

СТРАТЕГИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ

1. ВЫСЛУШИВАЙТЕ – «Я слышу тебя». Не пытайтесь утешить словами типа: «Не все так плохо, вам станет лучше, не стоит этого делать». Дайте ему возможность высказаться. Задавайте вопросы, внимательно слушайте.

2. ОБСУЖДАЙТЕ – открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Не бойтесь говорить об этом – большинство людей чувствует неловкость, говоря о своих проблемах (особенно о самоубийстве), и это проявляется в отрицании и избегании этой темы. Беседы не могут усугубить состояние клиента, тогда как избегание этой темы увеличивает тревожность, подозрительность к психологу.

3. БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ к косвенным показателям. Каждое шутовое упоминание или угрозу следует воспринимать всерьез. Подростки часто отрицают, что говорили всерьез, пытаются высмеивать психолога за его излишнюю тревожность, могут изображать гнев. Скажите, что Вы принимаете их всерьез.

4. ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСЫ – обобщайте, проводите рефрейминг – «такое впечатление, что ты на самом деле говоришь о...», «большинство людей задумывалось о самоубийстве...», «ты когда-нибудь думал, что совершишь это?». Если Вы получаете утвердительный ответ, переходите на конкретику: «Пистолет? А ты когда-нибудь стрелял? А где ты его возьмешь? Что тогда произойдет? А что, если у тебя дрогнет рука, и ты промахнешься? Кто тебя найдет? Ты думал о своих похоронах? Кто на них придет?». Недосказанное, затаенное Вы должны сделать явным. Помогите подростку открыто говорить о своих замыслах.

5. ПОДЧЕРКИВАЙТЕ ВРЕМЕННЫЙ ХАРАКТЕР ПРОБЛЕМ. Признайте, что его чувства очень сильны, проблемы сложны – узнайте, чем Вы можете помочь. Поскольку он Вам уже доверяет, узнайте, кто еще мог бы помочь ему в этой ситуации.

6. Если Вам необходимо уехать, назначьте четкое время встречи по возвращении. Можно использовать открытки, письма, телефонные звонки.

ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОДРОСТКА

1. Не впадать в панику.
2. Вежливо и открыто принять подростка как личность.
3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
4. Тактично искать ситуации, в которых подросток любим и нужен.
5. Возродить надежду и искать альтернативы суициду, возможности выхода из ситуации.
6. Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
7. Разрешать подростку проявлять жалость к себе и другим.
8. Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию.
9. Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
10. Обсудить беседу и свое состояние с более опытным профессионалом.

**Реакции консультанта,
осложняющие процесс консультирования**

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
1	ПАНИКА (Я не в силах помочь)	Панику следует преодолеть, поскольку клиенты ищут, с кем бы поговорить и доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну единственную связь обратившегося с остальным миром.
2	СТРАХ (Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?)	Страх может свидетельствовать о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; но каждый человек, в т.ч. и клиент, ответственен за сделанный им выбор, а консультант имеет реальную возможность помочь.
3	ФРУСТРАЦИЯ (Еще один длинный разговор, которого я не желал бы)	Фрустрация может возникнуть из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту.
4	ОБИДА (Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня)	Обида может проявляться в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез. Следует принять во внимание, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией.
5	ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ (Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его)	По сути, перед выбором на самом деле стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать ли помощь) нет.
6	БЕЗЫСХОДНОСТЬ (Эта ситуация безнадежна: как я могу его (ее) заставить желать жить?)	Безысходность возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем или ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение.
7	ОТРЕЧЕНИЕ (В такой ситуации я вел бы себя так же)	Свидетельствует о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.

В. Франкл (1990) рекомендует следующую процедуру для выявления у пациента суицидальных тенденций. Вначале человека, у которого есть основания подозревать наличие суицидальных замыслов и намерений, спрашивают, думает ли он о самоубийстве, так как в прошлом у него отмечались те или иные формы суицидального поведения. Пациент всегда ответит на этот вопрос отрицательно, и это отрицание будет тем более упорным, чем больше выражена тенденция к диссимуляции. Затем ему задается вопрос, ответ на который позволяет судить, исчезли ли действительно суицидальные тенденции. Несмотря на определенную жесткость этого вопроса, **у пациента спрашивают, почему он не думает (или уже больше не думает) о самоубийстве.** Человек, действительно избавившийся от суицидальных мыслей, ответит без колебаний, что он должен думать о семье, детях, работе и еще об очень многих и многих вещах, которые не утратили или вновь обрели свою ценность для него.

Но пациент, сохраняющий мысли о самоубийстве и желающий обмануть врача, не находит аргументов в поддержку своего «фальшивого» утверждения жизни. Суицидальные замыслы и намерения в случае их достаточной выраженности носят характер сверхценных образований и сопровождаются определенным сужением сознания. В силу этого при наличии действительных суицидальных намерений сформулировать доводы в пользу жизни пациент практически не может. Чаще всего основным «аргументом» в этих случаях выступает заявление о том, что он или она «здоровы и требуют выписки». Если же у пациента появляются действительные доводы в пользу жизни, то это несомненный показатель реального исчезновения побуждений к самоубийству (по крайней мере, возврат на стадию борьбы суицидальных и антисуицидальных тенденций).

Иногда, по наблюдениям автора настоящей работы, это могут быть совершенно неожиданные заявления типа: «Солнце стало очень ярко светить, почки на деревьях появились, скоро будут и первые листики, а они меня всегда умиляли». (Интересно, что эта пациентка не читала Достоевского и ничего не слышала про «клейкие листочки», которые удерживают в жизни Ивана Карамазова.) Очень важно, что **«причины, по которым следует жить»**, предъявляются на вопрос об этом без каких-либо раздумий, их **не надо находить «бывшему» суициденту**, какое-то время они господствуют в сознании как необходимый контраргумент исчезающих суицидальных замыслов и намерений.

После того как установлено, что обследуемый пациент действительно вынашивает планы покончить жизнь самоубийством, врач (или другой специалист), констатирующий это, должен выбрать соответствующую тактику реальной помощи суициденту.

Алгоритм действий педагогического работника при выявлении девиантного суицидального поведения

1. При обнаружении изменений в поведении обучающегося следует обратить на него внимание, выявить у него причины изменения в его поведении и сообщить о данных изменениях в воспитательную службу, направить на консультацию психологу в СПС;

О возможном самоубийстве говорит сочетание нескольких признаков:

1. Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.

2. Капризность, привередливость. Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение подчиненного чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причина для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

3. Депрессия. Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему, некоторые становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях прямой и открытый разговор с человеком.

4. Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо внимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.

5. Злоупотребление алкоголем и наркотиками. Они способствуют развитию суицидальных мыслей и намерений.

6. Сексуальная активность. Иногда неуместное сексуальное поведение отражает отчаянное стремление человека облегчить таким образом угнетающую его депрессию. Он ищет сексуального удовлетворения. Когда оно не достигается длительное время, суицидальные мысли могут усиливаться.

7. Нарушения аппетита. Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как опасный для жизни недуг.

8. Раздача подарков окружающим. Некоторые люди планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям, знакомым свои вещи. Специалисты по суициду утверждают, что эта зловещая акция – прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа с суицидентом для выяснения его намерений.

9. Психическая травма. Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К нему может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, количество которых постепенно накапливается. Если к этому добавить развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

10. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек к неожиданности для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена скорее свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности.

11. Прямая угроза. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Наиболее часто оно выражается словами: «Вы будете виноваты в моей смерти», «Вы еще пожалеете обо мне», «Я не хочу жить среди вас» и т.д. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы.

Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов-психологов и врачей.

12. Косвенная угроза. Косвенные «намёки» на возможность суицидальных действий – «репетиция самоубийства» (публичная демонстрация петли из брючного ремня, веревки и т. п.; «игра» с оружием с имитацией самоубийства).

13. Подготовка попытки. Активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств покончить с собой и создание соответствующих условий (накапливание лекарственных средств, оставление и утайка патронов после учебных стрельб, поиск и хранение отравляющих жидкостей, укрепление веревки и т.д.).

14. Суицидальная фиксация. Фиксация на примерах самоубийства (повышенный интерес, частые разговоры о самоубийствах вообще). Размышления на тему самоубийства могут приобретать «художественное» оформление: в записной книжке, тетради для занятий изображаются рисунки, иллюстрирующие депрессивное состояние (например, гробы, кресты, виселицы, тюрьмы, воющий на скале волк и т. п.).

2. При демонстрации угрозы (вербальной или не вербальной) оказать необходимую психологическую помощь, провести откровенную беседу со студентом о его проблеме, заключить антисуицидальный контракт, пригласить или направить к психологу.

Оказание первой психологической помощи подростку

Стремясь оказать подростку первичную психологическую помощь, важно соблюдать следующие правила:

- будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
- набирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
- будьте терпеливы.

Методика проведения профилактической беседы

Главным в преодолении кризисного состояния подростка является индивидуальная профилактическая беседа с ним. Следует принять во внимание следующее:

- в беседе важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию;
- активный слушатель — это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает ему возможность выговориться без боязни быть прерванным;
- активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя;
- активный слушатель будет способствовать тому, чтобы его собеседник был услышан.

Рекомендации по проведению беседы:

- разговаривать в спокойном месте, чтобы исключить возможность быть прерванным;
- уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно расположившись напротив, но не через стол;
- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства; произносить только позитивно-конструктивные фразы («мгновенный рефрейминг»);
- оказывать первичную психологическую помощь подростку, используя рекомендации таблицы.

Оказание первичной психологической помощи в беседе с подростком

	Если вы слышите	Обязательно скажите	Никогда не говорите
1	«Ненавижу учебу, класс...»	«Что происходит у нас, из-за чего ты себя так чувствуешь?»	«Когда я был в твоём возрасте... да ты просто лентяй!»
2	«Все кажется таким безнадежным...»	«Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь»	«Подумай лучше о тех, кому еще хуже, чем тебе»
3	«Всем было бы лучше без меня!»	«Ты очень много значишь для нас, и меня беспокоит твое настроение. Скажи мне, что происходит»	«Не говори глупостей. Давай поговорим о чем-нибудь другом»
4	«Вы не понимаете меня!»	«Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать»	«Кто же может понять молодежь в наши дни?»

5	«Я совершил ужасный поступок...»	«Давай сядем и поговорим об этом»	«Что посеешь, то и пожнешь!»
6	«А если у меня не получится?»	«Если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное»	«Если не получится — значит, ты недостаточно постарался!»

Кроме того, при проведении беседы нужно руководствоваться следующими принципами:

- при выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался);
- желательно спланировать встречу в свободное время, с большим временным потенциалом;
- в процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать подростку, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Профилактическая беседа должна включать в себя следующие этапы.

Начальный этап — установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства». Важно выслушать подростка терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (то есть необходимо дать ему возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Второй этап — установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы: «преодоление исключительности ситуации»; «поддержка успехами» и др.

Третий этап — совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются: «планирование», то есть побуждение подростка к словесному оформлению планов предстоящих поступков; «держание паузы» — целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

Завершающий этап — окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка подростка. Целесообразно использовать следующие приемы: «логическая аргументация»; «рациональное внушение уверенности».

Методика проведения профилактической беседы

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Следует принять во внимание следующее:

- в беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточное внимание активному выслушиванию;
- активный слушатель - это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным;
- активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя;
- активный слушатель поможет тому, чтобы высказывания его собеседника о желании умереть наверняка были услышаны.

Рекомендации по проведению беседы:

- разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе;

- уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;
- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства;
- произносить только позитивно-конструктивные фразы ("мгновенный рефрейминг").

Кроме того, при проведении беседы нужно руководствоваться следующими принципами:

1. Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи).

2. При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни продолжался).

3. Желательно спланировать встречу не в рабочее время, когда каждый занят своими делами.

4. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо "попутные" дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Профилактическая беседа должна включать в себя следующие этапы:

Начальный этап - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений "сопереживающего партнерства".

Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Второй этап - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности.

Имеет смысл применить следующие приемы:

- "преодоление исключительности ситуации";
- "поддержка успехами" и др.

Третий этап - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются:

- "планирование", т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков;
- "держание паузы"- целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

Завершающий этап - окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента.

Целесообразно использовать следующие приемы:

- "логическая аргументация";
- "рациональное внушение уверенности".

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к врачу психиатру в ближайшее лечебное учреждение.

Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем:

- тяжелое эмоциональное состояние - явление временное;
- его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом;
- он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т.д.

Типичные ошибки, затрудняющие профилактику самоубийств.

Профилактика самоубийств должна начинаться, прежде всего, с развенчания "мифов", якобы объясняющих психологию людей, покончивших жизнь самоубийством.

Вот некоторые из них, получившие наибольшее распространение:

Заблуждение 1. Самоубийства совершаются в основном психически ненормальными людьми.

Изучение обстоятельств суицида показало: большинство из лишивших себя жизни - это практически здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Они никогда не лечились у психиатров, не обнаруживали каких-либо поведенческих отклонений, позволяющих отнести их к категории больных. По данным многих авторов, на учете в психоневрологических диспансерах состояло лишь около 20% суицидентов и только 8-10% нуждались в специализированной медицинской помощи.

Заблуждение 2. Самоубийства предупредить невозможно. Тот, кто решил покончить с собой, рано или поздно это сделает.

Некоторые руководители высказывают сомнение относительно самой возможности предупреждения самоубийства. Суицидальные намерения, считают они, неотвратимы: если человек решил покончить с собой, никто и ничто не сможет его остановить. Однако еще В.М.Бехтерев в 1912г. отмечал, что потребности к самоуничтожению у подавляющего большинства людей является лишь временной.

Н.А.Бердяев подчеркивал, что самоубийцы - это люди с "ободранной кожей", т.е. суицид-это "крик о помощи".

Таким образом, потребность суицидента в душевной теплоте, желание быть выслушанным, понятым, готовность принять предлагаемую помощь - все это убеждает, что организация профилактики самоубийств необходима.

Заблуждение 3. Если человек открыто заявляет о желании покончить с собой, то он никогда не совершит самоубийства.

По данным исследований, У людей, совершивших самоубийства или покушавшихся, сообщали о своих намерениях ближайшему окружению, а изучение уголовных дел показало, что около 20% суицидентов ранее уже пытались покончить с собой.

Заблуждение 4. Если загрузить человека работой, то ему некогда будет думать о самоубийстве.

У некоторых руководителей сложилось упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального происшествия.

По их мнению, если сотрудники будут загружены работой и за ними будет осуществляться жесткий контроль, то проблема будет решена.

Реальное же осуществление такой "профилактики" выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что может привести к истощению психофизиологических ресурсов организма, еще больше повышая вероятность суицидальных попыток.

Заблуждение 5. Чужая душа - потемки. Предвидеть попытку самоубийства невозможно.

Барьером для профилактики самоубийств является мнение руководителей, считающих, что нет внешних признаков, которые указывают на решение человека покончить с собой.

В подобных высказываниях есть рациональное зерно: "заглянуть в душу", познать внутренний мир подчиненного действительно очень сложно. Но такие возможности у руководителя, как правило, имеются.

Заблуждение 6. Существует некий тип людей, "склонных к самоубийству".

Самоубийство совершают люди различных психологических типов. Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее личностной оценки как непереносимой.

Заблуждение 7. Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что человек решился на самоубийство.

Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Руководители должны знать "знаки беды", т.е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду.

Заблуждение 8. Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки.

Анализ суицидальных действий показал, что они являются результатом достаточно длительной психотравматизации. Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев.

Заблуждение 9. Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова.

Если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая его вероятность - в первые два месяца.

Диагностика

- **Цветовой тест М. Люшера**

Цель методики: измерение психофизиологического состояния человека.

Задачи: 1. определение стрессоустойчивости личности; 2. активности личности; 3. коммуникативных способностей личности. Тест Люшера позволяет определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов.

- **Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)**

Цель: исследование характерологических отклонений у подростков при психопатиях и акцентуациях характера.

Задачи: 1. определения в подростковом возрасте (14-18 лет) типов характера при психопатиях; 2. выявление особенностей психопатического развития, при акцентуациях характера, являющихся крайними вариантами нормы. Данный опросник был разработан и апробированна Н.Я. Ивановым и А.Е. Личко и предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуаций характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними

некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, суицидальному поведению и делинквентности и др.)

- **Тест выявления суицидального риска у детей А.А. Кучер, В.П. Костюкевич**

Цель методики: выявление суицидального риска у детей.

Задачи: 1. выявление аутоагрессивных тенденций и факторов подростков; 2. определение формирующих суицидальных намерений у учащихся 5-11 классов.

- **Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга**

Цель: выявить уровень социальной адаптации ребенка.

Задачи: 1. Определение причин неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); 2. выявление эмоциональных стереотипов реагирования в стрессовых ситуациях.

- **Факторный личностный опросник Кеттелла (форма С)**

Цель: оценка и описание структуры личности ребенка.

Задачи: 1.определить личностные свойства детей и подростков; 2. степень социальной адаптации; 2. наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).

- **Методика диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс и А. Дарк)**

Опросник разработан А. Басс и А. Дарки в 1957г.

Цель: диагностика агрессивных и враждебных реакций.

Задачи: 1. выявление свойство личности, характеризующихся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений; 2. определение негативных чувства и негативных оценок людей и событий.

- **Методика определения уровня депрессии (В.А. Жмуров)**

Цель: выявление тяжести депрессивного состояния (тоскливой или меланхолической депрессии) на момент обследования

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

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков

- **Опросник депрессии (А.Бек)**

Цель Опросника депрессии А. Бека: оценка наличия депрессивных симптомов у обследуемых на текущий период.

Задача применения методики: выявить степень выраженности депрессивной симптоматики

- **Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан)**

Цель: исследование базисных копинг-стратегий преодоления стресса.

Задачи: 1. выявление уровня тех или иных поведенческих стратегий у ребенка; 2. Определение базисных стратегий, которые чаще всего используются в поведении

- **Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман**

Цель методики: определение копинг-механизмов.

Задачи: выявление способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности (копинг-стратегий). Имеются публикации отражающие валидность методики и её надежность.

- **Методика диагностики родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин)**

Цель данного теста-опросника родительского отношения (ОРО) выявление родительского отношения.

Задача: определение системы разнообразных чувств и поступков взрослых людей по отношению к детям. С психологической точки зрения *родительское отношение* – это педагогическая социальная установка по отношению к детям, включающая в себя рациональный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

Методики первичной диагностики суицидального риска

- **Опросник «Предварительная оценка состояния психического здоровья»**
- **Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»**

Данная методика направлена на измерении психофизиологических реакций, являющихся признаками суицидального риска.

- **Методика определения склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел)**

Методика создана А. Н. Орел и направлена на диагностику **склонности к отклоняющемуся поведению**.

Методики диагностики ценностно-смысловой сферы

- **Методика диагностики смысложизненных ориентаций (СЖО) Джеймс Крамбо и Леонард Махолик, адаптация Д.А. Леонтьева)**

Данная методика направлена на изучение смысложизненных ориентаций личности, составляющих основу образа Я, что может стать одним из важнейших показателей при изучении суицидального поведения подростков.

- **Методика изучения ценностных ориентаций (М.Рокич)**

История создания: Методика изучения ценностных разработана и предложена М. Рокичем в 1973 г. и направлена на изучение индивидуальных или групповых представлений о системе значимых ценностей, определяющих наиболее общие ориентиры их жизнедеятельности.

В статье рассмотрены основные методики, используемых за рубежом для диагностики возможного риска совершения попыток суицида у детей и подростков в популяционной выборке: Шкала безнадёжности А. Бека, Детская шкала безнадёжности, Шкала чувства собственной ненужности для детей, Опросник суицидальной направленности, Шкала оценки аутодеструктивных мыслей А. Файерстоуна, Шкала отношения к жизни, Оценка возможности совершения суицида у подростков, Многосоставная шкала суицидальных тенденций для подростков, PATHOS, Опросник «Причины для жизни», Шкала определения возможности совершения суицида, Индекс оценки суицидального риска Занга, Опросник самоповреждающего поведения.