущение собственной никчемности или чувство повышенной или неадекватной вины; снижение мыслительной способности или концентрации, либо нерешительность практически ежедневно; периодически появляющиеся мысли о смерти или самоубийстве.

Наиболее распространенной и используемой во всем мире методикой диагностики депрессивности у детей и подростков, не имеющих диагноза депрессия, фактически направленной на изучение субклинических проявлений депрессии, является методика CDI (Children's Depression Inventory), разработанная М. Ковач. Опросник детской депрессии представляет собой бланковую форму самоотчета для детей и подростков, направленную на самооценку наличия и степени выраженности депрессивных симптомов. Методика состоит из 27 пунктов, в каждом из которых представлено по три утверждения. Задачей диагностируемого является выбор одного утверждения, наиболее соответствующего самоописанию его последние две недели. Методика предназначена для исследования детей и подростков 6-17 лет и позволяет оценить аффективные и когнитивные симптомы депрессии, соматические жалобы, социальные проблемы и проблемы поведения. Опросник включает в себя пять шкал - шкала А - негативное настроение; шкала В - межличностные проблемы; шкала С - неэффективность; шкала D - ангедония; шкала Е - негативная самооценка.

При этом отметим, что ведущими специалистами лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ была осуществлена валидизация этого опросника на отечественной выборке. Было обследовано 1522 школьника в возрасте от 7 до 17 лет. Процедуры проверки психометрических характеристик опросника позволили сделать вывод о том, что *наиболее надежным является общий балл опросника (общий балл депрессивности), а не показатели отдельных шкал.*

2-й критерий - безнадежность

Безнадёжность - часть когнитивной триады Бека вместе с негативным восприятием себя и окружающего мира, описанная в когнитивной модели депрессии Бека¹. Автор определяет безнадежность как пессимистический взгляд на будущее, при котором человеку кажется, что в его жизни уже ничего не изменится к лучшему. Исследования показывают, что сочетание чувства безнадежности с депрессией является наиболее опасным признаком риска совершения суицида. При этом подчеркивается, что чувство безнадежности представляет собой более опасный детерминант риска завершённого суицида, чем общая депрессивность сама по себе.

Наиболее авторитетной и популярной во всем мире методикой диагностики безнадежности является «Шкала безнадежности», разработанная А. Беком и его сотрудниками. При этом А.А. Горбатков обосновывает целесообразность применения для решения диагностических задач польскую версию данной методики, которая имеет немалый «стаж работы» в условиях более близких к российским, чем американские: шкала более 10 лет применяется в Польше. Автором предлагается методика «Шкала надежды и безнадежности» (перевод польской версии), которая имеет удовлетворительные психометрические характеристики.

3-ий критерий - индивидуальные особенности

Тревога, тревожность, страхи, интровертность²/экстравертность³, демонстративность⁴, отстраненность (отказ от общения), агрессивность, негативизм⁵, асоциальность⁶, антисоциальность⁷, признаки возможной психической патологии. Перечисленные индивидуальные особенности выступают факторами и предикторами риска суицидального поведения детей и подростков.

Выявление индивидуальных особенностей личности несовершеннолетнего, которые, с одной стороны, выступают психологическими факторами повышающими риск суицидального поведения у детей и подростков, а, с другой, - являются предикторами риска суицидального поведения - важная диагностическая задача. Эта задача может быть решена с помощью рисуночного теста «Человек», который относится к особому классу психодиагностических методов - проективных. В качестве практического руководства по применению теста «Человек» рекомендуется использовать руководство, подготовленное доктором психологических наук,

профессором А.Л. Венгером - Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер.-М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. - 159 с.

4-ый - критерий признаки патохарактерологического развития

Как отмечает А.Е. Личко, подростковый возраст является периодом становления характера — в это время формируется большинство характерологических типов. Именно в этом возрасте различные типологические варианты нормы («акцентуации характера») выступают наиболее ярко, так как черты характера еще не сглажены и не скомпенсированы жизненным опытом.

У подростков от типа акцентуации характера зависит многое - особенности транзиторных нарушений поведения⁸ («пубертатных кризов»), острых аффективных реакций и неврозов⁹ (как в их картине, так и в отношении вызывающих их причин). Тип акцентуации также в значительной мере определяет отношение подростка к его соматическим заболеваниям, особенно длительным. Акцентуация характера¹⁰ выступает как важный фактор преморбидного фона¹¹ при эндогенных психических заболеваниях¹² и как фактор предрасполагающий при реактивных нервно-психических расстройствах. С типом акцентуации характера необходимо считаться при разработке реабилитационных программ для подростков. Этот тип служит одним из главных ориентиров для медико-психологических рекомендаций, для советов в отношении будущей профессии и трудоустройства, а последнее же весьма существенно для устойчивой социальной адаптации. Знание типа акцентуации характера важно при составлении психотерапевтических программ в целях наиболее эффективного использования разных видов психотерапии (индивидуальной или групповой, дискуссионной, директивной и др.).

Другой важной задачей, как указывает Е.А. Личко, является диагностика типов патологических девиаций характера: типов конституциональных психопатий¹³, психопатических развитий¹⁴ (патохарактерологических формирований) и иных психопатоподобных нарушений. Данные патохарактерологического исследования могут дать сведения, важные для дифференциального диагноза между психопатиями и преходящими психопатоподобными нарушениями поведения, возникшими на фоне акцентуаций характера.

Метод патохарактерологического исследования подростков, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником (ПДО), предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности¹⁵ и др.). Специальные дополнительные шкалы предназначены для оценки склонности к депрессиям, риска социальной дезадаптации, возможности формирования психопатий (расстройства личности), риска злоупотребления наркотиками и другими дурманыщими средствами, риска ранней половой жизни у девочек и для дифференциальной диагностики истинных и демонстративных попыток самоубийства у подростков.

5-ый критерий - психотравмирующие обстоятельства

Исследователями детского и подросткового суицида (Е.М. Вроно, А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова и др.) убедительно доказано, что суицидальный акт всегда является результатом двух слагаемых: психотравмирующих обстоятельств (дезадаптационного конфликта) и способов поведения личности в этих обстоятельствах (конflikте).

Под психотравмирующими обстоятельствами (ситуацией) понимается «экстремальная или кризисная ситуация, обладающая потенциально психотравмирующими свойствами, т.е. характеристиками, потенциально нарушающими социально-психологическую адаптацию человека, приводящими к болезненным проявлениям, провоцирующим нарушения в психическом и личностном развитии».

К травмирующим ситуациям относится: смерть близкого человека (иногда смерть домашнего животного); столкновение и переживание катастрофических событий (аварии, стихийные бедствия); телесные травмы, внезапную госпитализацию, увечья, хирургические вмешательства, обнаружение серьезных заболеваний; нежелательные перемены в жизни (внезапная потеря работы, финансовые потери, внезапные переезды, разрыв или развод значимых отношений, появление нового члена семьи). Сильным психотравмирующим потенциалом характеризуются физическое и сексуальное насилие, факты унижения, буллинга. Необходимо понимать, что никаких объективных критериев оценки «силы» психотравмирующей ситуации нет и не может быть: разрушительная сила психической травмы зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека, степени его психологической защищенности и устойчивости к тем или иным факторам.

Принципиальным является соотношение понятий «психотравмирующие обстоятельства» и «социально опасное положение семьи и детей». Отметим, что в публикациях понятия «семья в социально опасном положении» и «дети в социально опасном положении» нередко заменяются терминами «неблагополучная семья» или «семья социального риска». Согласно определению экспертов Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, семейное неблагополучие является сложным и многоаспектным типом развития семьи. В частности выделяют следующие виды деприваций¹⁶, указывающих на наличие семейного неблагополучия: 1) трудное материальное положение, бедность; 2) жилищные проблемы; 3) потеря членами семьи связей с рынком труда; 4) конфликтная ситуация в семье; 5) безответственное родительство, жестокое обращение с детьми; 6) алкоголизм, наркомания и т. п.

В публикациях акцент в определении семей и детей в СОП делается на нарушении воспитательной функции семьи. Так, к детям, попавшим в социально-опасное положение, относятся те «несовершеннолетние, развитие которых происходит в условиях социальной депривации в силу невыполнения их родителями (законными представителями) своих обязанностей по воспитанию, обучению и содержанию детей». А семья, находящаяся в социально опасном положении определяется как «семья, которая представляет потенциальную угрозу для жизни и здоровья детей, имеет деформированную структуру и не выполняет свои функциональные обязанности».

В целом, социально опасное положение – условия или обстоятельства жизни, несущие угрозу жизни, здоровью и благополучию ребенка, влекущие его безнадзорность, беспризорность, антиобщественное поведение и правонарушения. Обратим внимание, что такие обстоятельства могут складываться как в семье, так и в учреждении, в микрорайоне, по месту учебы или других занятий ребенка. Очевидно, что наиболее важную роль в работе с детьми в СОП играют работники образовательных организаций, основной задачей которых является выявление семей в СОП. Длительное наблюдение за ребенком, а в некоторых случаях и кратковременное, позволяет определить, что ребенок находится в сложной жизненной ситуации.

В литературе выделяются следующие признаки, по которым детей можно отнести к категории «СОП»: «отставание в развитии (социальном, эмоциональном, интеллектуальном и личностном); наличие «набора» хронических заболеваний; высокая тревожность, страхи; эмоциональная неадекватность; проявления депрессии; наличие невротических состояний; неудовлетворенность базовых потребностей (ребенок голодный, уставший, запущенный внешний вид); проявления агрессии (аутоагрессии); проявление в ответах темы насилия (психического, физического, сексуального) и др.».

Очевидно, что кроме диагностирования параметров включения подростка в группу суицидального риска (уровня депрессивности, уровня безнадежности и пр.) необходимо фиксировать наличие внешних, травмирующих обстоятельств в его жизни. Данные о внешних слагаемых суицидального риска собираются в ре-

зультате психолого-педагогического наблюдения за несовершеннолетним в учебной и неурочной деятельности; бесед с родителями, родственниками, соседями, друзьями; посещения подростка по месту жительства. Для фиксации психотравмирующих ситуаций, событий или обстоятельств можно использовать **Таблицу факторов наличия кризисной ситуации у учащихся**, в которой сгруппированы специфические феномены в поведении или жизни ребёнка, которые можно расценивать как знаки опасности в плане возможного суицида. Особенно опасно сочетание нескольких знаков, которые носят название «форпост-признаки» или «ключи» готовящегося самоубийства. Они делятся на три группы:

Вербальные ключи

1. Разговоры об отсутствии ценности жизни и её смысла.
2. Частые разговоры о загробной жизни, о смерти, интерес к темам смерти в музыке и литературе, интерес к способам умирания, к телу после смерти, посещения кладбищ и красочные о них рассказы, интерес к похоронам, разговоры о суициде как о лёгкой смерти.
3. Непосредственные заявления: «было бы лучше умереть», «я не хочу больше жить».
4. Косвенные заявления: «вам не придётся больше обо мне беспокоиться», «мне всё надоело», «чем так жить, лучше сдохнуть», «это не жизнь, а каторга», «ничего, скоро вы отдохнёте от меня», «он пожалеет об этом».
5. Намёки, шутки по поводу своей смерти.
6. Многозначительное странное прощальное поведение.
7. Сообщения о конкретном плане суицида.
8. Уверения в беспомощности и зависимости от других: «я ничего сам не смогу», «у меня этого никогда не получится».
9. Двойственная оценка значимых событий.
10. Медленная маловыразительная речь.

Поведенческие ключи

1. Нарушения сна, сны с сюжетами катастроф, монстрами, своей гибелью, гибелью других людей.
2. Апатия.
3. Плач, отчаяние.
4. Склонность к уединению.
5. Резкие изменения во внешности, несоблюдение правил гигиены.
6. Любые резкие изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких.
7. Поведение, нетипичное для подростка.
8. Побег из дома.
9. Алкоголь, наркотики.
10. Возбуждённое, агрессивное состояние или ненависть к себе.
11. Угрызения совести.
12. Чувство безнадёжности, тревоги, депрессии, отчаяния, плач без причины.
13. Раздача личных вещей, в том числе дорогих, денег.
14. Неспособность долго оставаться внимательным, концентрироваться и принимать решение.
15. Потеря интереса к любимым занятиям.
16. Неожиданное ухудшение успеваемости, непосещаемость школы.
17. Членство в группировке или секте.
18. Эйфория после депрессии (ажитированность¹⁷, суетливость).
19. Ежедневные колебания настроения между возбуждением и упадком.
20. Агрессивность как способ вызова отрицательного внимания, ведущая к отчуждению.
21. Психологическая травма.
22. Угрозы.

23. Фантазии на тему своей смерти.
24. Интерес прямой или косвенный к возможным средствам самоубийства (отравляющие вещества, возможности приобретения оружия).
25. Стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен.
26. Рисунки с крестами, гробами, паутиной, рисунки в чёрном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя.
27. Недостаток жизненной активности.
28. Отсутствие социальной активности.
29. Приведение в порядок своих дел.
30. Стремление к рискованным действиям (гонки на авто, мотоцикле).
31. Суицидальные попытки в прошлом.
32. Чувство вины, низкая самооценка.
33. Скудные планы на будущее.
34. Стремление к тому, чтобы оставили в покое.
35. Признаки классической и маскированной депрессии.
36. Внезапное завершение долгосрочных дел.
37. Несвойственная молчаливость, высказывания со скрытым вторым смыслом.
38. Посещение врача без очевидной необходимости.
39. Туннельное сознание¹⁸.
40. Рассеянность, растерянность.
41. Чрезмерные страхи и опасения.
42. Амбивалентность¹⁹.

Ситуационные ключи (факторы)

1. Любое заметное изменение жизни в любую сторону.
2. Смерть, развод родителей.
3. Семейные конфликты.
4. Проблемы с законом.
5. Проблемы в школе.
6. Проблемы с референтной²⁰ группой сверстников.
7. Перенесённые в детском возрасте тяжёлые соматические заболевания.
8. Умственная отсталость.
9. Подростковый возраст – сензитивность²¹ к девиациям²².
10. Хроническая прогрессирующая болезнь.
11. Переживания, связанные с внешним уродством.
12. Несчастливая любовь.
13. Социальная изоляция от семьи и друзей.
14. Одиночество.
15. Беременность.
16. Психическое заболевание.
17. Психическая травма.
18. Боязнь позора.
19. Переживание неудачи как краха надежд.
20. Значительные материальные и бытовые трудности.
21. Смерть в близком окружении, тяжёлая утрата (психалгия²³).
22. Суицид близких или членов семьи.
23. Конституционные особенности личности (акцентуации, психопатии).
24. Примитивность мышления (ребёнок не знает, как отреагировать на сложную ситуацию).
25. Алкоголь, наркотики, которые снимают барьеры здравого смысла.

Особенно опасны сочетания нескольких факторов.

Таким образом, определение основных диагностических критериев (мишеней) позволяет определить алгоритм психодиагностических действий по оценке риска суицидального поведения несовершеннолетних в образовательном учреждении, который представлен в таблице.

**Алгоритм психодиагностических действий
по оценке риска суицидального поведения несовершеннолетних в образовательном учреждении**

Этапы диагностических процедур	Объект диагностики	Предмет диагностики	Диагностический метод	Субъект диагностики	Форма отчета	Результат
массовый скрининг	все учащиеся 5-х-11-х классов	уровень депрессии	Опросник детской депрессии М. Ковач	педагог-психолог	индивидуальные протоколы	выявление учащихся группы риска суицидального поведения
		факторы наличия кризисной ситуации у учащихся	наблюдение, беседа	классный руководитель, социальный педагог	карта (таблица) факторов наличия кризисной ситуации	
		социометрический статус учащегося	социометрия	классный руководитель	социометрическая матрица	
селективный скрининг	учащиеся группы риска суицидального поведения	уровень безнадежности	методика «Шкала надежды и безнадежности» (А.А. Горбатков)	педагог-психолог	индивидуальные протоколы	дифференциация группы по уровню риска суицидального поведения, формулировка психологического диагноза, оформление психологического заключения, индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения, рекомендации
		тревога, тревожность, страхи, интровертность/экстравертность, демонстративность, отстраненность (отказ от общения), агрессивность, негативизм, асоциальность, антисоциальность, признаки возможной психической патологии	проективная методика «Рисунок человека» (руководство под редакцией А.Л. Венгер)	педагог-психолог	индивидуальный протокол	
		тип акцентуаций и тип психопатий, а также сопряженных с ними некоторых особенностей	патохарактерологический диагностический опросник для подростков Н.Я. Иванов А.Е. Личко	педагог-психолог	индивидуальный протокол	

Предложенный алгоритм предусматривает два этапа диагностических процедур: массовый и селективный скрининг. Объектом первого выступают все учащиеся с пятого по одиннадцатый класс.

Предметом диагностики выступают уровень депрессии, факторы наличия кризисной ситуации и социометрический статус учащегося, его положение в системе межличностных отношений в ученической группе. Основная цель и результат массового скрининга выявление учащихся группы риска суицидального поведения.

Объектом селективного скрининга выступают учащиеся группы риска, выявленные по результатам диагностики на первом этапе. Результат селективного скрининга состоит в дифференциации выявленной группы по уровню риска и в формулировке психологического диагноза как конечного результата деятельности психолога, направленный на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами психодиагностического обследования.

Отметим, что содержание психологического диагноза определяет характер рекомендаций, которые могут включать в себя меры психолого-педагогического сопровождения, реализуемых на уровне образовательного учреждения, а также в случае необходимости рекомендации по получению консультаций медицинскими, клиническими психологами, врачами психиатрами и врачами-психотерапевтами. Результаты психодиагностического обследования оформляются в форме заключения. Заключение по результатам психологического обследования должно включать в себя следующее:

- 1) персональные данные обследуемого (фамилия, имя, отчество, возраст, класс обучения);
- 2) основание для проведения обследования (например, запрос родителей, личный запрос, приказ администрации);
- 3) цель психодиагностического обследования;
- 4) даты проведения обследования, место проведения обследования;
- 5) описание методов психодиагностического обследования;
- 6) результаты психодиагностического обследования и их интерпретация;
- 7) выводы и рекомендации.

В психологическом заключении дается развернутое описание психологических особенностей, которые выявились в результате психодиагностического исследования. Описывается уровень выраженности свойств, качеств, состояний; соотношение их с другими особенностями; в осторожной и мягкой форме высказываются предположения (гипотезы), о том, с чем могут быть связаны те или иные факты, обнаруженные при исследовании. Дается прогноз развития или поведения, исходя из полученных данных. В приложении представлен пример заключения психологического обследования.

Определение реального суицидального риска, по мнению А.Г. Амбрумовой, всегда должно проводиться на основании двух рядов факторов: не только на основании суицидальных, но и на основании противосуицидальных. Антисуицидальные факторы личности – это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений.

Выделяют следующие группы: индивидуальные антисуицидальные факторы и основные факторы защиты от суицидального поведения. К индивидуальным антисуицидальным факторам относятся:

- эмоциональная привязанность к родным и близким людям, степень значимости отношений с ними, боязнь причинить им душевную боль;
- выраженное чувство долга, обязательность;

- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
 - религиозные и социальные табу, связанные с проблемой смерти и самоубийства, боязнь греха самоубийства;
 - учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
 - наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
 - проявление интереса к жизни;
 - убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
 - планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
 - наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
 - психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;
 - неуверенность в надёжности выбранного способа самоубийства;
 - негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.
- Основными факторами защиты от суицидального поведения являются:
- гармоничные отношения между членами семьи;
 - поддержка со стороны семьи;
 - уверенность учащегося в себе, в своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей;
 - умение общаться со сверстниками и взрослыми;
 - умение обращаться за помощью при возникновении трудностей;
 - умение обращаться за помощью к взрослым при необходимости принятия важных решений;
 - открытость мнению и опыту других людей;
 - открытость ко всему новому, способность к усвоению новых знаний;
 - социальная интеграция (участие в общественной жизни, например, в спортивных мероприятиях, членство в обществах, клубах и т.д.);
 - доброжелательные, ровные отношения с товарищами по школе;
 - хорошие отношения с учителями и другими взрослыми;
 - наличие поддержки со стороны близких людей.

В настоящее время особое внимание в исследованиях антисуицидальных факторов уделяется такому явлению как жизнестойкость. Понятийный конструкт «жизнестойкость» появился в русскоязычной науке после выхода в нашей стране в 2002 году книги С. Мадди «Теории личности», где появляется понятие «hardiness», которое переводится как жизнестойкость.

Большое количество исследователей рассматривает жизнестойкость (hardiness) в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации - дезадаптации в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. Сам С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной. Развитие личностных установок, включаемых им в понятие «hardiness», могло бы стать основой для более позитивного мироощущения человека, повышения качества жизни, превратить препятствия и стрессы в источник роста и развития. А главное - это тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, это то, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах. Речь в изложенных концепциях идет не о разных подходах к проблеме, а о разных уровнях анализа этого процесса: от адаптации к самодетерминации и реализации своего жизненного предназначения.

В интерпретации С. Мадди жизнестойкость включает три сравнительно автономных компонента:

- вовлеченность в процесс жизни – убежденность в том, что участие в происходящем дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. В основе вовлеченности лежит уверенность в себе – восприятие человеком своей способности успешно действовать в той или иной ситуации (самоэффективность);
- уверенность в подконтрольности значимых событий своей жизни и готовность их контролировать – убежденность в том, что борьба позволяет влиять на результат происходящего. На уровень контроля влияет стиль мышления (индивидуальный способ объяснения причин происходящих событий);
- принятие вызова жизни – убежденность человека в том, что все происходящие с ним события способствуют его развитию за счет приобретения опыта; принятие вызова (риска) – это отношение человека к принципиальной возможности изменяться;

Доктор психологических наук, профессор Д.А. Леонтьев определяет жизнестойкость как систему установок и убеждений, в определенной мере поддающихся формированию и развитию; как базовую характеристику личности, которая воздействует на сознание и поведение во всевозможных благоприятных и неблагоприятных обстоятельствах – от соматических проблем и заболеваний до социальных условий. Жизнестойкость – черта, характеризующаяся мерой преодоления личностью заданных обстоятельств, а, в конечном счете, мерой преодоления личностью самой себя. Понятие жизнестойкости относится к категориям психологии личности и направлено на расширение наших представлений о потенциале развития и адаптации личности.

Итак, при определении индивидуального суицидального риска необходим сопоставительный анализ двух групп факторов – суицидогенных и антисуицидальных. При этом диагностика суицидогенных факторов должна включать в себя изучение:

1) социальной ситуации развития – социально-психологические особенности семьи и родительно-детских отношений, наличие/отсутствие психотравмирующих событий, обстоятельств, ситуаций в прошлом и настоящем; структуру межличностных отношений и социометрический статус подростка;

2) индивидуальные психологические особенности подростка – уровень депрессии, безнадежности, тревожности, страхи, интровертность/экстравертность, демонстративность, отстраненность (отказ от общения), агрессивность, негативизм, асоциальность, антисоциальность, признаки возможной психической патологии.

Следует учитывать, что перечисленные факторы в той или иной степени подвержены изменениям в течение времени, меняются ситуации, уровень адаптации и реакции личности, мотивы поведения, семейная ситуация, статус и т.д. Поэтому диагностированный у конкретного подростка в данных обстоятельствах уровень суицидального риска – низкий, средний или высокий не может экстраполироваться на будущее, следовательно, диагностика риска суицидального поведения несовершеннолетних в образовательном учреждении не может быть разовым мероприятием, диагностика должна иметь характер мониторинга, являться систематической.

Глоссарий по теме

1) когнитивная модель депрессии Бека – одна из самых ярких теорий депрессий, появившихся за предыдущие 30 лет, теория Аарона Бека, психиатра. В то время как наиболее заметными симптомами депрессии единодушно считались аффективные или связанные с настроением, Бек предположил, что предварять и порождать их часто могут именно когнитивные симптомы, а не наоборот. Это оз-

начает, что если вы думаете о себе как о неудачнике или уроде, то нет ничего удивительного в том, что эти мысли приведут к депрессивному настроению;

2) интровертность - качество, свойство и особенность личности, характеризующееся доминирующей ориентацией на собственный внутренний мир;

3) экстравертность - качество, свойство и особенность личности, характеризующееся доминирующей ориентацией на собственный внешний мир;

4) демонстративность - черта характера, выражающаяся как стремление человека быть «на виду», в центре внимания людей, показаться; личности с демонстративным характером часто бывают истеричны, нервны, ведут себя неестественно, навязчиво отвлекают внимание «на себя»;

5) негативизм - немотивированное поведение, проявляемое в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или групп социальных; нежелание подвергаться воздействиям других людей, вызванное не логикой выполнения собственных задач, но отрицательным к ним отношением;

6) асоциальность - это поведение и поступки, не соответствующие нормам и правилам поведения людей в обществе, общественной морали;

7) антисоциальность - отрицательное отношение к социальным нормам или стандартам поведения, стремление противодействовать им;

8) транзиторные нарушения поведения - преходящие, обратимые нарушения, например, отклонения поведения в кризисные периоды развития - пубертатный кризис;

9) невроты - собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Клиническая картина таких расстройств характеризуется астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также временным снижением умственной и физической работоспособности;

10) акцентуация характера - находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера (в других источниках — личности), при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим. Акцентуации не являются психическими расстройствами, но по ряду своих свойств схожи с расстройствами личности, что позволяет делать предположения о наличии между ними связи; согласно МКБ-10 классифицируется как одна из проблем, связанных с трудностями поддержания нормального образа жизни;

11) преморбидный - предшествующее и способствующее развитию болезни состояние (на грани здоровья и болезни), когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены (например, истощение и переохлаждение организма перед развитием пневмонии); может либо перейти в выраженную форму болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма;

12) эндогенные психических заболевания - в их возникновении основную роль играет наследственный фактор, наследование определенных генов, которые со временем запускают развитие психического заболевания; среди наиболее известных эндогенных психических заболеваний — шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (биполярное расстройство личности), эпилепсия;

13) конституциональные, истинные, или генуинные («ядерные») психопатии - решающим фактором в их возникновении является неблагоприятная наследственность; конституциональные психопатии выявляются даже при самых благоприятных условиях воспитания; однако степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды;

14) психопатическое или патохарактерологическое развитие - приобретенная психопатия, важнейшим фактором является неправильное воспитание, дурное влияние среды, особенно когда они падают на возраст становления характера, т. е. на подростковый период;

15) делинквентность - (лат. delinquens (delinquentis) - отклоняющийся) - в криминологии родовой термин для определения различных видов отклоняющегося поведения, связанных с нарушением правовых и нравственных норм. В узком смысле - синоним понятия преступности; **делинквентное поведение** антиобщественное противоправное поведение индивида, воплощённое в его проступках (действиях или бездействии), наносящих вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом;

16) депривация (лат. deprivatio — потеря, лишение) — сокращение либо полное лишение возможности удовлетворять основные потребности — психофизиологические либо социальные;

17) ажитированность, ажитация (лат. agitatio — приведение в движение) - сильное эмоциональное возбуждение, сопровождаемое чувством тревоги и страха и переходящее в двигательное беспокойство, потребность в движении, либо речевое беспокойство, часто не осознаваемые; человек в таком состоянии становится чрезвычайно суетлив, способен выполнять только простые автоматизированные действия; у него появляется ощущение пустоты и отсутствия мыслей, нарушается возможность рассуждать, устанавливать сложные причинные связи между явлениями;

18) туннельное сознание (мышление) - человек акцентирует свое внимание только на негативных аспектах конкретной ситуации; человек не замечает (игнорирует), что есть и позитивные моменты, решения и выходы;

19) амбивалентность (от лат. ambo - «оба» и лат. valentia - «сила») - двойственность (расщепление) отношения к чему-либо, в особенности - двойственность переживания, выражающаяся в том, что один и тот же объект вызывает у человека одновременно два противоположных чувства;

20) референтный - группа людей, с которой человек идентифицирует себя и чьи духовные (нравственные) ценности он полностью разделяет;

21) сензитивность - характерологическая особенность человека, проявляющаяся по повышенной чувствительности к происходящим с ним событиям, обычно сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т. п.; сензитивным людям свойственны робость, застенчивость, впечатлительность, склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий, чувство собственной недостаточности к развитию повышенной моральной требовательности к себе и заниженного уровня притязаний;

22) девиация - (от лат. deviatio — отклонение), социальная девиация (девиантное поведение) - поведение человека, отклоняющееся от общепринятых и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития;

23) психалгия - психогенная фантомная боль (обычно головная боль), часто наблюдающаяся при неврозах.

Список источников

1. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристук О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивности, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) // электронный журнал «Психологическая наука и образование».- 2014. - № 1. // URL: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml

2. Белова А.П., Малых С.Б., Сабирова Е.З., Лобаскова М.М. Оценка депрессивности в подростковом возрасте // Вестник ЮУрГУ.-2008. - № 10-18.

3. Борисов И.В., Гладышев А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология.-2013.-№ 35. -С. 32-43.
4. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. - 2011. - № 3. - С. 3-17
5. Вишневская О.П. Динамика патохарактерологического развития личности (по данным отдаленного катамнеза) // автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Томск, 2007. URL: <http://medical-diss.com/medicina/dinamika-patoharakterologicheskogo-razvitiya-lichnosti#ixzz4K7aATiNf>
6. Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии (CDI) М. Ковак // XV съезд психиатров России. – М.: ИД «МЕД-ПРАКТИКА-М», 2010. – С. 300
7. Горбатков А.А. Шкала надежды и безнадежности для подростков: некоторые аспекты валидизации // Психологическая наука и образование . - 2002. - № 3. - С. 89-103.
8. Дмитриева Н.В., Короленко Ц.П., Левина Л.В. Психологические особенности личности суицидальных подростков // Вестник Кемеровского государственного университета.- 2015.-№ 1.-Т.1.-С. 127-134.
9. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В., Яичников С.В., Жовнер И.В., Смоляр А.Ю. Распространенность пограничного личностного расстройства среди подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.-2012. -№ 2. - С. 19-20.
10. Сучкова М. А., Данилова М. В. Особенности суицидального риска у подростков: анализ гендерных проявлений // Молодой ученый. — 2014. — №8. — С. 875-877.
11. Юсупова Г.В., А.А. Галиуллина Психоземotionalное здоровье подростка как основа устойчивости личности к факторам, провоцирующим суицид // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. - 2015. - № 1. - С. 240-244.