

Департамент образования и науки города Москвы
Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования города Москвы
«Московский городской педагогический университет»
Самарский филиал

*Лаборатория исследования проблем стабилизации эмоционального состояния
и работоспособности студентов в современных условиях*

ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

**Выпуск 1. Психологическая диагностика
самоповреждающего и суицидального поведения**

*Учебно-методическое пособие для обучающихся
факультета педагогики и психологии, направлений подготовки
«Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Педагогика»,
практикующих психологов, социальных работников*

Текстовое учебное электронное издание

Самара
2022

УДК 179.7-053.6

ББК 88.42-8

Д44

Авторы-составители:

Матасова Инна Леонидовна – доцент, доцент кафедры педагогической и прикладной психологии
СФ ГАОУ ВО МГПУ, к. психол. н.;

Шаталина Мария Александровна – доцент, доцент кафедры общей и социальной психологии
СФ ГАОУ ВО МГПУ, к. психол. н.;

Горохова Маргарита Юрьевна – доцент, доцент кафедры педагогической и прикладной психологии
СФ ГАОУ ВО МГПУ, к. психол. н.;

Устюжанинова Елена Николаевна – доцент, доцент кафедры общей и социальной психологии
СФ ГАОУ ВО МГПУ, к. психол. н.

Добровидова Наталья Александровна – доцент кафедры педагогической и прикладной психологии
СФ ГАОУ ВО МГПУ, к. психол. н.

Рецензенты:

Иванова Светлана Владимировна – к. психол. н., доцент, доцент кафедры педагогики,
психологии и психолингвистики ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России;

Минияров Валерий Максимович – д. пед. н., профессор кафедры возрастной и педагогической
психологии ФГБОУ ВО СГСПУ, профессор кафедры педагогики СФ ГАОУ ВО МГПУ

Д44

Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения: учебно-методическое пособие для обучающихся факультета педагогики и психологии, направлений подготовки «Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Педагогика», практикующих психологов, социальных работников / Н. А. Добровидова, М. Ю. Горохова, И. Л. Матасова, Е. Н. Устюжанинова, М. А. Шаталина. – Электрон. текстовые данные (932 КБ). – Самара: СФ ГАОУ ВО МГПУ, 2022. – URL: https://samara.mgpu.ru/files/library_elektron/psih_ped/Diagnostika_1.pdf

Пособие включает в себя описание профессиональной деятельности по изучению самоповреждающего и суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте. В издание вошли описание теоретических аспектов исследования таких феноменов, как суицидальное поведение, самодеструкция, самоповреждение, а также практические разработки психодиагностики рисков развития суицидального и самоповреждающего поведения, выявления склонности к отклоняющемуся поведению на основе результатов современных психологических исследований, посвященных данной проблеме.

Адресовано педагогам-психологам, педагогам, социальным педагогам образовательных учреждений, а также всем, кто оказывает помощь несовершеннолетним, склонным к самоповреждающему и суицидальному поведению.

Пособие может быть использовано в сфере дополнительного образования в процессе переподготовки кадров и повышения квалификации педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций общего образования.

УДК 179.7-053.6

ББК 88.42-8

Текстовое учебное электронное издание

Самарский филиал ГАОУ ВО МГПУ,
443081, г. Самара, ул. Стара-Загора, 76.

Формат 60x90¹/₈. Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 6,25.

© Н. А. Добровидова, М. Ю. Горохова, И. Л. Матасова,
Е. Н. Устюжанинова, М. А. Шаталина (сост.), 2022.

© СФ ГАОУ ВО МГПУ, 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Введение</i>	4
<i>Часть 1. Самоповреждающее и суицидальное поведение: теория вопроса</i>	
1.1. Теоретический анализ проблем исследования суицидального поведения	6
1.2. Самоповреждающее поведение: определение и признаки	12
<i>Часть 2. Диагностика самоповреждающего поведения и оценка суицидальных рисков</i>	
2.1. Первичное выявление и алгоритм обследования детей и подростков с суицидальной направленностью	18
2.1.1. Схема обследования суицидальных пациентов (С. Л. Арапова, А. А. Иванченко, Т. Л. Селюкова)	18
2.1.2. Наблюдение. Внешние признаки суицидального риска	19
2.1.3. План беседы по выявлению суицидоопасных реакций	20
2.2. Оценка суицидальных рисков	22
2.2.1. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнейдер)	22
2.2.2. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)	22
2.2.3. Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)	23
2.2.4. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А. Н. Волкова)	25
2.2.5. Выявление суицидального риска у детей (А. А. Кучер, В. П. Костюкевич)	26
2.2.6. Шкала суицидальных мыслей (Suicide Scale for Ideators, А. Т. Beck).	31
2.2.7. Методика диагностики суицидального поведения (С. А. Беличева с соавторами)	33
2.3. Методы диагностики самоповреждающего поведения	35
2.3.1. Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Н. А. Польская, А. С. Кабанова)	35
2.3.2. Шкала причин самоповреждающего поведения (Н. А. Польская)	36
2.3.3. Методика диагностики склонности к отклоняющему поведению (СОП) (А. Н. Орел)	38
2.3.4. Тест агрессивности. Опросник (Л. Г. Почебут)	45
<i>Заключение</i>	48
<i>Список литературы</i>	49

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время саморазгружающее поведение и суицид как крайняя форма делинквентного поведения в Российской Федерации является одной из важнейших проблем национального масштаба. Б. С. Положий, Е. А. Панченко отмечают, что показатель суицида в России среди молодежи на 100 тыс. составляет 20,5 случаев и превышает мировой в 1,5 раза [Положий, Панченко, 2016]. Средний показатель в мире – 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке стран, где подросткам и молодежи наиболее свойственно суицидальное поведение.

По данным ВОЗ, около 20 % самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше.

Некоторые специалисты пишут о том, что в 10 % суицидальное поведение имеет цель покончить с собой, и в 90 % мотив суицидального поведения подростка – это привлечение к себе внимания [Бертолотте, 2006]. Более глубокое изучение данной проблемы свидетельствует, что при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях тщательнее подготовлен и менее импульсивен [Vedrinne, 1995]. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних показывает, что большинство связано с семейными конфликтами и неблагополучием, обусловлено боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих [Моховиков, 2013].

Причины суицида возникают как результат социально-экономической нестабильности общества, изменений в содержании ценностных ориентаций, неблагоприятных семейно-бытовых отношений, отсутствия родительского внимания, именно поэтому проблема профилактики суицидального поведения у детей и подростков является наиболее важной проблемой современного общества.

Высокий моральный и материальный ущерб обществу наносят и покушения на самоубийство. По отношению к лицам, покушавшимся на свою жизнь, требуется проведение неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий, что ведет к дополнительным затратам медицинских сил и средств. В подавляющем большинстве случаев суициденты оказываются нетрудоспособными на тот или иной срок после попытки самоубийства, следствием чего являются прямые экономические убытки для общественного производства. Значительная часть суицидальных попыток осложняется тяжелыми хроническими расстройствами, инвалидизирует больных, выключая их из сферы общественно полезной деятельности. Наконец, нельзя не учитывать того отрицательного влияния, которое оказывают суицидальные попытки на моральное состояние окружающих лиц. Каждый суицидальный акт становится с этой точки зрения специфическим психогенным фактором, временно снижающим уровень оптимизма и активности членов ближайших социальных групп.

Настоящее пособие состоит из двух частей. В первой части отклоняющееся поведение, в частности суицидальное и самоповреждающее, рассматривается с точки зрения теории. Анализируются определения, описываются основные факторы и механизмы формирования самодеструктивного поведения с учетом возрастных особенностей, определяются подходы к профилактике.

Во второй части представлен современный диагностический инструментарий (тестовые методики, опросники и анкеты) для практической оценки суицидального риска и склонности к самоповреждающему поведению в подростковом и юношеском возрасте. В логике диагностики методики разделены на три основные группы:

- 1 – методики первичного выявления детей и подростков с суицидальной направленностью и алгоритм проведения обследования;
- 2 – диагностические инструменты оценки суицидальных намерений;
- 3 – методы диагностики самоповреждающего поведения.

Однако стоит отметить, что наряду с представленными психодиагностическими методиками не следует игнорировать и методы наблюдения. Изменения эмоциональных и поведенческих реакций были и остаются первыми маркерами усиливающегося психоэмоционального неблагополучия человека.

Целью данного пособия является предоставление такого диагностического инструментария, который позволил бы оперативно и быстро получить информацию о суицидальных рисках и намерениях подростков и молодежи, чтобы при этом количество затраченного времени для проведения диагностических процедур было оптимальным.

Результаты диагностики позволят выбрать адекватные стратегии психологической помощи и дальнейшего комплексного сопровождения детей и подростков группы риска.

Часть 1. САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ТЕОРИЯ ВОПРОСА

1.1. Теоретический анализ проблем исследования суицидального поведения

Суицид – это биопсихосоциальная проблема, на сегодняшний день профилактика и коррекция суицидального поведения обучающихся не может оставаться только задачей образовательного учреждения и/или сводится к ряду диагностических и просветительских психолого-педагогических мероприятий. Необходим комплексный подход, основывающийся на глубоком понимании сущности феномена самодеструкции, факторов и механизмов развития суицидального поведения.

Суицид – крайняя форма аутодеструктивного поведения человека [Пестова, Стенникова, Шалаева, 2017]. Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает стрессогенное влияние на его семью, это порядка шести человек. Самоубийство школьника оказывает деструктивное психологическое воздействие на сотни людей.

Суициду предшествует суицидальное поведение, которое имеет определённые проявления. Задача взрослых – уметь видеть эти проявления, чтобы вовремя предотвратить суицидальную попытку.

Суицидальное поведение – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти [Методические рекомендации для педагогов-психологов... 2018].

Суицидальная попытка (*синонимы: парасуицид, незавершенный суицид, умышленное самоповреждение и др.*) – это любое умышленное действие по причинению себе вреда, которое по той или иной причине не привело к смертельному исходу [Там же].

Суицидальное поведение, факторы, причины и виды суицида пристально изучались со стороны отечественных (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, О. В. Тимченко, В. Б. Шапар и др.) и зарубежных исследователей (Э. Дюркгейм, Э. Гроллман, Э. Шнейдман и др.) в рамках различных научных подходов.

Представители социологического подхода вслед за его основоположником французским социологом Эмилем Дюркгеймом рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. Э. Дюркгейм разделил суицидные проявления на суицидные тенденции, попытки и завершённый суицид. Он выделил следующие типы суицидов:

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой («вялая меланхолия, услаждающаяся собою, рассудочное равнодушие скептика»).

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («со спокойным чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»).

3. Аномическое самоубийство как реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы («горячий протест против жизни вообще или против определенного лица; убийство, сопровождаемое самоубийством»). Вариантом аномического суицида является фаталистическое самоубийство при переживании личных трагедий (например, смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви) [Старшенбаум, 2005].

Подобным образом Э. Шнейдман выделяет три типа суицидов:

1. Эготические самоубийства, связанные с внутриличностным конфликтом.

2. Диадические самоубийства, адресованные значимому другому.

3. Агенеративные самоубийства, вызванные утратой связи со своим поколением или человечеством в целом [Старшенбаум, 2005].

Э. Гроллман выделял следующие виды самоубийства:

1. Прямое самоубийство.

2. Непрямое (медленное самоуничтожение в результате злоупотребления алкоголем, наркотиков, игнорирование болезней, передание).

3. Автоцид (сознательное или бессознательное стремление к риску).

Отечественные учёные выделили следующие виды суицида (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко и др.):

- истинный (направленный на желание умереть);
- демонстративный (как способ привлечь к себе внимание);
- скрытый (игра со смертью – суицидально обусловленное поведение) [Старшенбаум, 2005].

Наиболее целесообразно, на наш взгляд, в профилактике самодеструктивных видов поведения учитывать возрастные особенности формирования мировоззрения человека, в том числе его отношения к смерти.

Так, до трех лет ребёнок не имеет представления о времени и будущем, а значит, и о смерти. Если в первые годы жизни малыш сталкивается с феноменом смерти, то возникшие в связи с этим представления и эмоции отражают реакцию значимых лиц, в первую очередь матери.

У дошкольников представления о смерти, как правило, уже сформированы, но у большинства детей нет понимания ее необратимости; у младших школьников отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти. У многих присутствует страх смерти, чаще – смерти родителей.

Подросткам свойственны частые размышления о жизни и смерти в силу подросткового кризиса. Тема смерти привлекает их, носит ореол таинственности и романтичности [Максименкова, 2013].

У юношей и девушек наблюдается в большей степени избегание размышлений о смерти, особенно в отношении себя или близких людей, несмотря на обилие образов смерти в культурном пространстве, и страхом смерти, связанным зачастую с неполным, лишенным смысла существованием [Орешкина, 2017].

Отношение к смерти определяется не только сложившимися в обществе традициями и убеждениями, но и жизненными смыслами и системой ценностей конкретного человека. Оно может характеризоваться страхом смерти, избеганием мыслей о смерти, протестными, резко негативными или, напротив, положительными чувствами к ней как к избавлению от страданий. В своих статьях Л. В. Шутова дает более полную классификацию отношения к смерти молодых людей, выделяя шесть типов:

1. Отношение к смерти как к переходу. Такое отношение наблюдается у тех, кто верит в последующее перерождение, переход на иной уровень существования. Смерть описывается как «новый опыт», «возвращение домой». При таком типе отношения страх смерти низкий.

2. Отношения к смерти как к фактору развития. Этот тип можно охарактеризовать как экзистенциальный. Конечность жизни рассматривается как стимул прожить её наиболее полно, постичь смысл. У молодых людей с таким типом отношения страх смерти низкий или средний.

3. Отношение к смерти как к факту физиологического прекращения существования. Молодые люди, для которых характерен такой тип отношения, не верят в посмертное бытие, безэмоционально описывают смерть как распад тела, используют такие метафоры, как «густой туман», «черная дыра». Уровень страха средний.

4. Протестное отношение к смерти. Такое отношение имеет яркую эмоциональную окраску, характеризуется злостью, обидой, отчаянием и другими аффектами, вызванными невозможностью противостоять смерти, беспомощностью перед ней и отсутствием контроля над своей жизнью. Смерть описывается как «несправедливость», «безобразный монстр». Уровень страха в этой группе средний или высокий.

5. Отрицание смерти. Молодые люди с таким отношением к смерти всячески избегают задумываться о собственной кончине, верят в свою неуязвимость, оставляют смерть на долю стариков. Они описывают её как «падение со скалы», «густой туман» и демонстрируют средний и высокий уровень страха.

6. Отношение к смерти как к избавлению от жизни. Для молодых людей с подобным отношением к смерти жизнь имеет низкую ценность и переживается как страдание, в связи с этим испытываемые описывают уход из неё как «утешающего родителя», «заслуженный отдых». Молодые люди с данным типом отношения показывают низкий уровень страха [Шутова, 2005].

Причины суицида активно и глубоко изучаются в рамках междисциплинарного подхода.

Интерес представляет нейropsихиатрическая теория суицидальной активности, проявления которой относятся к преимущественно левополушарным психопатологическим расстройствам (формирование патологической доминанты преимущественно в левом полушарии мозга). Это может быть объяснено тем, что ведущими факторами в суицидогенезе являются такие преимущественно левополушарные психопатологические расстройства, как тревога и когнитивные нарушения (доминантные, сверхценные суицидальные представления) [Пестова, Стенникова, Шалаева, 2017; Чуева, 2017].

На данный период развития науки проблема суицида исследуется ещё и с позиции молекулярной генетики: идёт поиск генетических маркеров риска развития суицидального поведения, известны механизмы нейротрансмиссии ряда генов и белков, продуцирующих суицидальное поведение [Чуева, 2017].

Известны также группы психических расстройств и заболеваний, продуцирующих риск суицида: это депрессивные симптомы разной этимологии, пограничные расстройства, шизофрения, расстройства личности, неврозы и прочее. При диссоциальном расстройстве личности, например, характерны импульсивные суицидальные действия в виде взрывной реакции; при гистрионическом – чаще встречаются демонстративно-шантажные суицидальные проявления; при шизоидном или параноидном – суицидальные действия носят тщательно продуманный характер, часто заканчиваются смертью [Там же].

Работа с обучающимися, имеющими суицидальные наклонности, должна строиться прежде всего на медикаментозном лечении, рекомендованном психиатром или психотерапевтом, а далее коррекционной и поддерживающей работе педагога-психолога.

Рассмотрим стадии формирования суицидального поведения подробнее (рис. 1).

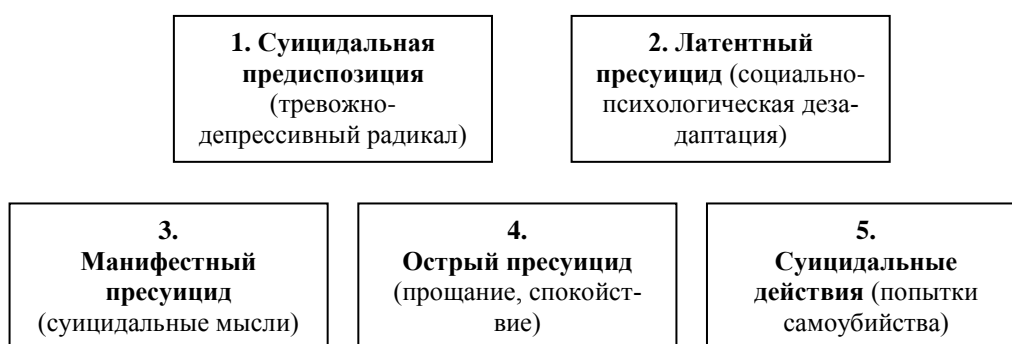


Рис. 1. Стадии формирования суицидального поведения
(А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко)

1. Суицидальная предиспозиция: проявляется такими особенностями личности, как тревожно-депрессивный радикал, импульсивность, интерперсональная зависимость, фрустрация потребностей со стремлением к ее ликвидации.

2. Латентный пресуицид: период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в «мотивационной готовности» к суициду, при этом оформленные признаки суицидальной активности отсутствуют.

3. Манифестный пресуицид: проявляется постоянными суицидальными мыслями, суицидальными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения.

4. Острый пресуицид (проявляется сверхценным характером суицидальных мыслей, суицидальными тенденциями; целенаправленным поиском средств осуществления суицидальных действий; прямыми или косвенными «прощаниями» с близкими; неадекватными формами поведения («зловещее» спокойствие, идеаторномоторная расторможенность, ажитация).

5. Суицидальные действия (суицидальная попытка или самоубийство) [Старшенбаум, 2005].

Выделяется целый ряд эмоциональных, поведенческих, когнитивных, вегетативных индикаторов, по которым возможно отследить суицидальные наклонности уже на первой фазе, их необходимо знать как родителям, так и педагогам (таблица 1).

Индикаторы суицидального риска

Ситуационные	<ul style="list-style-type: none"> – Смерть близкого – Развод родителей – Алкоголизм родителей – Физическое насилие – Денежные долги – Угроза тюремного заключения – Получение инвалидности – Неизлечимая болезнь – Публичное унижение – Коллективная травля – Одиночество – Экзистенциальный кризис и др.
Поведенческие	<ul style="list-style-type: none"> – Любые внезапные изменения в поведении и настроении, отдаляющие от близких – Стремление к уединению, несвойственная ранее замкнутость – Снижение двигательной активности у подвижных, общительных людей – Чрезмерные, настойчивые просьбы о переводе в другой класс, школу... – Чрезмерное употребление алкоголя, таблеток – Несвойственные ранее проявления щедрости – Изменение привычек, пренебрежение личной гигиеной – Выбор тем для разговора и чтения книг о смерти – Фиксация на примерах самоубийств – Частое прослушивание траурной музыки – Приобретение средств для суицида – Снижение учебной успеваемости – Многочисленные прощания – Письма родственникам, друзьям и др.
Когнитивные	<ul style="list-style-type: none"> – Разрешающие установки по поводу суицидального поведения – Навязчивые мысли о смерти – Негативная оценка своей личности, окружающего мира и будущего – Представление о своей личности как ничтожной, не имеющей права жить – Самоповреждающее поведение – Представление о мире как о месте потерь и разочарований и др.
Коммуникативные	<ul style="list-style-type: none"> – Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Скоро всё закончится», «Лучше бы я умер») – Шутки, иронические высказывания о желании умереть – Медленная маловыразительная речь – Уверенность в собственной беспомощности и зависимости от других – Сообщение о конкретном плане суицида – Самообвинения – Многочисленные прощания
Эмоциональные	<ul style="list-style-type: none"> – Амбивалентность по отношению к жизни и смерти – Подавленность, безнадежность, беспомощность – Несвойственная ранее вина, агрессия, ненависть к себе, гнев, враждебность – Чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности – Признаки депрессии, приступы паники, выраженная тревога, хроническая усталость
Вегетативные	<ul style="list-style-type: none"> – Слезливость – Расширение зрачков – Сухость во рту («симптомы сухого языка») – Тахикардия – Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха – Ощущение комка в горле – Головные боли – Бессонница – Повышенная сонливость

Указанные индикаторы могут стать основой для проведения клинической беседы и оценки степени суицидальных рисков у респондента.

К числу самых знаковых индикаторов суицида относят самоповреждающее поведение индивида, которое свидетельствует о том, что у человека формируется конфликт инстинктов самосохранения и саморазрушения. Инстинкт самосохранения, по мнению С. И. Ворошилина, является важным инстинктом и обеспечивает, с одной стороны, стремление выжить в любых обстоятельствах, а с другой – сохранение целостности своего тела. Автор отмечает, что более 60 % суицидентов имеют самоповреждающее поведение в анамнезе [Ворошилин, 2012].

Существует несколько видов самоповреждающего поведения: *компульсивное* (выдергивание волос, кусание ногтей, губ, щёк, шипание кожи); *импульсивные* (порезы, ожоги, избивание себя); *модификация своего тела* (татуировки, шрамирование, пирсинг, тоннели и т. д.) [Чуева, 2017].

На время боль от порезов снижает душевную боль, но потом и этого становится недостаточно, случаи нанесения себе ран учащаются. Необходимо информировать родителей о причинах самоповреждающего поведения детей и основных частях тела для нанесения травм. Как правило, это места, недоступные для глаз окружающих (внутренняя сторона бедра, предплечья). Необходимо обращать внимание на детей, которые стараются носить максимально закрытую одежду. Ребёнок дошкольного возраста тоже может проявлять ненамеренное (на бессознательном уровне) самоповреждающее поведение, это те дети, которые постоянно травмируют себя в игре и вне её, набивают себе шишки, синяки и т. д. Данное поведение ребёнка, не имеющего задержки в развитии и органических нарушений, может свидетельствовать о дефиците любви и принятия со стороны родителей и стремление привлечь их внимание любой ценой.

Перейдём к вопросу о возможностях профилактики и коррекции суицидальных наклонностей обучающихся. Необходимыми условиями профилактики суицидального риска воспитанников и обучающихся являются:

- благоприятная эмоционально-психологическая атмосфера в окружении ребенка (семья, школа, класс);
- насыщенность жизни яркими событиями, дающими ребёнку возможность достичь успеха, проявить себя и почувствовать свою значимость (социальные проекты, творческие акции и т. д.);
- возможность доверительного общения с родителями, педагогами, искренний интерес со стороны взрослых к событиям жизни, к чувствам и переживаниям детей;
- помощь и поддержка в решении проблем и преодолении трудностей;
- устойчивые социальные связи, значимые для подростка, прежде всего семейные;
- контроль использования ребенком интернет-ресурсов.

Среди необходимых условий профилактики хотелось бы выделить один самый основной пункт – *это доверительное общение ребёнка с родителями, формирование внутренней опоры в ребёнке родительской любовью и теплом.*

Главным этапом профилактики является психологическое просвещение. На наш взгляд, особую актуальность приобретает организация городских родительских собраний, где будут транслироваться родителям основные индикаторы суицидального риска, а также проведение курсов повышения квалификации для учителей и классных руководителей, раскрывающих основные вопросы профилактики, диагностики и коррекции суицидального поведения детей группы риска.

К группе повышенного риска суицидального поведения можно отнести подростков:

- находящихся в сложной семейной ситуации (развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающих серьезные проблемы в учебе;
- не имеющих друзей;
- не имеющих устойчивых интересов, хобби;
- склонных к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесших тяжелую утрату;
- остро переживающих несчастную любовь;
- имеющих семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида);
- употребляющих алкоголь, психоактивные вещества;

- имеющих недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершивших уголовно наказуемый поступок или ставших жертвой уголовного преступления (в т. ч. насилия);
- попавших под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений [Старшенбаум, 2005].

Если в результате психологической и педагогической диагностики выявлен ребёнок, относящийся к группе риска, то крайне необходимо направить его к психиатру и/или психотерапевту. Если психопатология обнаруживается, то такого ребёнка лучше госпитализировать, а после госпитализации его необходимо сопровождать психолог. Параллельно необходимо вести психокоррекционную работу с семьёй. Если ребёнок после лечения попадает в те же жизненные условия, то может произойти ретравматизация и ухудшение состояния.

В зависимости от наличия соматической и психической патологии подбираются медикаментозные (*транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики*) или немедикаментозные (*психотерапия, психоанализ, латеральная терапия (электромагнитное излучение) и др.*) способы лечения. Самостоятельно назначать медикаментозные препараты ребёнку нельзя, неправильный подбор препаратов может спровоцировать суицидальное поведение.

Следует выделить два подхода в лечении лиц с суицидальными наклонностями:

1. Аксиологическая коррекция (Ларичев В. П.) – разработанный на основе аксиологии (науки о ценностях) метод психотерапии, направленной на переориентацию личностных ценностей. Эффективен в коррекции и профилактике суицидального поведения.

2. Когнитивная психотерапия (А. Бек (Beck A.)) – психотерапевтический метод, направленный на распознавание и устранение несоответствия объективной реальности и основных ситуационных установок суицидента (его восприятие действительности) (Бек А. (Beck A.), Фримен А.).

Суицидальная интервенция, являясь «вхождением между» (от лат. *inter* (между) и *venire* (приходить)), представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом или экзистенциальном кризисе.

В случае обнаружения суицидальных наклонностей у обучающегося необходимо:

- информирование родственников о суицидальной опасности или суицидальных действиях;
- обеспечение непрерывного наблюдения за ребёнком как в образовательном учреждении, так и в семье;
- консультации детского психиатра или психотерапевта;
- при необходимости госпитализация в стационар.

Как уже описывалось ранее, тревожно-депрессивное состояние ребёнка является одной из ключевых причин самоубийства. В профилактике депрессий детей важную роль играют их родители или законные представители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение и другие признаки депрессивного состояния, необходимо сразу же принять меры для того, чтобы помочь ребёнку выйти из него.

По мнению Старшенбаума Г. В., суицидологическая служба города должна состоять из четырех подразделений:

- 1) расположенного отдельно от психиатрической службы «Телефона доверия»;
- 2) кабинета суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД);
- 3) кабинета социально-психологической помощи в поликлинике;
- 4) кризисного стационара в больнице общего профиля [Старшенбаум, 2005].

Если суицид с участием несовершеннолетнего ребёнка случился, то алгоритм действия образовательного учреждения должен быть следующим:

I. Незамедлительное информирование (в течение одного часа):

- подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел;
- комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- органов прокуратуры городского округа (муниципального района);
- Департамента образования.

II. Проведение служебного расследования в ОУ (в течение пяти рабочих дней):

- издание приказа о комиссии по проведению служебного расследования по факту выявления суицида (в течение одного рабочего дня);
- подготовка акта о результатах служебного расследования.

III. Организация индивидуальной и (или) групповой работы по стабилизации эмоционального состояния обучающихся (в течение трех месяцев).

Таким образом, суицидальное поведение основывается на переживании кризисного состояния, организация профессиональной помощи суицидентам должна опираться на результаты научных исследований в области не только психологии, но и медицины, педагогики. Кроме того, необходимо налаживать межведомственное взаимодействие и грамотно выстраивать работу профильных организаций, осуществляющих систему общих и специальных мероприятий на разных уровнях: государственном, правовом, социальном, психологическом и педагогическом. Также актуальной становится задача разработки и внедрения в широкую практику новых эффективных методов психотерапии, которые позволили бы оперативно купировать суицидальные тенденции и предотвращать их развитие в будущем.

1.2. Самоповреждающее поведение: определение и признаки

В настоящее время самоповреждающее поведение среди молодых людей стало, к сожалению, довольно распространенным явлением, которое обозначается как селф-харм (self-harm), что в переводе с английского – членовредительство, причинение вреда своему телу, самоповреждение. Данное понятие трактуется в разных аспектах, но общим является то, что это проявление такого поведения, при котором намеренные действия человека направлены на физические повреждения собственного тела. Некоторые ученые используют в качестве близких такие термины, как саморазрушительное поведение, саморазрушающее поведение, девиантное поведение, аутоагрессивное поведение. Многие специалисты рассматривают самоповреждающее поведение в контексте суицидального поведения, что подтверждается фактом наличия повреждений на теле у тех, кто покончил жизнь самоубийством, или у тех, у кого была незавершенная попытка суицида.

Самоповреждающее поведение – это комплекс действий аутоагрессивного характера, нацеленных на причинение физического вреда собственному телу. Суицидальные намерения отсутствуют, нанесение физического ущерба помогает справиться с негативными переживаниями. Возможные действия – порезы, расцарапывание, обжигание кожи, удары головой или кулаком о стену. Менее очевидные симптомы – голодание, обжорство, злоупотребление алкоголем, нанесение шрамов, татуировок. Диагностика проводится методом клинической беседы, осмотра, с помощью опросников. Лечение включает когнитивно-поведенческую, диалектическую, семейную психотерапию.

Наиболее распространенная форма – порезы на запястьях – отчетливо сигнализирует окружающим о необходимости оказания помощи. По мнению Мэгги Тёрп, поведение, связанное с нанесением самоповреждений, объединяет как прямые акты насилия в отношении собственного тела, так и скрытые способы причинения себе вреда, которые регулируются бессознательными процессами и связаны с недостаточной заботой о себе и собственном теле [Turp, 2002]. Разделяют понятия самоповреждения (self-mutilation) как непосредственного повреждения собственного тела и самоповреждающего поведения (self-injurious behaviors), определяемого как не прямой вред здоровью, который не осознается или не принимается во внимание при осуществлении поведения, ведущего к нему (клептомания, сексуальная расторможенность, переедание и злоупотребление алкоголем/наркотиками) [The relationship between dissociative symptoms... 1996]. По сути, речь идет о саморазрушающем, аутодеструктивном поведении (self-destructive behavior), объединяющем действия, имеющие, по мнению Нормана Фарбероу, косвенную направленность на саморазрушение [Farberow, 1980]. В качестве скрытых форм саморазрушения Фарбероу называет поведение, связанное с пренебрежением опасностью, повышенным риском, стремлением к возбуждающим переживаниям или с избеганием депрессии. Самоповреждение, как акт непосредственного физического насилия в отношении собственного тела, расценивается исследователем как форма аутодеструктивного поведения [Ibid., 1980]. Аналогичную трактовку представляют отечественные

психиатры, относящие действия самоповреждающего характера к саморазрушающему поведению, которое объединяет «суицидальные попытки и действия, стремление к рискованным видам спорта, а также участие в опасных для жизни авантюрах, драках, преступлениях, аддиктивное поведение, делинквентность и сексуальную распущенность» [Личко, Попов, 1990].

Самоповреждающее поведение встречается как в рамках клинических патологий, так и при психическом дистрессе у здоровых людей. Согласно исследованиям ВОЗ, самоповреждения среди лиц старше 15 лет выявляются у 0,19 % женщин и 0,14 % мужчин. Отечественные клиницисты отмечают, что самый высокий уровень самоповреждающего поведения наблюдается в подростково-юношеский период – в возрасте от 10 до 24 лет. У девушек пик приходится на 13–16 лет, у юношей – на 12–18 лет. Случаи самоповреждения диагностируются у представителей различных наций, социальных слоев, религиозных сообществ.

При определении самоповреждающего поведения исследователи акцентируют внимание на психологическом или физическом компоненте данного феномена. Психологический компонент связывается с психологическим неблагополучием индивидуума и его стремлением это неблагополучие преодолеть. Физический компонент – с физической травматизацией, повреждением тканей и органов тела. А. Фаватца и Р. Розенталь рассматривают данный феномен как форму ответа «на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира» [Favazza, Rosenthal, 1990, с. 81]. М. Симпсон определяет СП с позиции физического вреда, причиняемого собственному телу, включая удаление, разрушение, обезображивание или повреждение части тела, независимо от явных или скрытых намерений [Simpson, 1980]. Мерфи и Уилсон придерживаются той же позиции, определяя СП как «любое поведение, инициированное индивидуумом, непосредственным результатом которого является физический вред этому индивидууму. Под физическим вредом понимается избиение, нанесение ран, кровопускание, переломы костей и другие повреждения тканей» [Murphy, Wilson, 1985, с. 15].

Согласно А. А. Зайченко, существуют характерные поведенческие реакции, которые повреждают тело. К ним относятся: наличие татуировок и пирсинга, самопорезы, расчесывание особенностей кожного покрова, удары кулаком и головой о предметы, уколы кожи острыми предметами, самоожоги, неполное самоудушение, злоупотребление лекарствами, наркотиками и алкоголем [Зайченко, 2007, с. 381–386].

Акты самоповреждения относят к несуйцидальным проявлениям аутоагрессивного поведения, целью которых выступает не лишение себя жизни, а достижение какого-либо иного результата [Ю. М. Антонян, И. Б. Бойко, В. А. Верещагин, 1994]. «В отличие от суицидального поведения, самоповреждения (или членовредительства) вообще не направляются представлениями о смерти. Цель их ограничивается лишь повреждениями того или иного органа. Это находит свое выражение и в способах реализации и особенностях поведения субъекта» [Тихоненко, 1978, с. 66]. В более широком смысле к проявлениям аутоагрессии относят религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокую эксплуатацию, войны – действия, причиняющие вред жизнедеятельности, приводящие к индивидуальному или массовому саморазрушению и самоуничтожению людей [Агадзе, 1990]. Несмотря на то, что для большинства современных исследователей акты самоповреждения отличаются от суицидальных отсутствием направленности на прекращение жизни, статистически достоверных данных, подтверждающих эти различия недостаточно. В отечественной и зарубежной традиции для определения СП используют термин «парасуицид», под которым подразумевается поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя, «целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью» [Амбрумова, Тихоненко, 1980]. К. Меннингер называл СП формой «частичного суицида», своеобразным самоисцелением, предотвращающим «тотальный суицид» [Menninger, 1938, p. 271].

Проблема различения суицидального действия и несуйцидального самоповреждения усложняется тем, что не всегда есть возможность однозначно определить, что можно считать повторяющимися актами самоповреждения, а что «репетициями» суицидального акта. Индивидуумы, регулярно совершающие действия самоповреждающего характера, нередко могут заявлять о желании умереть, и здесь возникает необходимость диагностического разделения «желания смерти» и «намерения умереть». Э. Эриксон писал: «...“желание умереть” является реальным и суицидальным желанием только в тех редких случаях, когда – “стать самоубийцей” становится неизбежным выбором в плане идентичности» [Эриксон, 1996, с. 180].

На наш взгляд, самоповреждающее поведение может быть как суицидальными действиями так и парасуцидом, что зависит от многочисленных факторов и обстоятельств. Как указывают О. Б. Левковская и Ю. С. Шевченко, граница между этими двумя явлениями довольно тонкая, поэтому данный вопрос требует дополнительного изучения. Такая же проблема существует и в МКБ-10 в разделе X60-X84, где самоповреждение и суицидальные действия являются настолько близкими явлениями, что почти синонимичны в силу отсутствия их разделения [Обзор исследований... 2020]. Однако в DSM-5 существуют критерии, по которым можно проанализировать несуйцидальное самоповреждение и отличить от суицидального:

а) мотивы вызвать положительные ощущения и/или избавиться от негативных чувств или мыслей, а также определить межличностные проблемы;

б) высокая частота актов самоповреждения (более 5 раз) за прошедший год.

Существуют также признаки несуйцидального самоповреждающего поведения:

а) преднамеренность;

б) повторяемость;

в) социальная неприемлемость;

г) отсутствие суицидального намерения;

д) чувство тревоги или напряжения, предшествующие акту;

е) чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения [Польская, 2008].

Безусловно, возникает вопрос, как формируется у личности самоповреждающее поведение. Польская Н. А. обобщила различные подходы к пониманию самоповреждающего поведения и выделила шесть моделей, которые описывают механизмы его формирования и развития [Там же].

Первая модель носит биологический характер: диагностируется причинно-следственная связь между самоповреждающим поведением и проблемами в функционировании психофизиологических составляющих. В ходе лабораторных исследований, где в качестве подопытных выступали животные, преимущественно обезьяны и крысы, было выявлена связь между пониженным или повышенным уровнем гормонов у животных и их стереотипными самоповреждающими действиями, такими как, например, выдергивание волос, голодание, кусание лап. Следующим выводом является роль депривации в формировании самоповреждающего поведения. Сепарация в раннем возрасте, изоляция, жесткие ограничения активности в социальной сфере приводят шимпанзе и макак-резусов к голоданию, сильному беспокойству, а также стереотипным реакциям в форме хождения, сосания пальцев. В рамках данного подхода также выдвинули аддиктивную гипотезу, согласно которой в момент акта самоповреждения в кровь выбрасываются седативные вещества, которые обезболивают и доставляют удовольствие, в последующем человек повторяет акты самоповреждения ради стимуляции, становясь при этом зависимым.

Следующая модель рассмотрена в рамках социально-экономического направления и основывается на экономической теории обмена Хагена. Согласно теории обмена, человек в ситуации самоповреждающего поведения потеряет меньше, чем, возможно, получит выгоды в виде заботы, помощи, защиты и поддержки со стороны референтной группы. Это стратегия поиска помощи выступает в качестве адаптивной, однако многие авторы указывают на манипулятивную функцию данного поведения.

Польская Н. А. [Там же] описывает также аддиктивную модель самоповреждающего поведения, где акты самоповреждения носят циклический характер и функционируют по стандартной аддиктивной схеме, то есть в ситуации предельного напряжения совершаются действия самоповреждения для достижения недлительной эмоциональной стабильности, однако возникают чувства вины и стыда, из-за которых происходит новое накопление напряжения. Также рассматриваются корреляции самоповреждающего поведения с героиновой и опийной наркоманией, злоупотреблением алкоголя, а также суицидальным поведением. Но в силу мотива получить удовольствие, негативного подкрепления (избегание отрицательных переживаний) самоповреждающее поведение нельзя отнести к аддикциям.

Ведущей причиной самоповреждающего поведения специалисты считают нарушение эмоциональной регуляции, что рассматривается в рамках модели эмоциональной дисрегуляции. Из-за специфического воспитания, которое носит характер обесценивания эмоциональных реакций ребенка, где применяется как психологическое, так и физическое насилие, у ребенка формируется произвольное закрепление саморазрушающего поведения с целью добиться получения под-

держки от родителей, которые подкрепляют своими реакциями акты самоповреждения у детей. Также в рамках данной модели самоповреждающее поведение рассматривается как стратегия избегания, направленная на снижение негативных переживаний. Другой аналитический подход рассматривает самоповреждающее поведение как низкую способность совладания со стрессорами в повседневной жизни.

Модель аутоагрессии является наиболее популярной для определения механизмов самоповреждающего поведения. Самоповреждающее поведение объясняется бессознательным мотивом наказать себя или другого. По мнению З. Фрейда, существует бессознательный комплекс саморазрушения, который может активироваться при определенных случайных или преднамеренных обстоятельствах. Также в рамках данного направления самоповреждающее поведение может выступать как способ получить контроль над другими, сохранить и поддержать чувство собственного превосходства и способ получить удовольствие от боли путем избегания негативных душевных переживаний.

Функциональная модель самоповреждающего поведения подчеркивает наличие причины и определенных целей данного поведения. Существуют межличностные (социальные) и внутриличностные (автоматические) функции самоповреждающего поведения: способ просьбы о помощи, заботе, внимании; снятие напряжения; возможность снизить уровень ожиданий и требований от них [Польская, 2009]. Например, К. Саемото было отмечено шесть функций самоповреждающего поведения подростков:

- 1) получение внимания от близких;
- 2) антисуицидальная функция – стремление найти баланс между влечением к жизни и смерти;
- 3) сексуальная функция как механизм контролирования и управления сексуальными чувствами;
- 4) прекращение диссоциативного состояния;
- 5) функция регуляции аффекта или контроля над ним;
- 6) функция сепарации и отграничения от первичной привязанности [Там же].

Таким образом, самоповреждающее поведение рассматривается в различных направлениях, имеет генетическую, психофизиологическую и социальную природу формирования, обладает рядом функций, свидетельствуют о возможных психических нарушениях, трудностях со способностью саморегуляции, а также выступает способом привлечения внимания ввиду нужды в помощи.

Интересен взгляд А. А. Зайченко на причины самоповреждающее поведение [Зайченко, 2009]. Он говорит том, что аутоагрессивные действия совершаются как здоровыми людьми, так и пациентами психиатрического профиля. Базовой причиной являются интенсивные негативные эмоции, которые не переживаются в открытой форме. Существует ряд факторов, увеличивающих риск самоповреждающего поведения:

- Деструктивные семейные отношения. Провоцирующими стимулами являются физическое и сексуальное насилие, враждебность и постоянная критика родителей. В молодом возрасте негативно сказывается развод с супругом, смерть члена семьи, конфликты.
- Провоцирующее поведение сверстников. Распространенная причина самоповреждений у подростков – моббинг и буллинг, ссоры со сверстниками, положение «изгоя». Иногда аутодеструктивные формы поведения практикуются в референтной группе, и ребенок перенимает их.
- Дезадаптивные личностные черты. Предрасполагающие психологические факторы – недостаточное понимание своих эмоций, неумение их выражать, склонность подавлять негативные мысли, чувства. Сопутствующими характеристиками оказываются низкая стрессоустойчивость, импульсивность, сниженный самоконтроль.
- Психические расстройства. Депрессии, аутизм, последствия злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами увеличивают вероятность самоповреждающего поведения. У таких людей повышена эмоциональная неустойчивость, снижена способность критически оценивать ситуацию и собственные действия.
- Макросоциальные проблемы. Редко стремление к самоповреждению провоцируется масштабными социальными событиями: экономическими кризисами, войнами, террористическими актами. Резкое ухудшение условий жизни оказывается источником тяжелого эмоционального стресса.

Самоповреждающее поведение, по мнению Е. Н. Чуевой [Чуева, 2017], имеет две цели: уменьшение негативных эмоций, вызывающих напряжение, и возобновление возможности чувствовать, действовать. В обоих случаях человек стремится восстановить контроль над своими переживаниями и действиями. Распространенный патогенетический механизм – самоповреждение как способ переключения внимания с тревоги, подавленности, чувства вины на физическую боль.

Нанесение себе увечий становится своеобразной копинг-стратегией, помогающей справиться со стрессами. Когда человек чувствует сильную боль, он отвлекается от тягостных переживаний. Такой способ поведения закрепляется как успешный, формируется аддикция (зависимость), которая на физиологическом уровне подкрепляется выбросом бета-эндорфинов после акта аутодеструкции.

Самоповреждающее поведение может быть проявлением стремления избавиться от ощущения внутренней пустоты, утраты эмоций и чувств. Симптомы характерны для депрессивных расстройств, выраженной астении, например после тяжелого заболевания. Повреждения тела вызывают боль, страх, становятся способом проявления решительности. Редко самоповреждение является способом выразить себя, получить новый опыт.

Подробная классификация самоповреждений предложена исследователем из США М. Стронг. Она выделяет две группы самоповреждающих действий. Первые обусловлены определенным культурным укладом (выполнение ритуалов, обычаев). Вторые – собственно девиантно-патологическое аутодеструктивное поведение. Оно включает в себя три вида самоповреждений:

1. Значительные. Наблюдаются при острых психотических эпизодах, маниакальном синдроме, тяжелой депрессии. Больные ампутируют себе конечности, гениталии, удаляют глаза. Свои действия объясняют религиозными, сексуальными, моральными мотивами.

2. Стереотипные. Характеризуются монотонно повторяющимися, иногда ритмичными действиями. Пациенты бьются головой о стену, кусают пальцы. Определить символический смысл поведения невозможно. Наблюдается у больных аутизмом, синдромом Туретта, умственной отсталостью.

3. Поверхностные. Являются симптомами психических расстройств или признаками пограничных состояний – депрессивных и тревожных реакций. Составляют основную массу случаев самоповреждающего поведения. Примеры: порезы, вырывание волос, голодание [Дерябина, 2017].

Симптомы самоповреждающего поведения, по мнению большинства психологов, состоят в следующем. Самые распространенные варианты нанесения вреда себе – порезы. Около 60 % больных используют именно этот способ. Поврежденными становятся предплечья, бедра, ладони, плечи. В отличие от суицидальных попыток с вскрытием вен, самоповреждающие порезы неглубокие, проходят поперек крупных сосудов. До 50 % больных практикуют расцарапывание кожи до крови ногтями или острыми предметами. Иногда подобного эффекта добиваются сильным сжиманием кулаков до тех пор, пока на ладонях не появятся кровоточащие раны. Около трети пациентов в целях повреждения частей тела ударяют ими о твердые поверхности: бьются о стены кулаками, головой, ногами. В 30 % случаев практикуется расчесывание кожи, слизистых оболочек до выделения капель крови. К редким симптомам относятся отрывание корост от заживающих ран, отравления, прижигания кожи. Иногда самоповреждающее поведение не очевидно, проявляется в форме расстройств пищевого поведения (отказ от еды или обжорство), навязчивых действий (обкусывание ногтей, выдергивание и поедание волос, выдавливание прыщей).

Все больные до выполнения повреждающего действия чувствуют эмоциональный дискомфорт: тревогу, напряжение, подавленность. Многие отмечают внутреннее желание почувствовать боль и увидеть кровь, но при этом понимают, что самоповреждения причиняют вред здоровью, осуждаются обществом. После совершения повреждающих действий испытывают эмоциональное облегчение, сменяющееся чувством вины.

Самоповреждения, повторяющиеся вновь и вновь, закрепляются в виде поведенческой схемы. Ее основой является использование аутоагрессии вместо поиска конструктивных решений сложных жизненных ситуаций и способов совладания с отрицательными эмоциями. Человек становится зависимым от самоповреждений, вынужден отказываться от близких отношений, стремится уединиться.

На физическом уровне осложнением являются увечья различной степени тяжести. Часто на коже остаются шрамы и другие следы, не позволяющие носить открытую одежду. Раны инфицируются, развивается воспаление, нагноение. Иногда самоповреждения приводят к непреднамеренной смерти (гибель происходит в результате травм, тяжесть которых была неверно оценена больным).

Существуют различные диагностические подходы к изучению самоповреждающего поведения.

Внешний осмотр пациента позволяет обнаружить признаки аутоагрессии. Самоповреждающее поведение диагностируется по следам порезов в области предплечий и бедер, ушибам кистей, головы. Дальнейшее обследование проводится следующими методами:

- Клиническая беседа. Пациенты не всегда готовы сообщать о склонности к нанесению повреждений самому себе. Иногда необходимую первичную информацию клиницист получает от родителей и других членов семьи. Он определяет наличие/отсутствие психического расстройства, причины самоповреждений.

- Психодиагностические опросники. Специальные тесты, приведенные в следующих разделах, выявляют выраженность черт личности, способствующих формированию и проявлению аутоагрессии. В диагностике может использоваться Шкала причин самоповреждающего поведения Н. А. Польской, Опросник копинг-стратегии Ч. Кавера. В результатах отмечается повышение по шкалам социальной изоляции, импульсивности, депрессии.

Особое внимание следует уделить дифференциальной диагностике.

Самоповреждающее поведение следует дифференцировать с попытками суицида, аутоагрессией на фоне императивных галлюцинаций или сексуальных девиаций. Отличительные характеристики самоповреждений при организации истинных самоубийств: направленность на летальный исход, наличие увечий, которые с большой вероятностью ведут к смерти. При демонстративных попытках суицида больной не скрывает процесс нанесения вреда, стремится привлечь внимание окружающих.

Когда самоповреждения совершаются под воздействием императивного бреда и галлюцинаций, пациент не умалчивает об их происхождении. Имеются и другие признаки, указывающие на психотическое расстройство. Если увечья были нанесены для достижения сексуального удовлетворения, они не могут быть отнесены к самоповреждающему поведению, потому что имеют другую причину и цель.

Коррекция самоповреждающего поведения в основном основана на психотерапии. Различные ее направления позволяют определить причину расстройства, изменить представления пациента о себе и окружающем мире, выработать эффективные навыки борьбы со стрессом. Медикаментозное лечение является дополнительным, показано при сопутствующих невротических и личностных расстройствах. Распространенные направления психотерапии:

- Когнитивно-бихевиоральная терапия. Выполняется анализ целей, мотивов поведения, выявляется наличие подкрепляющих стимулов. Психотерапевт помогает пациенту осознать механизмы саморазрушительных действий, заменить их на продуктивные способы разрешения проблем. Поведенческие техники нацелены на практическое освоение навыков, препятствующих аутоагрессии (релаксация, аутотренинг).

- Диалектическая психотерапия. Пациент начинает осознавать существование различных точек зрения на ситуацию, отказывается от оценки своих переживаний как непереносимых. Проводится сопоставление различных взглядов и мнений, обсуждается эффективная линия поведения, личностные ресурсы, позволяющие делать выбор и действовать на основе него.

- Семейная психотерапия. Психотерапия с членами семьи и пациентом ориентирована на изменение неадаптивных копинг-стратегий, которые были сформированы под влиянием семейных конфликтов, из-за отсутствия эмоциональной близости между детьми и родителями, вследствие психологического и физического насилия. Цель работы – выстроить доверительные отношения, исключить ситуации, провоцирующие аутоагрессию.

Эффективность лечения зависит от продолжительности расстройства, частоты приступов аутоагрессии. Прогноз благоприятен, если обращение к специалисту произошло в течение полугода с момента дебюта поведенческих симптомов. У пациентов с длительным стажем самоповреждений сохраняется высокий риск рецидивов даже при хорошем эффекте терапии.

Профилактика должна проводиться на трех уровнях. Первый – устранение факторов, провоцирующих отклоняющееся поведение (работа психолога с семьей, классом). Вторичная профилактика направлена на выявление лиц группы риска, оказание им профессиональной помощи в рамках индивидуальной и групповой работы. Третий уровень включает мероприятия по предупреждению рецидивов у людей с отклонениями поведения.

Часть 2. ДИАГНОСТИКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ

2.1. Первичное выявление и алгоритм обследования детей и подростков с суицидальной направленностью

2.1.1. Схема обследования суицидальных пациентов (С. Л. Арапова, А. А. Иванченко, Т. Л. Селюкова).

1. Паспортные данные: Ф. И. О. пациента, пол, год рождения, возраст.
2. № истории болезни.
3. С кем проживает.
4. Адрес с указанием района.
5. Место работы (учебы), занимаемая должность.
6. Анамнестические данные.
7. Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого).
8. Наличие алкоголизма у родственников.
9. Суициды и суицидальные попытки у родственников (у кого, возраст).
10. Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии).
11. Состав семьи (полная, неполная, другие варианты).
12. Социальное положение родителей.
13. Личностные качества родителей.
 - Мать: любящая, отвергающая, доминирующая, стеничная, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная.
 - Отец: любящий, отвергающий, доминирующий, стеничный, агрессивный, подчиняющийся, пассивный.
14. Лидерство в семье.
15. Конфликт в семье: есть/нет, характер конфликта.
16. Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними).
17. Неправильные формы семейного воспитания:
 - отсутствовали,
 - потворствующая гиперпротекция,
 - доминирующая гиперпротекция,
 - эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение,
 - гипропротекция,
 - повышенная моральная ответственность,
 - неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм).
18. Виды наказаний в семье.
19. Мотивация при обучении в школе.
20. Успеваемость.
21. Положение в классе.
22. Участие в неформальных группировках (конкретно в каких).
23. Правонарушения: были или нет, какие конкретно.
24. Привычные интоксикации: курение, алкоголь, наркотики – частота употребления, мотив употребления.
25. Сексуальная жизнь.
26. Характерологические особенности личности:
 - а) конформные, астенические, психоастенические, шизоидные, возбудимые или эпилептоидные, истерические, неустойчивые, типа эмоционально тупых, мозаичные, иные;
 - б) гипертимные, дистимные, циклоидные, возбудимые, эмотивные, демонстративные, тревожные, застревающие, педантичные, экзальтированные.
27. Выраженность характерологических особенностей личности: в пределах нормы, акцентуированные, психопатические.
28. Характеристики суицидного поведения.

29. Травмы, несчастные случаи в прошлом: были, не было, когда, какие.
30. Непроизвольные самоповреждения.
31. Сновидения:
 - с символикой смерти: да/нет, возраст,
 - с элементами аутоагрессии: да/нет, возраст,
 Какие:
 - со сценами нападения, убийства: да/нет, возраст,
 - повторяющиеся сновидения: да/нет.
 - содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.
32. Страх смерти: да/нет, обоснованный или нет, возраст.
33. Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.
34. Фантазирование на тему собственной смерти: возраст, содержание.
35. Отсутствие интереса к жизни: возраст.
36. Желание собственной смерти: возраст.
37. Планирование последствий суицида: да/нет, конкретно, когда, содержание.
38. Борьба мотивов.
39. Моральные рассуждения: самоосуждение, самооправдание.
40. Непосредственный повод (провоцирующий фактор).
41. Записки: да/нет, содержание.
42. Характеристики постсуицидального периода.
43. Отношение к суицидальной попытке.

2.1.2. Наблюдение. Внешние признаки суицидального риска.

Общие маркеры:

- внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми;
- резкое снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам, проблемы концентрации внимания, активности, неспособность к волевым усилиям;
- затяжное подавленное настроение, низкий эмоциональный фон, раздражительность;
- резкое изменение поведения (нежелание разговаривать с близкими людьми, приведение дел в порядок, раздача дорогих вещей, потеря интереса к тому, чем раньше любил заниматься, отдаление от друзей);
- безразличное или негативное отношение к своему внешнему виду;
- избегающее поведение (необъяснимые или часто повторяющиеся исчезновения из дома, прогулы в школе);
- употребление спиртного и/или наркотических средств;
- безразличное, а иногда бравадирующее отношение к ситуациям неудач в повседневной жизни;
- внезапное враждебное поведение, асоциальные поступки, инциденты с правоохранительными органами, участие в беспорядках;
- опасное поведение с высоким риском причинения вреда своей жизни и здоровью.

Словесные ключи:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: «хочу умереть», «ты меня больше не увидишь», «я не могу больше выносить эту проблему», «скоро все это закончится»;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- самообвинения;
- сообщение о конкретном плане суицида.

Поведенческие ключи:

- раздача своих ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи с друзьями и родителями, чтобы все было в порядке);
- написание «записок-завещаний»;
- несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;

- самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам.

Ситуационные ключи: психотравмирующие события, которые недавно произошли в жизни ребенка или подростка (разрыв отношений с любимым человеком, публичное оскорбление, незаслушенное наказание, конфликт с родителями и т. п.).

2.1.3. План беседы по выявлению суицидоопасных реакций.

Цель – выявление суицидоопасных реакций и определение характера мероприятий по профилактике суицидального поведения.

Этапы беседы:

1. Подготовка к беседе.

Перед проведением беседы рекомендуется собрать данные анамнеза, психологического отбора и психологического обследования, понаблюдать за внешним видом и поведением человека, взаимодействием с окружающими.

При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц, никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался. Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц, важно найти повод для встречи самому.

2. Установление доверительного контакта, создание конструктивного эмоционального фона.

Люди с суицидальными тенденциями испытывают резкое усиление психологической напряженности, беспокойство, тревогу в связи с ожиданием неблагоприятного развития событий, тоску, уныние и ищут пути выхода из критической ситуации. В это время суицидент остро нуждается в помощи извне, в сочувствии, в дружеских контактах. Поэтому психологу необходимо установить доверительные отношения, тесный эмоциональный контакт, проявить истинную заинтересованность, создать атмосферу, в которой человек может раскрыть свои сомнения и тревоги, получить психологическую поддержку.

3. Активное слушание и исследование суицидального риска.

Многие люди, думающие о суициде, на самом деле не хотят умирать. Ощущение беспомощности, бессилия порождает страх перед жизнью и ее проблемами и, соответственно, стремление уйти от них любой ценой, даже ценой смерти. Чувства человека, таким образом, двойственны: он хочет и жить, и умереть. Это черта суицидальной личности. Психологу следует попытаться увидеть эту амбивалентность во время разговора. Отношения и сила двух противоположных импульсов к жизни и смерти могут варьировать в различных условиях. Амбивалентность и есть тот факт, благодаря которому предотвращение самоубийств возможно.

Большинство суицидентов ищут возможности высказаться и быть услышанными, поэтому важно терпеливо, без сомнения и критики выслушать человека, дать возможность отреагировать свои чувства, для этого рекомендуется использовать:

- приемы активного слушания,
- слова и фразы ведущей модальности собеседника,
- присоединение (вербальное, невербальное),
- выражение эмпатии.

Суицидальные идеи обычно связаны с чувствами беспомощности, безнадежности, истощения и краха, суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения, они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации. Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, т. к. ему трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности.

Общим эмпирическим правилом является следующее: если в каких-либо высказываниях звучит что-то непонятное или имеющее скрытый подтекст, касающийся вопросов жизни и смерти, то лучшей реакцией станет выясняющий вопрос о том, что человек конкретно подразумевает под своим замечанием. И если психолог получает неясную информацию относительно суицидальных намерений, то следует спросить прямо: «Вы думаете о самоубийстве?». Вопрос не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому не безразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему удается понять свои чувства и достичь катарсиса.

Подходящими вопросами для стимуляции беседы могут быть: «Что с тобой случилось за последнее время?», «Когда ты почувствовали себя хуже?», «Что произошло с твоей жизнью с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?». Задавая соответствующие вопросы, психолог формирует в сознании ученика объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в ее развитии. При острых кризисных ситуациях психотравмирующее событие зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее понятных причин и поэтому непреодолимое. Раскрывая последовательность ситуации, психолог показывает ее связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность ее изменения.

4. Оценка суицидального риска и суицидальной активности.

В качестве параметров оценки суицидальной активности и суицидального риска рекомендуем использовать:

- перечень суицидальных факторов,
- перечень суицидоопасных реакций.

Определенную часть данных психолог получает до проведения беседы с помощью наблюдения и психологической диагностики, другие данные он собирает непосредственно в процессе беседы.

5. Анализ антисуицидальных факторов.

Постарайтесь выяснить, что остается позитивно значимым для человека, что он еще ценит, что может помочь ему пережить кризис. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? Часто отношения с близким другом, родственниками могут иметь значение при выборе между жизнью и смертью. В беседе психолог пытается изменить видение от отсутствия причины жить до ее наличия. Следует отметить, что у потенциальных суицидентов обнаруживается установка о всемогуществе суицида как средства воздействия на значимого другого. Беседуя, психолог стремится понять, что именно хочет сообщить человек значимому другому своей попыткой самоубийства, и совместно с ним разрабатывает иной способ донесения до партнера этого сообщения.

6. Построение перспективы и завершение беседы.

На данном этапе беседы главное внимание требуется сосредоточить на совместном планировании способа преодоления проблемной ситуации. Желательно, чтобы ученик сам проговорил детальный план по преодолению кризисного состояния, опираясь на найденные ресурсы. Если даже при совместном поиске ресурсов ученик не видит никакого выхода из кризисной ситуации, и состояние не меняется, то психолог может принять решение о немедленной госпитализации потенциального суицидента.

В заключение беседы высказывается активная психологическая поддержка, чтобы придать уверенность человеку в своих силах и возможностях преодолеть кризис.

7. Анализ полученных данных.

После проведения беседы психолог анализирует полученные данные.

1. Проводит оценку этапа суицидальной активности.

2. Оценивает суицидальный риск на основе данных психологической диагностики, наблюдения и беседы.

3. Определяет дальнейшие меры: повторная диагностика в течение десяти дней, включение в группу риска, если выявлено дезадаптивное состояние, направление на медицинское обследование в случае предположения суицидоопасных реакций у лиц со значительными нарушениями нервно-психического здоровья (психопатии, аддикции (алкоголизм, наркомания и т. п.), ПТСР и т. д.) в состоянии декомпенсации и с психическими расстройствами.

2.2. Оценка суицидальных рисков

2.2.1. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнейдер).

Цель – определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма, и полученный результат соотносится с приведенной ниже шкалой:

менее 9 баллов – риск суицида незначителен;

9–15,5 баллов – риск суицида присутствует;

более 15,5 балла – риск суицида значителен.

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к попыткам самоубийства, нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности (знаки беды) начинают усиленно проявляться, то рекомендуется обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью.

Таблица 2

Методика «Карта риска суицида»				
Фактор риска		Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
I. Биографические данные				
1.	Ранее имела место попытка суицида	– 0,5	+2	+3
2.	Суицидальные попытки у родственников	– 0,5	+1	+2
3.	Развод или смерть одного из родителей	– 0,5	+1	+2
4.	Недостаток тепла в семье	– 0,5	+1	+2
5.	Полная или частичная безнадзорность	– 0,5	+0,5	+1
II. Актуальная конфликтная ситуация				
1.	Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	– 0,5	+0,5	+1
2.	Конфликт со сверстниками, отвержение группой	– 0,5	+0,5	+1
3.	Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	– 0,5	+0,5	+1

2.2.2. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва).

Цель – определение суицидальных наклонностей субъекта.

Инструкция. Перед вами некая фигура замысловатой формы. Ее сердцевина закрашена черным. Закончите рисунок, придайте фигуре завершенность. Для этого вам нужно закрасить все части фигуры таким образом, чтобы картина вам понравилась.



Интерпретация результатов

Если на вашем рисунке ОКАЗАЛОСЬ БОЛЬШЕ ЗАКРАШЕННЫХ, ЧЕМ ПУСТЫХ МЕСТ, то это говорит о том, что в данный момент жизни вы пребываете в мрачном настроении духа. Вас что-то гнетет, вы переживаете из-за каких-то событий или беспокоитесь о чем-то важном для вас, однако это состояние временное, и оно обязательно пройдет. Вы не склонны к суициду, вы любите жизнь и искренне не понимаете тех, кто готов с ней добровольно расстаться.

Если вы НИЧЕГО НЕ ЗАКРАСИЛИ В ЗАДАННОЙ ФИГУРЕ, только ОБВЕЛИ ЕЕ, то это говорит о вашей железной воле и крепких нервах. Вы никогда не позволите себе поддаться слабости и подумать о самоубийстве, вы считаете это преступлением по отношению к самому себе, близким людям и окружающему вас миру. Как бы ни была трудна жизнь, вы будете жить, вы готовы бороться со всеми жизненными невзгодами, преодолевать любые трудности и препятствия.

Если вы ЗАКРАСИЛИ НЕ БОЛЬШЕ ТРЕХ МАЛЕНЬКИХ ЧАСТЕЙ ФИГУРЫ, то это значит, что при определенных обстоятельствах вы могли бы задуматься о самоубийстве, и если бы все обернулось против вас, то, возможно, даже предприняли бы такую попытку. Но, на ваше счастье, вы оптимист по натуре и поэтому обстоятельства крайне редко кажутся вам совсем ужасными, вы всегда видите свет в конце тоннеля.

Если вы ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ЛЕВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ, то это говорит о вашей душевной ранимости и чрезмерной чувствительности, вы остро воспринимаете несправедливость жизни и страдаете от этого. Вы склонны к суициду, и иной раз единственное, что вас останавливает перед решительным шагом, – это ваша любовь к вашим близким людям. Вы не хотите причинять им боль и поэтому подавляете в себе суицидальные наклонности.

Если вы ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ПРАВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ, то это говорит о том, что вы зачастую используете свои суицидальные наклонности с выгодой для себя: вы шантажируете своих близких своим возможным самоубийством, заставляете их выполнять ваши требования. Вы несправедливы, с вами очень тяжело жить.

Если вы ПРОДОЛЖИЛИ ЗАКРАШИВАНИЕ ЗАДАННОЙ ЧАСТИ ФИГУРЫ, то это говорит о том, что подсознательно вы подумываете о смерти, ваше мортидо развито столь же сильно, как и либидо. Однако внешне ваши суицидальные наклонности не проявляются, они вырвутся наружу только при удобном случае.

2.2.3. Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой).

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

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

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно вы осторожны с людьми, которые относятся к вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.

18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на ваши решения и даже изменить их.
20. Когда вас обижают, вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто вы так переживаете, что это мешает вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда вам кажется, что вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. таблицу). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

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

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.

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

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

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная

субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

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

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

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

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

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

2.2.4. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А. Н. Волкова).

№	Проблема	Балл
1	Утрата обоих родителей	5
2	Утрата одного из родителей или развод в семье	4
3	Тяжелая психологическая атмосфера в семье	4
4	Изоляция в детском коллективе	4
5	Несправедливые методы воспитания, подавление	4
6	Тяжелые соматические болезни, инвалидность	3
7	Отсутствие опоры на любящего взрослого	3
8	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи	3
9	Акцентуации личности	3
10	Употребление алкоголя и наркотиков	2
11	Нарушение контроля, импульсивность	2
12	Низкая самооценка	1
13	Тяжело протекающий пубертат	1
14	Пассивность, робость, несамостоятельность	1

Интерпретация результатов:

Диагност отмечает в таблице факторы, присутствующие у респондента и подсчитывает общее количество баллов, сравнивая их со следующими нормами:

0–13 – низкие показатели суицидального риска,

14–26 – средние показатели суицидального риска,

27–39 – высокие показатели суицидального риска.

2.2.5. Выявление суицидального риска у детей (А. А. Кучер, В. П. Костюкевич).

Для раннего выявления признаков суицидального поведения особое значение имеют:

- учет перенесенных заболеваний или травмы мозга;
- влияние сложных отношений в семье на психику ребенка как дополнительного стресс-фактора;
- анализ причин повышения раздражительности, повышенной впечатлительности, появления робости, чувства собственной неполноценности, преувеличения своих недостатков, принижения успехов и достоинств.

В целях определения социально-психологического отношения к суицидальным действиям немаловажно тактично, не акцентируя особого внимания на вопросах, выяснить мнение ребенка по поводу высказываний о смысле жизни и смерти.

Перечень некоторых высказываний, положительное отношение к которым говорит об отсутствии в мировоззрении подростка активных антисуицидальных позиций:

- можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть;
- я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни;
- выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан;
- я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предают родные и близкие.

Исследования показали, что аутоагрессивные тенденции и факторы, формирующие суицидальные намерения, можно измерить с помощью теста, который прошел многократную проверку на практике.

Цель – исследование аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения.

Объект: учащиеся 5–11-х классов.

Форма проведения: индивидуальная и групповая.

Инструкция. Внимание ребенка сосредотачивается на тесте, цель которого вуалируется как определение интеллектуальных способностей. Ребенку зачитываются выражения, его задача соотнести их с соответствующими колонками заранее подготовленной таблицы в бланке ответа. На обдумывание внутреннего смысла выражения и определение темы его содержания отводится 5–7 секунд. Если ребенок не может отнести услышанное выражение к какой-либо теме, он его пропускает. Убедившись, что ребенок готов к работе, приступите к чтению высказываний.

Текст методики

1. Выкормил змейку на свою шейку.
2. Собрался жить, да взял и помер.
3. От судьбы не уйдешь.
4. Всякому мужу своя жена милее.
5. Загорелась душа до винного ковша.
6. Здесь бы умер, а там бы встал.
7. Беду не зовут, она сама приходит.
8. Коли у мужа с женою лад, то не нужен и клад.
9. Кто пьет, тот и горшки бьет.
10. Двум смертям не бывать, а одной не миновать.
11. Сидят вместе, а глядят врозь.
12. Утром был молодец, а вечером мертвец.
13. Вино уму не товарищ.
14. Доброю женою и муж честен.
15. Кого жизнь ласкает, тот и горя не знает.
16. Кто не родится, тот и не умрет.
17. Жена не лапоть, с ноги не сбросишь.
18. В мире жить – с миром быть.
19. Чай не водка, много не выпьешь.
20. В согласном стаде волк не страшен.
21. В тесноте, да не в обиде.
22. Гора с горою не сойдется, а человек с человеком столкнется.

23. Жизнь надокучила, а к смерти не привыкнуть.
24. Болячка мала, да болезнь велика.
25. Не жаль вина, а жаль ума.
26. Вволю наешься, да вволю не наживешься.
27. Жизнь прожить – что море переплыть: побарахтаешься, да и ко дну.
28. Всякий родится, да не всякий в люди годится.
29. Других не суди, на себя погляди.
30. Хорошо тому жить, кому не о чем судить.
31. Живет – не живет, а проживать – проживает.
32. Все вдруг пропало, как внешний лед.
33. Без копейки рубль щербатый.
34. Без осанки и конь корова.
35. Не место красит человека, а человек – место.
36. Болезнь человека не красит.
37. Влетел орлом, а прилетел голубем.
38. Хорошо тому щеголять, у кого денежки звенят.
39. В уборке и пень хорош.
40. Доход не живет без хлопот.
41. Нашла коса на камень.
42. Нелады да свары хуже пожара.
43. Заплати грош, да посади в рожь – вот будет хорош!
44. Кто солому покупает, а кто и сено продает.
45. Седина бобра не портит.
46. Бешеному дитяти ножа не давати.
47. Не годы старят, а жизнь.
48. В долгах как в шелках.
49. Бранись, а на мир слово оставляй.
50. Зеленый седому не указ.
51. А нам что черт, что батька.
52. Моя хата с краю, ничего не знаю.
53. Лежачего не бьют.
54. Что в лоб, что по лбу – все едино.
55. Все люди как люди, а ты шиш на блюде.
56. Ученье – свет, а неученье – тьма.
57. И медведь из запаса лапу сосет.
58. Жирен кот, коль мясо не жрет.
59. Выношенная шуба не греет.
60. Совесть спать не дает.
61. Вали с больной головы на здоровую.
62. Мал да глуп – за то и бьют.
63. Не в бороде честь – борода и у козла есть.
64. Одно золото не стареется.
65. Наш пострел везде поспел.
66. Муху бьют за назойливость.
67. Надоел горше горькой редки.
68. Живет на широкою ногу.
69. Легка ноша на чужом плече.
70. Не в свои сани не садись.
71. Чужая одежда – не надежда.
72. Высоко летаешь, да низко садишься.
73. Двум господам не служат.
74. Мягко стелет, да твердо спать.
75. За одного битого двух небитых дают.
76. За худые дела слетит и голова.

77. Говорить умеет, да не смеет.
78. Кто до денег охоч, тот не спит и всю ночь.
79. Кабы не дырка во рту, так бы в золоте ходил.
80. Красив в строю, силен в бою.
81. Гори все синим пламенем.
82. Бараны умеют жить: у них самая паршивая овца в каракуле ходит.
83. Если все время мыслить, то на что же существовать.
84. На птичьих правах высоко взлетишь.
85. Взялся за гуж, не говори, что не дюж.

Бланк ответов

	Поставьте «+» в графу с темой услышанного высказывания
Алкоголь, наркотики	
Несчастливая любовь	
Противоправные действия	
Деньги и проблемы с ними	
Добровольный уход из жизни	
Семейные неурядицы	
Потеря смысла жизни	
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	
Отношения с окружающими	

Обработка результатов

После заполнения бланка подсчитывается количество отметок в каждой колонке. Ответы интерпретируются на основе таблиц 1–6. О наличии суицидального риска свидетельствует результат, полученный в колонке «Добровольный уход из жизни». Результаты, полученные по остальным показателям, дают информацию о других факторах суицидального риска как о стрессогенных, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

Таблица 1 – мальчики 5–7-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	13–15	Более 15
Несчастливая любовь	10–12	Более 12
Противоправные действия	13–15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16–17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10–11	Более 11
Семейные неурядицы	12–14	Более 14
Потеря смысла жизни	12–13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12–14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11–13	Более 13
Отношения с окружающими	15–18	Более 18

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

Таблица 2 – девочки 5–7-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10–11	Более 11
Несчастливая любовь	9–11	Более 11
Противоправные действия	12–14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	15–17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10–11	Более 11
Семейные неурядицы	13–14	Более 14
Потеря смысла жизни	12–13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	13–14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	12–14	Более 14
Отношения с окружающими	15–18	Более 18

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

Таблица 3 – мальчики 8–9-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11–12	Более 12
Несчастливая любовь	11–13	Более 13
Противоправные действия	13–15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16–18	Более 18
Добровольный уход из жизни	10–12	Более 12
Семейные неурядицы	11–13	Более 13
Потеря смысла жизни	11–12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12–13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	10–12	Более 12
Отношения с окружающими	14–16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

Таблица 4 – девочки 8–9-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11–12	Более 12
Несчастливая любовь	11–12	Более 12
Противоправные действия	13–14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	16–17	Более 17
Добровольный уход из жизни	9–11	Более 11
Семейные неурядицы	11–12	Более 12

Потеря смысла жизни	11–13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11–13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11–12	Более 12
Отношения с окружающими	15–16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

Таблица 5 – мальчики 10–11-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10–11	Более 11
Несчастливая любовь	8–10	Более 10
Противоправные действия	13–15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18–20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7–8	Более 8
Семейные неурядицы	11–13	Более 13
Потеря смысла жизни	11–12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11–13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11–12	Более 12
Отношения с окружающими	19–23	Более 23

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

Таблица 6 – девочки 10–11-х классов

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	9	Более 9
Несчастливая любовь	8–10	Более 10
Противоправные действия	13–15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18–20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7–8	Более 8
Семейные неурядицы	12–13	Более 13
Потеря смысла жизни	11–13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12–13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11–13	Более 13
Отношения с окружающими	22–25	Более 25

* Правая граница числового интервала дается исключительно.

При анализе результата тестирования целесообразно помнить, что наличие суицидального риска определяет результат, полученный в колонке «Добровольный уход из жизни», а результаты остальных показателей дают информацию о факторе, который способствует формированию суицидальных намерений.

Если результат колонки «Добровольный уход из жизни» меньше представленных в интерпретационной таблице показателей, то это означает, что риск суицидального поведения не высок, но при этом можно судить о других факторах, представленных в остальных колонках, как о стрессогенных, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

2.2.6. Шкала суицидальных мыслей (Suicide Scale for Ideators, A. T. Beck).

- Оценивается состояние пациента, укладывающееся в промежуток времени приблизительно равно одной неделе до момента интервью.
- При необходимости пациенту перечисляются возможные варианты ответов.
- При неприменимости ни одного из вариантов ответа ставим «X».
- Возможно использование информации, полученной от родственников, врачей, медицинского персонала и из медицинской документации.

I. Характеристики отношения к жизни/смерти	
«Не могли бы Вы оценить силу своего желания жить?»	1. Желание жить 0. От умеренного до сильного 1. Слабое 2. Отсутствует
«Если Вас посещали мысли о смерти, не могли бы Вы оценить силу своего желания умереть?»	2. Желание умереть 0. Отсутствует 1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Если бы Вы взвесили имеющиеся у Вас основания для продолжения жизни и для ее прекращения, какие бы из них перевесили?»	3. Основания к жизни/смерти 0. Основания к жизни перевешивают основания к смерти 1. Приблизительно равны 2. Основания к смерти перевешивают основания к жизни
«Думали ли Вы о том, чтобы нанести себе вред или покончить с собой? Если да, оцените, пожалуйста, силу желания совершить этот поступок»	4. Желание совершить «активную» суицидальную попытку 0. Отсутствует 1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Может быть, Вам приходилось ранее находиться в ситуации, связанной с повышенным риском для Вашей жизни или здоровья (тяжелая болезнь, угрожающее поведение других людей, напряженное уличное движение и т. п.)? Если нет, не могли бы Вы представить себя в такой ситуации? Находясь в такой ситуации, как бы Вы себя повели?» Перечислить пациенту возможные варианты поведения	5. «Пассивная» суицидальная попытка 0. Предпринял бы предосторожности для спасения жизни 1. Предоставил бы меры решение о жизни/смерти на волю случая (например, неосмотрительно переходить улицу с интенсивным движением) 2. Попытался бы избежать действий, необходимых для спасения или поддержания жизни (например, диабетик прекращает инъекции инсулина)
II. Характеристики суицидальных мыслей/желаний	
«Вы говорили о том, что у Вас бывают периоды, когда Вас посещают мысли или фантазии (визуальные образы) о нанесении себе вреда или самоубийстве. Не могли бы Вы уточнить, какова примерная длительность каждого из этих периодов?»	6. Время: длительность суицидальных мыслей 0. Короткие, преходящие периоды (секунды – минуты) 1. Более длительные периоды (часы – дни) 2. Продолжительные (хронические) или почти хронические периоды (думает об этом почти постоянно)
Продолжаем предыдущий вопрос: «Какова примерная частота таких периодов?»	7. Время: частота суицидальных мыслей 0. Изредка, от случая к случаю (1–2 р./нед.) 1. Интермиттирующие (3–4 р./нед.) 2. Постоянные или продолжительные (большинство дней в неделю)

«Каково Ваше отношение к мыслям (фантазиям) о нанесении себе вреда или самоубийстве?»	8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям 0. Отвержение мыслей 1. Безразличное, двойственное 2. Принятие мыслей
«Считаете ли Вы, что Вы сохраняете способность контролировать свои побуждения нанести себе вред?»	9. Контроль над суицидальными и импульсивными действиями/желаниями 0. Имеет ощущение контроля 1. Не уверен в способности контролировать себя 2. Нет ощущения контроля
«Существуют ли люди, обязательства, другие вещи и обстоятельства, которые удерживают Вас от самоубийства или нанесения себе вреда?»	10. Факторы, удерживающие от активной попытки (пример: семья, религия, возможность серьезного повреждения при «неудачной» попытке; необратимость последствий) 0. Не предпринял бы суицидальную попытку вследствие наличия удерживающих факторов 1. Некоторые сомнения относительно удерживающих факторов 2. Минимальные или отсутствующие указания на удерживающие факторы Отметить удерживающие факторы, если они есть
«Как Вы думаете, каковы приблизительные причины возможного самоповреждения или самоубийства?»	11. Причины планируемой попытки 0. Влияние на кого-то из близких, привлечение внимания, месть 1. Комбинация «0» и «2» 2. Уход, отказ от жизни, решение проблем
III. Характеристики планируемой попытки	
«Если у Вас были мысли о самоубийстве или самоповреждении, может быть, Вы обдумывали и способ этого поступка?»	12. Способ: особенности/планирование 0. Не обдумывал 1. Обдумывал, но не прорабатывал детально 2. Детально обдумывал, план хорошо сформулирован
Если доступность средств самоповреждения не очевидна из обстоятельств жизни пациента и беседы с ним, возможен вопрос: «Как Вы собираетесь осуществить планируемый поступок?»	13. Способ: доступность/возможность применения 0. Способ не доступен; возможность применения отсутствует 1. Способ занял бы время/усилия; возможность применения сомнительна 2а. Способ доступен, возможность применения реальна 2б. Предполагается доступность способа и возможность применения в будущем
«Ощущаете ли Вы себя действительно способным нанести себе вред или покончить с собой?»	14. Ощущение «способности» совершить попытку 0. Не хватает «мужества», слишком «слаб», «труслив», «некомпетентен» 1. Нет полной уверенности в «мужестве» и компетенции 2. Уверен в своей компетенции, способности
«Как Вы думаете, Вы все-таки осуществите этот поступок (самоубийство или самоповреждение)?»	15. Ожидание/предвидение актуальной попытки 0. Не ожидает 1. Сомневается, не уверен 2. Ожидает
IV. Актуализация предполагаемой попытки	
«Предприняли ли Вы конкретные действия по подготовке к самоубийству или самоповреждению?»	16. Реальная подготовка 0. Никакой подготовки 1. Частичная подготовка (пример: начал собирать таблетки) 2. Полная подготовка (пример: подготовил таблетки; лезвие; заряженное оружие)
«Думали ли Вы написать прощальную записку? Кому она адресована (или могла бы быть адресована)?»	17. Суицидальная записка 0. Не писал 1. Начал, но не закончил; только думал об этом 2. Написал

«Предприняли ли Вы какие-то шаги в предвидении возможной смерти, например, написали завещание, раздали долги, подарки, попрощались с кем-либо?»	18. Последние действия в предвидении смерти (пример: страховка, завещание, подарки) 0. Не делал 1. Думал об этом или сделал некоторые приготовления 2. Имеет четкие, определенные планы или завершённые приготовления
Интервьюер оценивает степень открытости пациента, анализируя его ответы и объективные данные о состоянии пациента и его анамнез	19. Обман/сокрытие планируемой попытки (имеется в виду раскрытие суицидальных мыслей клиницисту, проводящему интервью) 0. Открыто высказывает суицидальные мысли 1. После того, как высказал суицидальные мысли, забирает свои слова обратно 2. Пытается скрывать, лгать, диссимулировать
V. «Фоновые» факторы	
	Пункты 20 и 21 не включаются в общее количество баллов
«Предпринимали ли Вы ранее попытки самоубийства или самоповреждения? Сколько раз это было?»	20. Предыдущие суицидальные попытки 0. Не было 1. Одна 2. Более одной
Интервьюер составляет приблизительное представление о тяжести последнего парасуицида, анализируя его обстоятельства по шкале SIS	21. Стремление к смерти в последней попытке (если «неприменимо», введите «X») 0. Низкое 1. Умеренное, амбивалентное 2. Высокое

2.2.7. Методика диагностики суицидального поведения (С. А. Беличева с соавторами).

Методика является модифицированным вариантом опросника Г. Айзенка и методики Д. Сакса, С. Леви «Незаконченные предложения».

Суицидальное поведение является следствием психологической дезадаптации личности, наступающей в условиях переживаемого микросоциального конфликта при наличии трех факторов: социокультурных особенностей воспитания, неблагоприятного социального окружения, совокупности индивидуальных особенностей личности (личностная тревожность, фрустрация, негативное восприятие окружающего, отсутствие осознанного стремления к жизни).

Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессивности.

Инструкция. Перед Вами 40 утверждений. Они касаются некоторых сторон Вашей жизни, Вашего характера. Прочтите их и решите, подходят ли они по отношению к Вам. Если утверждение Вам подходит, то обведите цифру «2», если не совсем подходит – цифру «1», если не подходит – «0».

Регистрационный бланк

№	Утверждение	Подходит	Не совсем подходит	Не подходит
1	Часто я не уверен в своих силах	2	1	0
2	Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было найти выход	2	1	0
3	Я часто оставляю за собой последнее слово	2	1	0
4	Мне трудно менять свои привычки	2	1	0
5	Я часто из-за пустяков краснею	2	1	0
6	Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом	2	1	0
7	Нередко в разговоре я перебиваю собеседника	2	1	0
8	Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2	1	0
9	Я часто просыпаюсь ночью	2	1	0
10	При крупных неприятностях я обычно виню только себя	2	1	0
11	Меня легко рассердить	2	1	0

12	Я очень осторожен по отношению к переменам в моей жизни	2	1	0
13	Я легко впадаю в уныние	2	1	0
14	Несчастья и неудачи ничему меня не учат	2	1	0
15	Мне приходится часто делать замечания другим	2	1	0
16	В споре меня трудно переубедить	2	1	0
17	Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2	1	0
18	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2	1	0
19	Я хочу быть авторитетом для окружающих	2	1	0
20	Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться	2	1	0
21	Меня пугают трудности, с которыми мне предстоит встретиться в жизни	2	1	0
22	Нередко я чувствую себя незащищенным	2	1	0
23	В любом деле я не довольствуюсь малым, а хочу добиться максимального успеха	2	1	0
24	Я легко сближаюсь с людьми	2	1	0
25	Я часто копаюсь в своих недостатках	2	1	0
26	Иногда у меня бывают состояния отчаяния	2	1	0
27	Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь	2	1	0
28	Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется	2	1	0
29	Меня легко убедить	2	1	0
30	Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности	2	1	0
31	Предпочитаю руководить, а не подчиняться	2	1	0
32	Нередко я проявляю упрямство	2	1	0
33	В трудные минуты я иногда веду себя по-детски	2	1	0
34	Иногда мелочи нестерпимо действуют на нервы, хотя я и понимаю, что это пустяки	2	1	0
35	У меня резкая, грубоватая жестикуляция	2	1	0
36	Я неохотно иду на риск	2	1	0
37	Я с трудом переношу время ожидания	2	1	0
38	Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки	2	1	0
39	Я мстителен	2	1	0
40	Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов	2	1	0

Ключ

1. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

2. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

3. Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

4. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов, совпадающих с ключом. Ответы по каждой шкале суммируются. За каждый совпавший с ключом ответ «подходит» начисляется 2 балла, за ответ «не совсем подходит» – 1 балл. Ответы «не подходит» не учитываются.

Интерпретация. Средний балл по каждой шкале – 10. Превышение его свидетельствует о преобладании исследуемого качества в структуре личности.

2.3. Методы диагностики самоповреждающего поведения

2.3.1. Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Н. А. Польская, А. С. Кабанова).

Анкета предназначена для качественной оценки проблем, связанных с самоповреждениями, их связи с модификациями тела, социальными девиациями и личностными особенностями.

1. Что, по Вашему мнению, лежит в основе искусственного изменения тела (пирсинг, татуаж, шрамирование и прочее)?

- а) индивидуальные представления о красоте
- б) мода
- в) вызов обществу
- г) психологические проблемы (недовольство собственной внешностью, стресс, кризис)

2. Как Вы относитесь к экстремальному пирсингу и другим модификациям тела (шрамирование, вживление металлических имплантатов под кожу, подвешивание на крюках)?

- а) крайне отрицательно
- б) равнодушно
- в) с интересом, не более
- г) одобчительно

3. Считаете ли Вы, что модификации тела помогают снять стресс?

- а) да
- б) нет
- в) не знаю

4. Вызывают ли у вас интерес телевизионные передачи, фильмы, газетные и журнальные публикации, посвященные проблемам модификации тела?

- а) да
- б) нет
- в) не знаю

5. Большинство Ваших знакомых имеют пирсинг, тату и прочие искусственные изменения тела?

- а) да
- б) нет
- в) не замечала

6. Люди, резко выделяющиеся из толпы своим экстравагантным видом, вызывают у Вас:

- а) симпатию
- б) любопытство
- в) раздражение

7. У Вас есть:

- а) пирсинг – видимые зоны тела
- б) пирсинг – интимные зоны тела
- в) постоянная татуировка – видимые зоны тела
- г) постоянная татуировка – интимные зоны тела
- д) декоративные шрамы
- е) другие модификации тела (указать какие) _____

8. Вы пробовали самостоятельно модифицировать свое тело (сделать себе прокол, нанести тату, шрам и др.)?

- а) да, один раз
- б) да, больше одного раза
- в) никогда

9. Повседневные трудности и заботы вызывают у Вас раздражение?

- а) да
- б) нет

10. Случалось ли, что Ваши поступки причиняли боль и страдания близким людям?

- а) да б) нет

11. Бывает ли у Вас непреодолимое желание нанести себе повреждения?

- а) когда очень нервничаю
б) когда злюсь
в) нет

12. Под влиянием сильных эмоций Вы можете себя ударить, укусить, сделать порезы, причинить иной вред?

- а) да б) нет

13. Бывает ли так, что при волнении Вы кусаете губы, заламываете руки, грызете ногти и др.?

- а) да б) нет

14. Говорили ли Вам, что Вы слишком нервничаете из-за мелочей?

- а) да б) нет

15. В Вашей жизни были случаи самоповреждения своего тела (нанесение порезов, прижигание, сковыривание болячек и др.)?

- а) да б) нет

16. Вы увлекаетесь экстремальными видами спорта?

- а) да б) нет

17. Можно ли некоторые Ваши поступки объяснить желанием острых ощущений?

- а) да б) нет

18. Можете ли Вы себя назвать человеком, склонным к рискованным поступкам?

- а) да б) нет

19. Были ли в Вашей жизни ситуации, когда Вы собирались «свести счеты с жизнью»?

- а) да б) нет

20. Вы курите?

- а) да б) нет

21. Иногда Вы употребляете алкогольные напитки?

- а) да б) нет

22. Пробовали ли Вы наркотические вещества?

- а) да б) нет

2.3.2. Шкала причин самоповреждающего поведения (Н. А. Польская).

Инструкция

1. Эта шкала направлена на изучение действий самоповреждающего характера (например, самопорезы, самоожоги и т. п.). Ниже указаны различные действия самоповреждающего характера. Отметьте, пожалуйста, какие из них свойственны Вам.

Действия, связанные с самоповреждением	1 никогда	2 один раз	3 иногда	4 часто
1. Порезы режущими предметами				
2. Уколы или проколы кожи острыми предметами				
3. Самоожоги				
4. Удары кулаком по своему телу				
5. Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям				
6. Выдергивание волос				
7. Расчесывание кожи				
8. Обкусывание ногтей				
9. Сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали				
10. Обкусывание губ				
11. Прикусывание щек или языка				
12. Другое				

2. Если хотя бы в одном пункте Вы выбрали «2», «3» или «4», пожалуйста, укажите время, когда это было последний раз: несколько дней назад, неделю назад, месяц, назад, полгода, год назад, более года назад.

3. Если хотя бы в одном пункте Вы выбрали «2», «3» или «4», пожалуйста, отметьте в указанном ниже списке, степень Вашего согласия или несогласия с причинами, которые могут объяснить, почему Вы совершали самоповреждения. Для ответов используйте шкалу от 1 до 5:

- 1 – совершенно не согласен,
- 2 – не согласен,
- 3 – затрудняюсь ответить,
- 4 – согласен,
- 5 – совершенно согласен.

Причина самоповреждения	Ответ	Причина самоповреждения	Ответ
1 чтобы взять себя в руки		14 чтобы другие поняли, что мне плохо	
2 чтобы избавиться от плохих мыслей		15 чтобы стать лучше	
3 чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку		16 чтобы произвести на других впечатление	
4 хотел запомнить, как может быть плохо		17 чтобы попробовать что-то необычное	
5 чтобы успокоиться		18 чтобы навсегда запомнить важное событие	
6 чтобы освободиться от всего плохого внутри		19 чтобы получить удовольствие	
7 чувствовал потребность в адреналине		20 чтобы не чувствовать душевной боли	
8 чтобы все от меня отстали		21 чтобы показать другим, что я способен на все	
9 чтобы справиться со своими эмоциями		22 чувствовал себя полностью уничтоженным	
10 злился на других		23 чтобы меня уважали другие	
11 чтобы почувствовать облегчение		24 хотел понять самого себя	
12 чтобы почувствовать хоть что-нибудь		25 чтобы избавиться от тревоги, страха	
13 просто за компанию		26 считал, что это красиво	

Описание шкалы

Данная шкала является исследовательской шкалой самоотчета и может быть использована в научных целях, как при проведении клинического интервью, так и в скрининговых исследованиях.

Шкала состоит из трех блоков.

В первом блоке (1) представлен перечень актов самоповреждения, включающий в себя 12 пунктов. В каждом пункте необходимо выбрать один, наиболее подходящий ответ от «никогда» до «часто»; на этапе обработки данных ответы кодируются следующим образом:

1 – никогда, 2 – лишь однажды, 3 – иногда, 4 – часто.

Во втором блоке (2) предлагается указать время последнего самоповреждения: от нескольких дней до более года назад. Эти ответы также унифицируются:

более года назад – 1 балл, год назад – 2 балла, примерно полгода назад – 3 балла, в течение последнего месяца назад – 4 балла, в течение последней недели – 5 баллов.

В третьем блоке (3) представлен перечень возможных причин, побуждающих к действиям самоповреждающего характера (26 пунктов).

Напротив каждой причины следует указать степень своего согласия от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен», которые кодируются следующим образом:

1 – совершенно не согласен, 2 – не согласен, 3 – затрудняюсь ответить, 4 – согласен, 5 – совершенно согласен.

Анализ результатов производится на основе двух критериев.

1. Способ осуществления самоповреждения

Инструментальные самоповреждения:

- порезы режущими предметами уколы или проколы кожи острыми предметами,
- уколы или проколы кожи острыми предметами,
- самоожоги,

– удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям.

Сложить баллы по всем пунктам и полученную сумму разделить на число пунктов.

Соматические самоповреждения:

- удары по собственному телу,
- выдергивание волос,
- расчесывание кожи,
- обкусывание ногтей,
- сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали,
- обкусывание губ,
- прикусывание щек или языка.

Сложить баллы по всем пунктам и полученную сумму разделить на число пунктов.

2. Стратегии самоповреждающего поведения

Фактор 1. Стратегия «Восстановление контроля над эмоциями»: 1; 2; 25 (всего 3 пункта).

Фактор 2. Стратегия «Воздействие на других»: 7; 8; 3; 4; 14; 16; 21; 22; 23 (всего 9 пунктов).

Фактор 3. Стратегия «Избавление от напряжения»: 5; 6; 9; 10; 11; 12; 20 (всего 7 пунктов).

Фактор 4. Стратегия «Изменение себя, поиск нового опыта»: 13; 15; 17; 18; 19; 24; 26 (всего 7 пунктов).

По каждому фактору баллы суммируются и делятся на число пунктов в каждом факторе.

Стратегии «Восстановление контроля над эмоциями» и «Избавление от напряжения» могут быть суммированы в стратегию «Самоконтроль»: акты самоповреждения осуществляются с целью восстановления самоконтроля.

Стратегии «Воздействие на других» и «Изменение себя, поиск нового опыта» могут суммироваться в стратегию «Межличностный контроль»: самоповреждения осуществляются с целью осуществления межличностного контроля, т. е. оказания влияния на других.

2.3.3. Методика диагностики склонности к отклоняющему поведению (СОП) (А. Н. Орел).

Назначение теста

Предлагаемая методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) является стандартизированным тестом-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения.

Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых.

Шкалы опросника делятся на содержательные и служебную. Содержательная шкала направлена на измерение психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, то есть социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями. Служебная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого давать о себе социально одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально желательные ответы.

Инструкция. Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам.

- Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «да» поставьте крестик или галочку.

- Если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «нет».

- Если вы затрудняетесь ответить, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению.

Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Очень долго не обдумывайте ответов, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте опросника.

Тестовый материал

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает маменькиным сыночком и ничего не может добиться в жизни.
6. Я бы взялся за опасную для жизни работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.
9. Если бы мне пришлось стать военным, то я хотел бы быть летчиком-истребителем.
10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.
11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества, это вполне нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.
16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.
17. Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.
19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.

23. Я иногда не слушаюсь родителей.
24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.
25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.
26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда покупаю билеты в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бы бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в кинофильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Когда люди стремятся к новым необычным ощущениям и переживаниям, это нормально.
47. Иногда я скучаю на уроках.
48. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
49. Если человек раздражает меня, то готов высказать ему все, что я о нем думаю.
50. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
51. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
52. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.
53. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
54. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.
55. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.
56. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
57. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
58. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.
59. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
60. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
61. Меня раздражает, когда девушки курят.
62. Мне нравится состояние, которое наступает, когда в меру и в хорошей компании выпьешь.
63. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.
64. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
65. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.
66. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
67. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.

68. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.
69. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
70. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.
71. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
72. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
73. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.
74. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
75. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.
76. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.
77. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям – это нормально.
78. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
79. Бывало, что я опаздывал на уроки.
80. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
81. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
82. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
83. Иногда случалось, что я не выполнял домашнее задание.
84. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
85. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
86. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
87. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
88. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
89. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.
90. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
91. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
92. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
93. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
94. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
95. Я считаю, что люди должны полностью отказаться от употребления спиртных напитков.
96. Я бы мог на спор влезть на высокую фабричную трубу.
97. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
98. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

Ключи для подсчета первичных «сырых» баллов

1. Шкала установки на социально-желательные ответы:
2 (нет), 4 (нет), 6 (нет), 13 (да), 21 (нет), 23 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 47 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет).
2. Шкала склонности к преодолению норм и правил:
1 (нет), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (нет), 59 (да), 61 (нет), 80 (да), 86 (нет), 88 (да), 91 (да), 93 (нет).
3. Шкала склонности к аддиктивному поведению:
14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 46 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет).
4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазгружающему поведению:
3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 16 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 37 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 76 (нет), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 98 (да).

5. Шкала склонности к агрессии и насилию:

3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 17 (да), 25 (да), 37 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 70 (да), 71 (да), 72 (да), 75 (нет), 77 (да), 82 (нет), 89 (да), 94 (да), 97 (да).

6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций:

7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да).

7. Шкала склонности к деликвентному поведению:

18 (да), 26 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 42 (да), 43 (да), 44 (да), 48 (да), 52 (да), 55 (нет), 61 (нет), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 86 (нет), 91 (да), 94 (да).

Обработка результатов теста

Первый вариант

Внимание! Со вторым вариантом обработки результатов существуют некоторые неточности, поэтому рекомендуем использовать именно этот вариант.

Каждому ответу в соответствии с ключом присваивается 1 балл. Далее по каждой шкале подсчитывается суммарный балл, который сравнивается с тестовыми нормами. При отклонении индивидуальных результатов исследуемого от среднего суммарного бала по шкале больше чем на *1S*, измеряемую психологическую характеристику можно считать *выраженной*. Если индивидуальный суммарный балл исследуемого меньше среднего на *1S*, то измеряемое свойство оценивается как *мало выраженное*. Кроме того, если известна принадлежность исследуемого к «делинквентной» популяции, то его индивидуальные результаты целесообразно сравнивать с тестовыми нормами, которые рассчитаны для «делинквентной» подвыборки.

Тестовые нормы методики СОП

Шкалы	«Нормальная» выборка		«Делинквентная» выборка	
	М	S	М	S
1	2,27	2,06	2,49	2,13
2	7,73	2,88	10,27	2,42
3	9,23	4,59	15,97	3,04
4	10,36	3,41	10,98	2,76
5	12,47	4,23	14,64	3,94
6	8,04	3,29	9,37	3,01
7	7,17	4,05	14,38	3,22

Второй вариант

Каждому ответу при соответствии с ключом присваивается один балл. Затем по каждой шкале подсчитывается первичный суммарный балл, который затем при необходимости подвергается коррекции в связи с действием фактора специальной желательности в соответствии с процедурой, описанной выше. Затем производится перевод «сырых» баллов в стандартные Т-баллы. В том случае, если у пользователя имеются набранные им специализированные тестовые нормы, то перевод в стандартные Т-баллы производится по формуле:

$$T=10 * (X_i - M) / (S + 50), \text{ где}$$

X_i – первичный («сырой») балл по шкале;

M – среднее значение первичного суммарного балла по шкале в выборке стандартизации;

S – стандартное отклонение значений первичных баллов в выборке стандартизации.

Варианты коэффициентов коррекции в зависимости от значений «сырого» балла по шкале № 1.

Мужской вариант методики

В случае если первичный балл по шкале № 1 *меньше или равен 6 баллам* для «обычных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,3,
- для шкалы № 3 = 0,3,
- для шкалы № 4 = 0,2,

- для шкалы № 5 = 0,2,
- для шкалы № 6 = 0,3,
- для шкалы № 7 = 0,2.

В случае если первичный балл по шкале № 1 *меньше или равен 6 баллам* для «*деликвентных*» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,3,
- для шкалы № 3 = 0,5,
- для шкалы № 4 = 0,3,
- для шкалы № 5 = 0,2,
- для шкалы № 6 = 0,3,
- для шкалы № 7 = 0,5.

В случае если первичный балл по шкале № 1 *больше 6 баллов* как для «*обычных*», так и для «*деликвентных*» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,7,
- для шкалы № 3 = 0,6,
- для шкалы № 4 = 0,4,
- для шкалы № 5 = 0,5,
- для шкалы № 6 = 0,3,
- для шкалы № 7 = 0,5.

Женский вариант методики

В случае если испытуемые относятся к подвыборке «*обычных*» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,4,
- для шкалы № 3 = 0,4,
- для шкалы № 4 = 0,2,
- для шкалы № 5 = 0,3,
- для шкалы № 6 = 0,5,
- для шкалы № 7 = 0,4.

В случае если испытуемые заведомо относятся к подвыборке «*деликвентных*» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,4,
- для шкалы № 3 = 0,4,
- для шкалы № 4 = 0,3,
- для шкалы № 5 = 0,4,
- для шкалы № 6 = 0,5,
- для шкалы № 7 = 0,5.

Описание шкал и их интерпретация

1. Шкала установки на социальную желательность (служебная шкала)

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности.

Показатели *от 50 до 60 T-баллов* свидетельствует об умеренной тенденции давать при заполнении опросника социально-желательные ответы. Показатели *свыше 60 баллов* свидетельствуют о тенденции испытуемого демонстрировать строгое соблюдение даже малозначительных социальных норм, умышленном стремлении показать себя в лучшем свете, о настороженности по отношению к ситуации обследования.

Результаты, находящиеся в диапазоне *70–89 T-баллов* говорят о высокой настороженности испытуемого по отношению к психодиагностической ситуации и о сомнительной достоверности результатов по основным шкалам. О восприятии ситуации как экспертной одновременно с умеренно высокими показателями по шкале № 1 также свидетельствует их резкое понижение по основным диагностическим шкалам и повышение по шкале женской социальной роли.

Для мужской популяции превышение суммарного первичного балла по шкале социальной желательности значения 11 первичных баллов свидетельствуют о недостоверности результатов по основным шкалам.

Показатели *ниже 50 T-баллов* говорят о том, что испытуемый не склонен скрывать собственные нормы и ценности, корректировать свои ответы в направлении социальной желательности.

Отмечено также, что младшие подростки (14 лет и младше) не способны длительное время следовать установке на социально желательные ответы.

Одновременно высокие показатели по служебной шкале и по основным шкалам (кроме шкалы № 8) свидетельствуют либо о сомнительной достоверности результатов, либо о диссоциации в сознании испытуемого известных ему и реальных норм поведения.

2. Шкала склонности к преодолению норм и правил

Данная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого к преодолению каких-либо норм и правил, склонности к отрицанию общепринятых норм и ценностей, образцов поведения.

Результаты, лежащие в диапазоне *50–60 T-баллов*, свидетельствуют о выраженности вышеуказанных тенденций, о неконформистских установках испытуемого, о его склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым, о тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть.

Показатели, находящиеся в диапазоне *60–70 T-баллов*, свидетельствуют о чрезвычайной выраженности неконформистских тенденций, проявлении негативизма и заставляют сомневаться в достоверности результатов тестирования по данной шкале.

Результаты *ниже 50 T-баллов* по данной шкале свидетельствуют о конформных установках испытуемого, склонности следовать стереотипам и общепринятым нормам поведения. В некоторых случаях при условии сочетания с достаточно высоким интеллектуальным уровнем испытуемого и тенденции скрывать свои реальные нормы и ценности такие оценки могут отражать фальсификацию результатов.

3. Шкала склонности к аддиктивному поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Результаты в диапазоне *50–70 T-баллов* по данной шкале свидетельствуют о предрасположенности испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Кроме того, эти результаты свидетельствуют об ориентации на чувственную сторону жизни, о наличии «сенсорной жажды», о гедонистически ориентированных нормах и ценностях.

Показатели *свыше 70 T-баллов* свидетельствует о сомнительности результатов либо о наличии выраженной психологической потребности в аддиктивных состояниях, что необходимо выяснять, используя дополнительные психодиагностические средства.

Показатели *ниже 50 T-баллов* свидетельствуют либо о невыраженности вышеперечисленных тенденций, либо о хорошем социальном контроле поведенческих реакций.

4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения. Объект измерения частично пересекается с психологическими свойствами, измеряемыми шкалой № 3.

Результаты, находящиеся в диапазоне *50–70 T-баллов* по шкале № 4 свидетельствуют о низкой ценности собственной жизни, склонности к риску, выраженной потребности в острых ощущениях, о садомазохистских тенденциях.

Результаты *свыше 70 T-баллов* свидетельствуют о сомнительной достоверности результатов.

Показатели *ниже 50 T-баллов* по данной шкале свидетельствуют об отсутствии готовности к реализации саморазрушающего поведения, об отсутствии тенденции к соматизации тревоги, отсутствии склонности к реализации комплексов вины в поведенческих реакциях.

5. Шкала склонности к агрессии и насилию

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого к реализации агрессивных тенденций в поведении.

Показатели, лежащие в диапазоне *50–60 Т-баллов*, свидетельствуют о наличии агрессивных тенденций у испытуемого. Показатели, находящиеся в диапазоне *60–70 Т-баллов*, свидетельствуют об агрессивной направленности личности во взаимоотношениях с другими людьми, о склонности решать проблемы посредством насилия, о тенденции использовать унижение партнера по общению как средство стабилизации самооценки, о наличии садистических тенденций.

Показатели *выше 70 Т-баллов* говорят о сомнительной достоверности результатов.

Показатели, лежащие *ниже 50 Т-баллов*, свидетельствуют о невыраженности агрессивных тенденций, о неприемлемости насилия как средства решения проблем, о нетипичности агрессии как способа выхода из фрустрирующей ситуации. Низкие показатели по данной шкале в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности свидетельствуют о высоком уровне социального контроля поведенческих реакций.

6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций

Данная шкала предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций (*Внимание!* Эта шкала имеет обратный характер).

Показатели, лежащие в пределах *60–70 Т-баллов*, свидетельствует о слабости волевого контроля эмоциональной сферы, о нежелании или неспособности контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Кроме того, это свидетельствует о склонности реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении, без задержки, о несформированности волевого контроля своих потребностей и чувственных влечений.

Показатели *ниже 50 Т-баллов* по данной шкале свидетельствуют о невыраженности этих тенденций, о жестком самоконтроле любых поведенческих эмоциональных реакций, чувственных влечений.

7. Шкала склонности к делинквентному поведению

Название шкалы носит условный характер, так как шкала сформирована из утверждений, дифференцирующих «обычных» подростков и лиц с зафиксированными правонарушениями, вступавших в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами.

На наш взгляд, данная шкала измеряет готовность (предрасположенность) подростков к реализации делинквентного поведения. Выражаясь метафорически, шкалы выявляет «делинквентный потенциал», который лишь при определенных обстоятельствах может реализоваться в жизни подростка.

Результаты, находящиеся в диапазоне *50–60 Т-баллов*, свидетельствуют о наличии делинквентных тенденций у испытуемого и о низком уровне социального контроля.

Результаты *выше 60 Т-баллов* свидетельствуют о высокой готовности к реализации делинквентного поведения.

Результаты *ниже 50 Т-баллов* говорят о невыраженности указанных тенденций, что в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности может свидетельствовать о высоком уровне социального контроля.

Необходимо также учитывать, что содержание и структура делинквентного поведения у юношей и девушек существенно отличаются и соответственно различаются пункты, входящие в шкалу делинквентности для женского и мужского видов методики.

2.3.4. Тест агрессивности. Опросник (Л. Г. Почебут).

В этнопсихологических исследованиях особое место занимает проблема изучения агрессивного поведения. Определение уровня агрессивности может помочь в профилактике межэтнических конфликтов и стабилизации социальной и экономической ситуации в стране. Агрессивное поведение – это специфическая форма действий человека, характеризующаяся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому либо группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб.

Агрессивное поведение целесообразно рассматривать как противоположное поведению адаптивному. Адаптивное поведение предполагает взаимодействие человека с другими людьми, согласование интересов, требований и ожиданий его участников.

Инструкция. Предполагаемый опросник выявляет ваш обычный стиль поведения в стрессовых ситуациях и особенности приспособления в социальной среде. Вам необходимо однозначно («да» или «нет») оценить 40 приведенных ниже утверждений.

Опросник

1. Во время спора я часто повышаю голос.
2. Если меня кто-то раздражает, я могу сказать ему все, что о нем думаю.
3. Если мне необходимо будет прибегнуть к физической силе для защиты своих прав, я, не раздумывая, сделаю это.
4. Когда я встречаю неприятного мне человека, я могу позволить себе незаметно ущипнуть или толкнуть его.
5. Увлечшись спором с другим человеком, я могу стукнуть кулаком по столу, чтобы привлечь к себе внимание или доказать свою правоту.
6. Я постоянно чувствую, что другие не уважают мои права.
7. Вспоминая прошлое, порой мне бывает обидно за себя.
8. Хотя я и не подаю вида, иногда меня гложет зависть.
9. Если я не одобряю поведение своих знакомых, то я прямо говорю им об этом.
10. В сильном гневе я употребляю крепкие выражения, сквернословлю.
11. Если кто-нибудь поднимет на меня руку, я постараюсь ударить его первым.
12. Я бываю настолько взбешен, что швыряю разные предметы.
13. У меня часто возникает потребность переставить в квартире мебель или полностью сменить ее.
14. В общении с людьми я часто чувствую себя «пороховой бочкой», которая постоянно готова взорваться.
15. Порой у меня появляется желание зло пошутить над другим человеком.
16. Когда я сердит, то обычно мрачнею.
17. В разговоре с человеком я стараюсь его внимательно выслушать, не перебивая.
18. В молодости у меня часто «чесались кулаки» и я всегда был готов пустить их в ход.
19. Если я знаю, что человек намеренно меня толкнул, то дело может дойти до драки.
20. Творческий беспорядок на моем рабочем столе позволяет мне эффективно работать.
21. Я помню, что бывал настолько сердитым, что хватал все, что попадало под руку, и ломал.
22. Иногда люди раздражают меня только одним своим присутствием.
23. Я часто удивляюсь, какие скрытые причины заставляют другого человека делать мне что-нибудь хорошее.
24. Если мне нанесут обиду, у меня пропадет желание разговаривать с кем бы то ни было.
25. Иногда я намеренно говорю гадости о человеке, которого не люблю.
26. Когда я взбешен, я кричу самое злобное ругательство.
27. В детстве я избегал драк.
28. Я знаю, по какой причине и когда можно кого-нибудь ударить.
29. Когда я взбешен, то могу хлопнуть дверью.
30. Мне кажется, что окружающие люди меня не любят.
31. Я постоянно делюсь с другими своими чувствами и переживаниями.
32. Очень часто своими словами и действиями я сам себе приношу вред.
33. Когда люди орут на меня, я отвечаю тем же.
34. Если кто-нибудь ударит меня первым, я в ответ ударю его.
35. Меня раздражает, когда предметы лежат не на своем месте.
36. Если мне не удастся починить сломавшийся или порвавшийся предмет, то я в гневе ломаю или рву его окончательно.
37. Другие люди мне всегда кажутся преуспевающими.

38. Когда я думаю об очень неприятном мне человеке, я могу прийти в возбуждение от желания причинить ему зло.

39. Иногда мне кажется, что судьба сыграла со мной злую шутку.

40. Если кто-нибудь обращается со мной не так, как следует, я очень расстраиваюсь по этому поводу.

Обработка результатов и интерпретация

Агрессивное поведение по форме проявления подразделяется на пять шкал.

Вербальная агрессия (ВА) – человек вербально выражает свое агрессивное отношение к другому человеку, использует словесные оскорбления.

Физическая агрессия (ФА) – человек выражает свою агрессию по отношению к другому человеку с применением физической силы.

Предметная агрессия (ПА) – человек срывает свою агрессию на окружающих его предметах.

Эмоциональная агрессия (ЭА) – у человека возникает эмоциональное отчуждение при общении с другим человеком, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к нему.

Самоагрессия (СА) – человек не находится в мире и согласии с собой; у него отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты; он оказывается беззащитным в агрессивной среде.

Ключ для обработки теста

Тип агрессии	Номер утверждения	
	Да	Нет
ВА	1, 2, 9, 10, 25, 26, 33	17
ФА	3, 4, 11, 18, 19, 28, 34	27
ПА	5, 12, 13, 21, 29, 35, 36	20
ЭА	6, 14, 15, 22, 30, 37, 38	23
СА	7, 8, 16, 24, 32, 39, 40	31

Вначале суммируются баллы по каждой из пяти шкал.

Если сумма баллов *выше 5*, это означает высокую степень агрессивности и низкую степень адаптивности по шкале.

Сумма баллов *от 3 до 4* соответствует средней степени агрессии и адаптированности.

Сумма баллов *от 0 до 2* означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированности по данному типу поведения.

Затем суммируются баллы по всем шкалам.

Если сумма *превышает 25 баллов*, это означает высокую степень агрессивности человека, его низкие адаптационные возможности.

Сумма баллов *от 11 до 24* соответствует среднему уровню агрессивности и адаптированности.

Сумма баллов *от 0 до 10* означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированного поведения.

В результате проведенных исследований валидность теста проверена на 483 испытуемых. Внутришкальные коэффициенты корреляции превышают 0,35 и значимы на 5 %-ном уровне.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика выступает неотъемлемой составляющей психолого-педагогического сопровождения, и от ее качества во многом зависит успешность деятельности всей системы.

Представленное учебно-методическое пособие позволит проинформировать педагогов, психологов, социальных работников и других специалистов о признаках раннего распознавания самоповреждающего и суицидального поведения детей, овладеть методами диагностики самоповреждающего и суицидального поведения.

С точки зрения медицинской практики совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: больными психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровыми в психическом отношении лицами. Опыт опровергает бытующую в кругах психиатров точку зрения на самоубийство как на явление исключительно клинического характера. Количественное соотношение трех названных категорий составляет (округлённо) 1,5 : 5 : 1 [Амбрумова, Тихоненко, 1980]. Целью данного пособия является диагностика преимущественно третьей группы суицидентов.

Сложности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев суицида несовершеннолетних учащихся обуславливаются несерьёзностью, мимолетностью и незначительностью, с точки зрения взрослых, мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийств. С большой долей уверенности можно говорить о наличии взаимосвязи между попытками самоубийств подростков и другими формами отклоняющегося поведения (побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д.) [Егоров, Игумнов, 2005].

Важным аспектом профилактики суицидов среди детей и подростков является раннее выявление учащихся группы риска, при применении, в том числе, методов психодиагностики, позволяющих объективизировать предположения педагогов о психологическом благополучии учеников.

Основываясь на ранней психодиагностике, исследовательская группа ставит перед собой цель создания методического пособия по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних учащихся.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агадзе Н. В. Аутоагрессивные проявления у больных с аффективными синдромами // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. – М., 1990. – С. 80–87.
2. Алексеева О. А. Методические рекомендации по диагностике рисков делинквентного поведения подростков. – СПб., 2019. – 34 с.
3. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 55 с.
4. Антонян Ю. М. Насилие среди осужденных / Ю. М. Антонян, И. Б. Бойко, В. А. Верещагин. – М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. – 117 с.
5. Бертолоте Х. М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор. – Чита: [б. и.], 2006. – 22 с.
6. Ворошилин С. И. Самоповреждения и влечения к модификации тела как парциальные нарушения инстинкта самосохранения // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 40–52.
7. Дерябина В. Ю. Самоповреждающее поведение в контексте склонности к расстройствам личности: выпускная квалификационная работа специалиста по направлению подготовки: 37.05.01 – Клиническая психология. – Барнаул: [б. и.], 2017.
8. Дмитриев М. Г. Психолого-педагогическая диагностика делинквентного поведения у трудных подростков / М. Г. Дмитриев, В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов. – СПб.: ЗАО «ПНИ», 2010. – 316 с.
9. Егоров А. Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2005. – 260 с.
10. Зайченко А. А. Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы третьей Всероссийской научной практической конференции. – Казань: Новое знание, 2007. – С. 381–386.
11. Зайченко А. А. Самоповреждающее поведение // Психология телесности: теоретические и практические исследования: сборник статей II Международной научно-практической конференции. – Пенза: ПГПУ им. В. Г. Белинского, 2009.
12. Лазарева Е. А. Отношение к смерти молодых людей склонных к самообвинению. – СПб., 2017.
13. Лакреева А. В. Склонность к риску как фактор девиантного поведения подростков / А. В. Лакреева, Л. В. Варуха // Концепт: научно-методический электронный журнал. – 2016. – Т. 24. – С. 141–146. – URL: <https://e-koncept.ru/2016/56427.htm> (дата обращения: 03.04.2020).
14. Леус Э. В. Методическое руководство по применению теста СДП (склонность к девиантному поведению). – URL: https://studopedia.net/5_77879_leus-ev-metodicheskoe-rukovodstvo-po-primeneniyu-testa-sdp-sklonnost-k-deviantnomu-povedeniyu.html (дата обращения: 11.01.2021).
15. Личко А. Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А. Е. Личко, Ю. В. Попов // Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77–82.
16. Максименкова Л. И. Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков, находящихся в кризисной ситуации: учебно-методическое пособие. – Псков: Псковский государственный университет, 2013. – 400 с.
17. Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению / ФГБНОУ «Центр защиты прав и интересов детей». – М., 2018. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/557587215> (дата обращения: 26.05.2020).
18. Моховиков А. Н. Суицидология: прошлое и настоящее. – М.: ООО «Когито-Центр», 2013. – 569 с.
19. Обзор исследований несуйцидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI / Н. А. Бохан, В. Д. Евсеев, А. И. Мандель, А. Г. Пешковская // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 1(38). – С. 70–83.
20. Орешкина А. С. Особенности копинг-стратегии суицидальной личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 3.

21. Пестова В. И. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних / В. И. Пестова, И. А. Стенникова, К. С. Шалаева // Методические рекомендации для педагога. – Полевской, 2017. – 63 с.
22. Положий Б. С. Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика: монография / Б. С. Положий, Е. А. Панченко. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 250 с.
23. Польская Н. А. Акты самоповреждения в ритуальных практиках // Известия Саратовского университета. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2011. – Т. 11, № 3. – С. 88–91.
24. Польская Н. А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 1. – С. 39–49.
25. Польская Н. А. Психологические факторы самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Тезисы I Межрегиональной научно-практической конференции «Психосоматические психические расстройства в детском и подростковом возрасте». – Новосибирск, 2008. – С. 23–24.
26. Польская Н. А. Типы самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте // Второй Балтийский конгресс по детской неврологии: тезисы / под ред. проф. В. И. Гузеевой. – СПб.: Стикс, 2009. – С. 76–77.
27. Современный гендерный подход в образовании и особенности психологического сопровождения обучающихся с различной гендерной ориентацией / Н. А. Добровидова, И. Л. Матасова, М. А. Шаталина, Е. Н. Устюжанинова // The Scientific Heritage (Budapest, Hungary). – 2019. – № 36. – С. 47–50.
28. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кизисная психотерапия. – М., 2005. – 376 с.
29. Тихоненко В. А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. – М.: Московский НИИ психиатрии, 1978. – С. 59–73.
30. Чуева Е. Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков // Вестник КРАУНЦ. Серия «Гуманитарные науки». – 2017. – № 1(29). – С. 71–77.
31. Шутова Л. В. Страх смерти и смысложизненные ориентации в юношеском возрасте // Известия ТРТУ. – 2005. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strah-smerti-i-smyslozhiznennye-orientatsii-v-yunosheskom-vozraste> (дата обращения: 21.11.2020).
32. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / общ. ред. и предисл. А. В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
33. Farberow N. L. Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics // The Many Faces of Suicide // The Many Faces of Suicide: Indirect Self-destructive Behavior / N. L. Farberow (ed.). – N. Y.: McGraw-Hill Book Company, 1980.
34. Favazza A. R. Varieties of pathological self-mutilation / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // Clinical Behavioural Neurology. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.
35. Menninger K. A. Man Against Himself. – N. Y.: Harcourt Brace and World, 1938.
36. Murphy G. Self-Injurious Behaviour / G. Murphy, B. Wilson. – Kidderminster: British Institute of Mental Handicap, 1985.
37. Simpson M. A. Self-mutilation. – Philadelphia: Temple University Press, 1980.
38. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation / C. Zlotnick, M. T. Shea, T. Pearlstein, E. Simpson, E. Costello, A. Begin // Comprehensive Psychiatry. – 1996. – Vol. 37. – P. 12–16.
39. Turp M. Hidden Self-Harm: Narratives from Psychotherapy. – London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 2002.
40. Vedrine J. Is it possible to estimate the risk of suicide? / J. Vedrinne, D. Weber // Psychiatrie Francaise. – 1995. – Vol. 2. – P. 67–74.