

ГБУЗ НСО «НОВОСИБИРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Суициды в детско-подростковом возрасте:
распространенность, факторы риска, клиническая картина.
Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Новосибирск – 2012г.

Методические рекомендации составлены Макашевой В.А., главным детским психиатром, кандидатом медицинских наук (ГБУЗ НСО «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер»).

Краткая аннотация: целью написания рекомендаций является развитие в Новосибирской области системы раннего выявления и оказания своевременной медицинской помощи несовершеннолетним с суицидальным поведением. В связи с этим подробно изложены факторы суицидального поведения (для идентификации групп риска), мультимодальная система лечебных мероприятий и взаимоотношение составляющих ее частей – психокоррекционной, психотерапевтической, медикаментозной, а также профилактические программы, реализуемые при условии слаженной межведомственной работы. В приложении даны опросники для подростков, родителей и преподавателей Columbia DISC Depression Scale (нами переведены и адаптированы), активное применение которых педагогами образовательных учреждений, другими специалистами позволит своевременно выявлять и направлять детей в кризисной ситуации для оказания психиатрической и иной помощи.

Методические рекомендации предназначены для педагогов, психологов, социальных педагогов и других специалистов в области психического здоровья.

Введение

«Почему он устремил всю свою силу и ум на разрушение этой силы и этого ума?» Такой вопрос задают почти все, кто был знаком с жертвой самоубийства. Социологи рассматривают самоубийство как барометр социального напряжения. Психологи интерпретируют его как реакцию давления на личность. Однако и те, и другие согласны, что самоубийство возникает, если человек чувствует, что у него нет приемлемого пути к достойному существованию.

«Если бы я только знал, что она замышляла самоубийство! Я просто не мог и подумать, что произойдет такое несчастье!» — восклицают близкие. И все же почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе, дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно — если это не психотический больной. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намеревается совершить суицид, от 70 до 75% лиц тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Очень важно, что 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают врачей по какому-либо поводу в течение нескольких предшествующих суициду недель: они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако часто врачи и семья не слышат их.

Суицид – акт самоубийства с фатальным исходом. Самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода (ВОЗ, 2001 г.).

Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от невыносимой ситуации. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Иногда они страдают психическими болезнями, эмоциональными нарушениями, особенно депрессией.

Парасуицид – не заканчивающееся фатально действие, при котором индивидуум намеренно пытается нанести или наносит самоповреждения, либо принимает потенциально токсичное вещество в дозе, значительно превышающей предписанную или обычную терапевтическую (ВОЗ, 2001 г.).

Суицид – серьезная социальная проблема, затрагивающая в равной степени детей, подростков и взрослое население. По данным ВОЗ, в настоящее время суицид является одной из ведущих причин смертности людей в возрасте от 15 до 45 лет, «поэтому предотвращение его должно быть предпринято мировой общественностью в целом» (ВОЗ, 2007г.).

Суицид расценивается как форма насилия, направленная на себя. Существует несколько форм суицидального поведения: от мыслей о преднамеренном самоповреждении или смерти – **суицидальные намерения**, фактического преднамеренного самоповреждения – **суицидальные попытки** до собственно смерти (суицид). Считают, что суицидальные попытки совершаются в 10 – 20 раз чаще, чем завершённые суициды и суицидальные намерения более встречаемы, чем суицидальные попытки (Gould et al., 2002).

Факторы риска суицидального поведения

Среди причин, формирующих причины и условия совершения суицида, следует обратить внимание прежде всего на **психосоциальные факторы**.

Важными психопатологическими предикторами суицидального поведения у детей являются нарушение контроля импульсивных влечений и аффективной регуляции, определяющие степень выраженности риска суицида и выходящие за рамки определенных диагностических категорий.

Повторяющиеся семейные конфликты, отвержения (любовные неудачи), неуспешность, чувство одиночества и изоляции у таких подростков серьезно провоцируют решение о свершении самоубийства. Дети, не посещающие школу, например, на индивидуальном обучении, также подвержены особому риску из-за недостаточной социальной поддержки. Ребенок, который потерял родителя в возрасте до 13 лет, находится в группе высокого риска депрессии и самоубийства.

Подростки, **страдающие расстройствами настроения в сочетании с злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) и агрессивным поведением**, составляют группу крайне высокого риска суицида. Несовершеннолетние без нарушений настроения, но агрессивные, склонные к насилию, импульсивные часто провоцируются в отношении суицида конфликтной ситуацией в семье или со сверстниками.

Кроме того, серьезный риск совершения суицида наблюдается у подростков с высоким уровнем достижений, успешных, характеризующихся чертами перфекционизма, при неудаче, например, связанной с академической успеваемостью.

Суицидальное поведение у ранимых подростков, уязвимых в психиатрическом аспекте (донозологические и нерезко выраженные нозологические расстройства) обычно связано с предшествующими стрессорами, которые включают конфликты с членами семьи и возлюбленными. Алкоголь и другие ПАВ потенцируют уже уязвимого подростка на самоубийство. В некоторых случаях подросток совершает самоубийство в ожидании наказания после совершения противоправного и иного действия.

Суицидальное поведение или смерть одного ребенка может привести к ряду последующих суицидов среди знавших его детей за счет идентификации и формирования копирующих механизмов. Некоторые исследования обнаруживают увеличение самоубийств после просмотра телевизионных передач, где основной темой было самоубийство подростка.

Крупные транскультуральные исследования выделяют сексуальную ориентацию, а именно лесбийские отношения и двуполую ориентацию как фактор, повышающий риск суицидального поведения от двух до шести раз. Механизмы этой корреляции неизвестны, однако, именно в этой группе подростков высокий процент депрессивных расстройств, применение психоактивных веществ.

Каждая суицидальная угроза, какой бы демонстративной ни казалась, должна приниматься всерьез. И угрозы, и кажущиеся демонстративными парасуицидальные действия нередко указывают на имеющиеся психические расстройства и/или лежащие в их основе острые или хронические стрессовые

ситуации в семейном и социальном окружении. Часто эти стрессовые факторы одновременно являются факторами риска сохраняющейся опасности суицида и нанесения самоповреждений.

Существенное значение имеет доступность средств совершения суицида.

Систематизируя основные факторы риска, можно выделить **фоновые**, т.е. создающие условия, предрасполагающие, и **кристаллизирующие**, т.е. непосредственные, провоцирующие.

Среди **фоновых факторов** преобладают следующие:

1. Семейные факторы и стрессовые события: нарушения в детско-родительских отношениях – затяжные конфликты, агрессивные и холодные взаимоотношения между членами семьи, смерть близкого человека – одного из родителей, члена семьи, друга, сверстника.

2. Члены семьи с психическим расстройством – это главным образом: (а) злоупотребление алкоголем и наркотиками, (б) депрессия и другие эмоциональные расстройства, (в) суицид и самоповреждение.

3. Психические расстройства суицидента – аффективные расстройства (депрессия), расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ и алкоголя; шизофрения; неврозы, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой; расстройства личности; коморбидность аффективных расстройств с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

4. Примеры успешного суицида или суицидальной попытки (включают семью, друзей и средства информации, особенно телевидение) – истории и сюжеты про суицидальные попытки с последующим завершённым суицидом, оказывают огромное влияние на подростков («феномен Вертера» - совершение массовых суицидальных попыток и завершённых суицидов вслед за известной личностью, персонажем произведения).

5. Один или несколько предшествующих эпизодов умышленного самоповреждения.

6. Доступность высоко летальных средств.

Среди причин, непосредственно провоцирующих суицидальное поведение – **кристаллизирующие** факторы – у младших подростков наиболее распространён дисциплинарный кризис, конфликт со школой или милицией, что должно открыться родителям, развод родителей; смена места жительства, учебного заведения. У подростков старшего возраста чаще выявляются другие кристаллизаторы: нежелательная беременность; сексуальное насилие в анамнезе; насилие в школе; трудности в учебе; расставание с любимым; острые или хронические заболевания, а также ссоры с родителями, друзьями.

Генетические факторы. Завершённое самоубийство и суицидальное поведение в два-четыре раза более вероятно происходит у индивидуумов первой степени родства с членом семьи, имеющим аналогичные расстройства. Очевидность генетической составляющей в суицидальное расстройство основано на массивных исследованиях риска внутри семейных самоубийств и более высокий уровень корреляции среди монозиготных близнецов, чем дизиготных. Если суицид совершила мать, то риск совершения суицида детьми возрастает в 5

раз, если отец – в 2 раза. Для монозиготных близнецов частота равна 5,6, для дизиготных близнецов – 4,0. Риск суицидов среди родственников в 2 раза выше, чем в среднем в популяции. При завершенных суицидах отягощенную наследственность регистрируется в 43 % случаев (Gould et al., 2006).

Биологические факторы. Согласно последним исследованиям регистрируется уменьшение в плотности транспорта серотонина в префронтальной области коры головного мозга. Нейрохимические данные показывают некоторое совпадение у лиц, характеризующихся агрессивным, импульсивным поведением и теми, кто совершил самоубийство. Низкие уровни серотонина и его основного метаболита 5-hydroxyindoleacetic (5-НИАА) обнаружен посмертно в мозговой ткани лиц, которые совершали самоубийство.

Низкие уровни метаболита обнаружены в цереброспинальной жидкости депрессивных больных, у которых суицидальные попытки характеризовались наиболее агрессивными средствами совершения. Алкоголь и другие психотропные субстанции снижают его, возможно увеличивая уязвимость к суицидальному поведению уже предрасположенного человека. Понятно, что низкий уровень серотонина может рассматриваться как маркер, а не причина агрессивного и суицидального поведения.

Признаки суицидального поведения

Важно целенаправленно расспрашивать детей и подростков о суицидальных мыслях, поскольку ряд исследований убедительно показали, что родители часто не подозревают о таких идеях у своих детей. Суицидальные мысли (то есть, дети, говорящие о желании навредить себе) и суицидальные угрозы (например, дети, отмечающие, что они хотят прыгнуть перед автомобилем) значительно более распространены, чем завершенные самоубийства.

По-крайней мере половина детей (подростков) высказывали суицидальные намерения другу или родственнику в пределах 24 часов перед совершением самоубийства!

Пресуицидальный синдром можно рассматривать как предшественник манифестации суицидального поведения. В этот период сознание подростка сужено, он фиксирован на переживаниях, травмирующих межличностных отношениях. Восприятие событий, их осмысление ограничено как ситуационно, так и во временном аспекте, будущее беспроспективно, часты суицидальные фантазии о желаемой смерти. Другим важным моментом в манифестации суицидального поведения являются раздражительность, дисфория, тревога, дезорганизация деятельности, выраженная импульсивность и неконтролируемая эмоциональная лабильность.

В психиатрическом контексте суицидальное поведение часто отвечает диагностическим критериям одного и более психиатрических расстройств, которые включают депрессивный/маниакальный эпизод, расстройства психотического уровня, расстройства личности (особенно нестабильного типа), злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ), нарушения пищевого поведения. Депрессивное расстройство наиболее значимый показатель риска самоубийства, увеличивающий его на 20%. Депрессия

увеличивает риск суицида значительно чаще среди девочек чем мальчиков, но у мальчиков, совершивших самоубийство более серьезный уровень психопатологических расстройств.

Универсальные психологические характеристики детей с суицидальным поведением часто связаны с недостаточным уровнем развития способности и умений решать возникающие проблемы из-за ограниченного спектра средств и ресурсов справляться с трудностями. Другая важная черта – низкий уровень навыков регуляции эмоционального состояния и контроля поведения, серьезно затрудняющие выход из актуальных кризисных состояний.

Практически всегда у ребенка с суицидальным поведением вовлекается много факторов риска и обнаруживается сформированный психопатологический субстрат.

Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии. Ее основным симптомом является потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Поступки и настроение как - бы «выдыхаются и становятся безвкусными». Психика лишается сильных чувств. Человеком овладевает безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Заметно ослабевает двигательная активность или, наоборот, возникают приступы громкой, быстрой, порой беспрестанной речи, наполненные жалобами, обвинениями или просьбами о помощи. Часто бывают нарушения сна или волнообразная усталость. Соматические признаки тревоги проявляются дрожанием, сухостью губ и учащенным дыханием. Появляются ничем не обусловленные соматические нарушения в виде болей в голове, боку или животе. Больные постоянно ощущают свою нежеланность, бесполезность, иногда греховность, в силу чего приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла.

Ниже приведены **вербальные и поведенческие признаки депрессии** у детей и подростков, на которые мы рекомендуем обращать внимание родителей, педагогов и других лиц ближайшего окружения ребенка:

1. **Вербальные** - «ненавижу жизнь»; «они пожалеют о том, что мне сделали»; «не могу больше этого вынести»; «я покончу с собой»; «просто жить не хочется»; «никому я не нужен»; «это выше моих сил».

2. **Поведенческие:**

- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней;
- частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость);
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствия;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека-одиночку;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- погруженность в размышления о смерти;

- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Психогенные причины депрессии часто связаны с потерей – друзей, близких, здоровья и т.д. Утрата естественно порождает не только депрессию, но и гнев. При невозможности выразить свои чувства, они вытесняются в бессознательное, в результате чего внутреннее напряжение и фрустрация осложняют процесс горя.

Серьезно настораживать в отношении угрозы совершения ребенком суицида должны такие проявления, как реакции избегания (уход из дома и т.п.); самоизоляция от других людей; резкое снижение повседневной активности; изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью; предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами; частое прослушивание траурной или печальной музыки; «приведение дел в порядок» (урегулирование конфликтов, письма к родственникам, близким, раздаривание личных вещей).

Помощь, антикризисная терапия

Все дети и подростки, которые повреждают себя, должны быть освидетельствованы в отношении психического состояния и социальной ситуации, т.е. обстоятельств жизни!

С этой целью могут привлекаться подготовленная медсестра/фельдшер, социальный работник, психолог или другие специалисты в области психического здоровья, которые составляют акт. В обязательном порядке в акте должны быть отражены следующие сферы:

1. Обстоятельства самоповреждения и выраженность суицидального намерения. О серьезности намерений совершить самоубийство указывают такие характеристики, как:

- 1.1. совершается в уединении;
- 1.2. в такое время, когда вмешательство маловероятно;
- 1.3. принимаются меры предосторожности, чтобы избежать обнаружения;
- 1.4. делаются приготовления в ожидании смерти;
- 1.5. другие люди заранее информированы о намерениях индивидуума;
- 1.6. всестороннее предварительное обдумывание;
- 1.7. оставлена записка самоубийцы;
- 1.8. вслед за эпизодом не удается поднять по тревоге других людей.

2. Возможные кристаллизующие факторы в предшествующие дни.

3. Предрасполагающие факторы – предыдущие и нынешние обстоятельства жизни, история семьи, примеры суицидального поведения.

4. Врач психиатр исследует психическое состояние, определяет текущий психический статус и риск суицида. Дает оценку нарастают ли прогрессивно суицидальные разговоры и поведение, а также отношение индивидуума и семьи к профессиональной помощи.

Терапевтическая тактика по отношению к пациенту, уже совершившему суицид, определяется его соматическим и психическим состоянием. Лечение суицидального и самоповреждающего поведения — одна из сложнейших задач

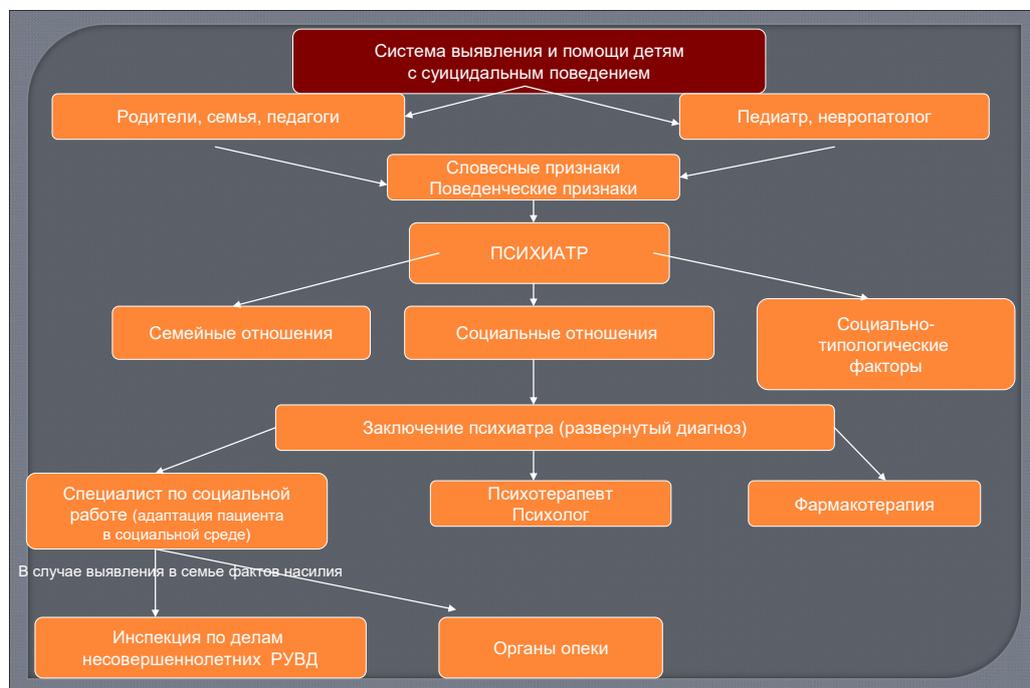
детско-подростковой психиатрии; часто необходимы неотложные меры и кризисное вмешательство.

Суицидальное поведение, как правило, требует стационарного лечения с учетом основного психического заболевания (например, депрессивного синдрома, острой реакции на стресс, посттравматических расстройств, биполярных или шизофренических психозов, психозов, вызванных приемом наркотиков, нарушений пищевого поведения, нарушений социального поведения и т.д.) и факторов семейного или психосоциального стресса.

Организация психиатрической помощи детям с суицидальным поведением в Новосибирской области

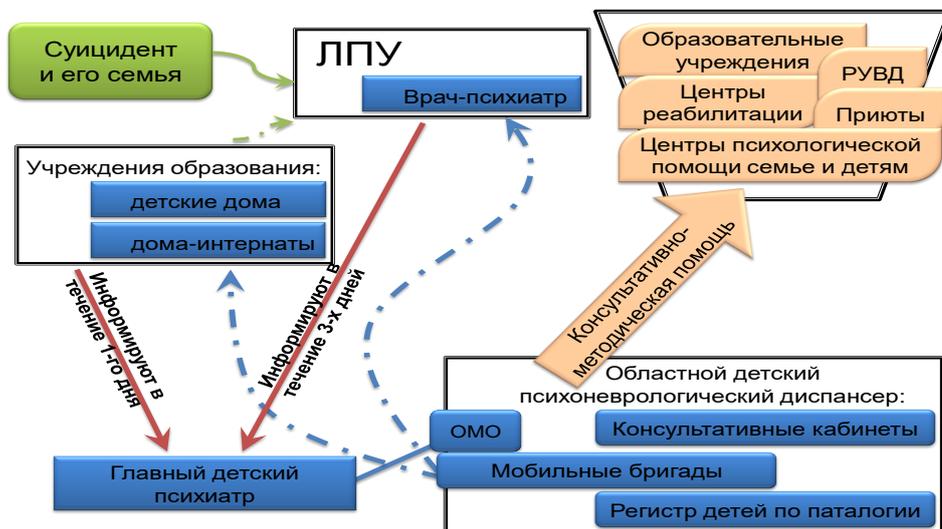
Сформирована система оказания психиатрической помощи детям с суицидальным поведением. Последовательность и этапность оказания помощи представлены на рисунке 1.

Рисунок 1.



С целью оказания своевременной психиатрической помощи детскому населению с кризисными состояниями, повышения ее качества и формирования регистра детей, страдающих самоповреждающим и суицидальным поведением, издан совместный приказ департамента здравоохранения Новосибирской области и департамента образования Новосибирской области от 07.04.2010 № 674/616 «Об организации психиатрической помощи детям, находящимся в кризисной ситуации». Приказ утверждает порядок оказания психиатрической помощи детям, совершившим суицидные попытки; форму предоставления информации и порядок ее передачи по защищенным каналам связи или в условиях, обеспечивающих конфиденциальность.

Рисунок 2.



С целью своевременного оказания помощи детям из групп риска суицидального поведения. С этой целью нами переведены и адаптированы опросники Columbia DISC Depression Scale: для подростков от 11 лет и старше (приложение 1), для родителей (приложение 2) и для преподавателей (приложение 3).

Профилактика суицидального поведения

Антисуицидальные факторы – факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суицидального замысла или обесценивающие целесообразность суицидального акта, как способа разрешения психотравмирующей ситуации.

К ним относятся: эмоциональная привязанность к значимым родным и близким; выраженное чувство долга, обязательность; страх боли и физических страданий; боязнь остаться инвалидом; наличие жизненных, творческих и других планов, замыслов; психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания; наличие актуальных жизненных ценностей, целей; проявление интереса к жизни; уровень религиозности и боязнь греха самоубийства.

Профилактика суицидального поведения – это система мероприятий, направленных на предупреждение различных проявлений суицидального поведения, в том числе и суицидальных действий, а так же предупреждение повторных суицидальных актов. Задачи профилактических мероприятий: 1. снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации; 2. уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение; 3. формирование компенсаторных механизмов поведения; 4. формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Виды профилактики суицидального поведения различаются по содержанию и последовательности.

1. По содержанию:

- Специализированные психиатрические (собственно суицидологические) – медикаментозные и психотерапевтические методы воздействия, направленные на лечение психических и поведенческих расстройств,

потенцирующих суицидогенез и на профилактику формирования и рецидивирования суицидальной активности.

- Психологические – психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидальных копинг-стратегий поведения, изменение личностных установок, самооценки, уровня притязаний, на формирование «антисуицидального барьера».

- Общемедицинские – лечебные мероприятия, направленные на устранение сомато-неврологических последствий совершенной суицидальной попытки и на профилактику инвалидности.

- Социальные – меры, направленные на изменение социально-экономического статуса потенциальных и реализовавшихся суицидентов путем привлечения социальной службы.

- Информационно-образовательные – мероприятия, направленные на информирование всех групп населения о необходимости и способах укрепления психического здоровья, о первых признаках суицидоопасных состояний и стратегиях поведения в этой ситуации. Кроме того, это образовательные программы по диагностике суицидоопасных состояний и неотложных мерах по его предотвращению для врачей общей практики и врачей других специальностей, преподавателей школ и других учебных заведений, работников детских домов.

2. По последовательности:

- **Первичная профилактика** - вмешательства, направленные на предупреждение суицидальных действий среди всех категорий населения.

К ним относятся: формирование здорового образа жизни; обращение должного внимания на развитие личности; информационные и образовательные программы, направленные на обучение продуктивным поведенческим стратегиям в кризисных ситуациях; ограничение доступа к веществам и средствам самоубийства; работа специалистов со средствами массовой информации (снижение привлекательности сообщений о суицидах); идентификация групп повышенного риска.

- **Вторичная профилактика** – мероприятия, проводимые с суицидентами, совершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения.

- **Третичная профилактика** – вмешательства, направленные на предотвращение инвалидизирующих последствий суицида и на предотвращение повторных суицидальных попыток, а также мероприятия, проводимые с близким окружением (родственниками, друзьями и т.д.) суицидентов с целью предотвращения рецидивирования аутоагрессивного поведения, а также направленные на превенцию формирования суицидального поведения имитационного характера в таком окружении.

Опросник для подростков (от 11 лет и старше)
(переработанный опросник Columbia DISC Depression Scale)

Если ответ на вопрос - «Нет», обведите 0, если ответ - «Да», обведите 1.
Пожалуйста, отвечая на следующие вопросы, будьте честны, насколько это возможно.

За последние 4 недели испытывал ли ты чувство... / появилось ли у тебя желание...:

		Нет	Да
1	Отсутствия внешней поддержки	0	1
2	Ощущения собственной не востребованности	0	1
3	Чувство вины, собственной несостоятельности	0	1
4	Чувство напряженности	0	1
5	Трудности в приспособлении к новым условиям	0	1
6	Отсутствие планов на будущее	0	1
7	Плохое здоровье	0	1
8	Чувство растерянности, непонятности происходящего	0	1
9	Наличие психотравмы за последний год (несчастный случай, смерть близких, разрыв с любимым человеком)	0	1
10	Недовольство собой (внешность, успехи...)	0	1
11	Прибавил ли ты в весе более чем на килограмм	0	1
12	Раздражительность, агрессивность	0	1
13	Чувство незащищенности	0	1
14	Ощущение безразличия, отчужденности	0	1
15	Чувство тревоги, страха	0	1
16	Сложности, непонятности, непредсказуемости жизни	0	1
17	Чувство обиды, обделенности	0	1
18	Потерял ли ты в весе более чем на килограмм	0	1
19	Ощущение одиночества	0	1
20	Положительное отношение к самоубийству у знакомых (при наличии ситуации)	0	1
21	Нежелание принять помощь окружающих	0	1
22	Сниженного настроения	0	1
23	Отсутствие цели в жизни	0	1
24	Потерял ли ты аппетит, или чувствуешь, что ешь больше или меньше, чем обычно	0	1
25	Плохое психическое состояние сейчас	0	1
26	Чувство бесперспективности существования	0	1
27	Отсутствие смысла в жизни	0	1
28	Презрение к себе	0	1
29	Чувство тоски	0	1
30	Попытки покончить с собой в прошлом	0	1
31	Чувство отчаяния	0	1
32	Отсутствие жизненных ценностей	0	1
33	Отрицательное отношение к жизни	0	1
34	Часто ли ты обвиняешь себя за все плохое, что произошло с тобой	0	1
35	Периодические мысли о нежелании жить	0	1
36	Чувство безнадежности	0	1

37	Плохое настроение сейчас	0	1
38	Спишь ли ты больше в течение дня, чем обычно	0	1
39	Изменился ли твой сон: ты с трудом засыпаешь, плохо спишь или просыпаешься слишком рано	0	1
40	Отсутствие страха перед смертью	0	1
41	Чувство безысходности	0	1
42	Желание смерти	0	1
43	Испытывал(ла) ли ты фантазии по поводу способов ухода из жизни	0	1
44	Нанесение самоповреждений	0	1

Критерии оценки опросника для подростков (44 вопроса)

Сумма набранных баллов:

30 баллов и выше - высокий уровень риска суицидального поведения

29 – 20 баллов – средний уровень риска суицидального поведения

19 – 15 баллов – низкий уровень риска суицидального поведения

14 – 7 баллов – очень низкий уровень риска суицидального поведения

Опросник для родителей

(переработанный опросник Columbia DISC Depression Scale)

Если ответ на вопрос - «Нет», обведите 0, если ответ - «Да», обведите 1.
Пожалуйста, отвечая на следующие вопросы, будьте честны, насколько это возможно.

За последние 4 недели высказывал ли Ваш ребенок жалобы на следующие чувства
и желания:

		Нет	Да
1	Отсутствия внешней поддержки	0	1
2	Ощущения собственной невостребованности	0	1
3	Чувство вины, собственной несостоятельности	0	1
4	Чувство напряженности	0	1
5	Трудности в приспособлении к новым условиям	0	1
6	Отсутствие планов на будущее	0	1
7	Плохое здоровье	0	1
8	Чувство растерянности, непонятности происходящего	0	1
9	Наличие психотравмы за последний год (несчастный случай, смерть близких, разрыв с любимым человеком)	0	1
10	Недовольство собой (внешность, успехи...)	0	1
	Прибавил ли он/она в весе более чем на килограмм	0	1
11	Раздражительность, агрессивность	0	1
12	Чувство незащищенности	0	1
13	Ощущение безразличия, отчужденности	0	1
14	Чувство тревоги, страха	0	1
15	Сложности, непонятности, непредсказуемости жизни	0	1
16	Чувство обиды, обделенности	0	1
17	Потерял ли он/она в весе более чем на килограмм	0	1
18	Ощущение одиночества	0	1
19	Положительное отношение к самоубийству у знакомых (при наличии ситуации)	0	1
20	Нежелание принять помощь окружающих	0	1
21	Сниженного настроения	0	1
22	Отсутствие цели в жизни	0	1
23	Потерял ли он/она аппетит, или говорит, что ест больше или меньше, чем обычно	0	1
24	Плохое психическое состояние сейчас	0	1
25	Чувство бесперспективности существования	0	1
26	Отсутствие смысла в жизни	0	1
27	Презрение к себе	0	1
28	Чувство тоски	0	1
29	Попытки покончить с собой в прошлом	0	1
30	Чувство отчаяния	0	1
31	Отсутствие жизненных ценностей	0	1
32	«Приведение дел в порядок» (раздаривание предметов личного пользования друзьям, урегулирование конфликтов)	0	1

33	Отрицательное отношение к жизни	0	1
34	Часто ли он/она обвиняет себя за все плохое, что произошло с ним/ней	0	1
35	Периодические мысли о нежелании жить	0	1
36	Чувство безнадежности	0	1
37	Плохое настроение сейчас	0	1
38	Спит ли он/она больше в течение дня, чем обычно	0	1
39	Изменился ли его/ее сон: он/она с трудом засыпает, плохо спит или просыпается слишком рано	0	1
40	Отсутствие страха перед смертью	0	1
41	Чувство безысходности	0	1
42	Желание смерти	0	1
43	Выбор способов самоубийства	0	1
44	Стремление к агрессии (ношение холодного оружия, режущих предметов, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ...)	0	1
45	Нанесение самоповреждений	0	1

Критерии оценки опросника для родителей (45 вопроса)

Сумма набранных баллов:

30 баллов и выше - высокий уровень риска суицидального поведения

29 – 20 баллов – средний уровень риска суицидального поведения

19 - 15 баллов – низкий уровень риска суицидального поведения

14 – 7 баллов – очень низкий уровень риска суицидального поведения

Опросник для преподавателей

(переработанный опросник Columbia DISC Depression Scale (для подростков от 11 лет и старше)

За последнее время (4 недели) отмечали ли Вы у кого-либо из своих учеников жалобы или эмоциональные/поведенческие изменения в виде:

		Нет	Да
1	Чувство отсутствия внешней поддержки	0	1
2	Ощущения собственной невостребованности	0	1
3	Чувство вины, собственной несостоятельности	0	1
4	Чувство напряженности	0	1
5	Трудности в приспособлении к новым условиям, в отношениях со сверстниками	0	1
6	Отсутствие планов на будущее	0	1
7	Плохое физическое здоровье	0	1
8	Чувство растерянности	0	1
9	Наличие психотравмы за последний год (несчастный случай, смерть близких...)	0	1
10	Недовольство собой (внешность, успехи...)	0	1
11	Раздражительность, агрессивность	0	1
12	Чувство отчужденности	0	1
13	Повышенная обидчивость	0	1
14	Нежелание принять помощь окружающих	0	1
15	Отсутствие цели в жизни	0	1
16	Плохое психическое состояние сейчас	0	1
17	Презрение к себе	0	1
18	Отсутствие жизненных ценностей	0	1
19	Отрицательное отношение к жизни	0	1
20	Периодические высказывания о нежелании жить	0	1
21	Плохое настроение (в течение последних 4 недель)	0	1
22	Отсутствие страха перед смертью	0	1
23	Разговоры о способах самоубийства	0	1
24	Стремление к агрессии (ношение холодного оружия, режущих предметов, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ...)	0	1
25	Нанесение самоповреждений	0	1

Критерии оценки опросника для преподавателей (25 вопросов)

Сумма набранных баллов:

20 баллов и выше - высокий уровень риска суицидального поведения

19 – 13 баллов – средний уровень риска суицидального поведения

12 – 8 баллов – низкий уровень риска суицидального поведения