**Диагностический инструментарий педагога-психолога по исследованию**

**аутагрессивного поведения и суицидальных рисков детей и подростков.**

 Врачами-психофизиологами Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова был определен возраст наибольшего риска совершения самодеструктивных действий подростков - 13-17 лет. В условиях массовой школы достаточно сложно отследить развитие группы учеников, а тем более отдельно взятого школьника. Поэтому нам необходимо было выбрать диагностический опросник, небольшой по объему и достаточно простой в обработке, который позволил бы провести предварительный отбор учеников, относящихся к группе риска по данной проблеме. Необходимо помнить, что психодиагностические методики должны соответствовать возрасту несовершеннолетних и задачам обследования.

 Оптимальным, на наш взгляд, может стать опросник «Предварительная оценка состояния психического здоровья», по результатам которого выделяется группа учащихся, способных к подобному типу поведенческих реакций. У данного опросника доказана надежность и валидность. Он небольшой по объему (26 утверждений), прост в обработке (не требуется специальных математических расчетов). С помощью данного опросника можно охватить большое количество учеников одновременно (групповое тестирование). Уже на первом этапе необходимо обратить особое внимание на учеников, имевших в прошлом попытки суицида.

Следующим этапом диагностики, являющимся содержанием второго блока, станет определение актуальных для подростков группы риска проблем: наличие депрессии, проблемы в школе, наличие черт характера, вызывающих проблемное поведение. Для достижения названной цели используются ниже перечисленные методики:

- методика «Тревога и депрессия»

- опросник депрессии А. Бека

- тест школьной тревожности Филлипса (13-14 лет)

- методика «Шкала тревожности» (15-17 лет)

- характерологический опросник К. Леонгарда

 В своей работе я использую тест школьной тревожности Филлипса. Данный тест достаточно информативен для выявления уровня и характера тревожности школьников. Также возможно групповое обследование: каждый ребенок имеет бланк ответов, психолог зачитывает вслух вопросы. Полученная информация позволяет наметить направления коррекционной работы, так же, как и результаты следующей методики.

 По результатам первых двух методик возможно обращение к специалистам ПНД для оказания квалифицированной помощи, так как работа с депрессивными расстройствами не входит в компетенцию педагога – психолога образовательного учреждения. Надо сказать, что депрессивные расстройства являются фактором суицидального риска. Люди, подверженные депрессии, в ходе развития заболевания или при выходе из лечения депрессии антидепрессантами способны на совершение суицида, поэтому так важно своевременное выявление данной категории подростков. Форма проведения данных методик может быть групповая, при этом у каждого тестируемого должен быть вариант опросника и бланк ответов. В результате проведенного исследования может быть выявлена группа лиц с высоким уровнем депрессии, затем необходимо организовать обследование личностных и характерологических особенностей этой группы.

 Также можно применить **Методику «Незаконченные предложения» Е.Даниловой.** Она проста в обработке.

 **Тест «Ваши суицидальные наклонности» З.Королева. Тест «Ваши мысли о смерти»**

 Данные методики являются проективными и соответственно не могут выступать в качестве основных методов. Но они являются хорошими вспомогательными методиками, тем более что тема суицида в них завуалирована. Ребенку нужно просто раскрасить рисунок так, как ему хочется. Впоследствии на основе результатов педагог-психолог может предполагать наличие у ребенка суицидального риска и исходя из этого строить свою дальнейшую работу с ребенком.

Необходимо помнить, что психодиагностические методики должны соответствовать возрасту несовершеннолетних и задачам обследования. Поэтому для начального звена можно применить:

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

Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы +7+4 – «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

 **Методика «Незаконченные предложения»,**вариант методики Saks-Sidney, адаптирована в НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева. Может использоваться для учащихся с 1-го класса. Позволяет оценить отношение к себе, семье, сверстникам, взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.

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

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

 **Методика «Сигнал».**Иматон. Предназначена для экспресс-диагностики уровня суицидального риска и выявление мотивов для жизни. Используется для подростов с 16 лет.

 **Тест выявления суицидального риска у детей А.А. Кучер, В.П. Костюкевич***.*Используется для выявления аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения у учащихся 5-11 классов.

 **Методика диагностики суицидального поведения Горской М.В.** Предназначена для подростков 16-17 лет.

 **Опросник Басса-Дарки***.*Позволяет определить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызения совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

 **Опросник Г. Айзенка**

 **Опросник суицидального риска модификация Т.Н. Разуваевой.**

 Особо хотелось бы оговорить сам процесс проведения диагностических исследований.

 До начала проведения всех процедур необходимо *провести родительское собрание,* на котором мы озвучили цель планируемой работы и ее необходимость. Например, это может быть выступление следующего содержания:

«Для всех присутствующих здесь очень важно, как учатся их дети. Ни для кого не секрет, что увеличивающие нагрузки, повышающиеся требования отражаются на эмоциональном состоянии наших детей. Это и возникновение тревожности, депрессивных состояний, которые самым негативным образом сказываются и на поведении детей (это могут быть и плаксивость, и наоборот - уход в себя, нежелание что- либо делать, пассивность), и на их успеваемости. Для предупреждения возникновения подобных состояний администрацией школы планируется проведение обследования учащихся 8-11 классов на предмет выявления названных эмоциональных состояний и личностных особенностей, требующих особого педагогического подхода и особых воздействий. Ведь чем раньше мы выявим наличие проблем и начнем работать над их решением, тем больших бед мы поможем избежать нашим детям. Благодарим за сотрудничество».

 Для соблюдения прав ребенка необходимо *взять письменное согласие* на проведение диагностического обследования у законных представителей (родителей или опекунов) и, начиная с 14 лет, согласие самого ребенка. На этапе подготовки с классными руководителями оговариваются условия, время и дата проведения первого этапа. При возможности проведение опросника можно приблизить по времени к медицинской диспансеризации, объяснить, что будет выявляться состояние здоровья обучающихся.

 После обработки полученных данных с выявленной группой риска проводится *второй этап исследований,*где используются методики второго блока. Мы предлагаем разбить его на две части: *в первой* проводятся методики на выявление депрессивных состояний, *во второй* –некоторых личностных особенностей (акцентуаций характера, тревожности). Можно применить **характерологический опросник К. Леонгарда,** он может проводиться как индивидуально, так и в группе. Полученные данные обрабатываются, возможно, обозначится круг лиц, которым необходима профессиональная помощь психиатра, психотерапевта. Для данной категории детей составляются соответствующие заключения, которые выдаются на руки родителям или законным представителям. Затем родители или опекуны принимают решение о необходимости обращения за помощью к названным выше специалистам. Хочется напомнить, что при работе с подростками имеет место составление *нескольких заключений*:

1. *Для внутреннего пользования* (закрытая информация, которая может быть использована при общении с психологами, врачом- психиатром): с подробным изложением полученных, зафиксированных на момент проведения обследования, данных, психологического диагноза;
2. *Для педагогов:* доступная информация, где акцент сделан на описание форм педагогической коррекции выявленных особенностей, указанием положительных качеств, на которые необходимо опираться при проведении образовательного и воспитательного процесса;
3. *Для родителей:* подробная информация с описанием рекомендации по общению с данным подростком, воспитательных воздействий, необходимых в данный момент испытуемому;
4. *Для подростков:* дозированная информация, в которой даются рекомендации по решению выявленных проблем в ходе индивидуальной консультации.

 В соответствии с должностными инструкциями педагога-психолога образовательного учреждения необходимо выполнение принципа соблюдения *конфиденциальности полученной специалистом информации.*

 Мне хотелось бы подробнее остановимся на процедуре проведения беседы с педагогами по результатам диагностики.

 В начале разговора я предлагаю сообщить педагогам о результатах проведенного мониторинга в целом по городу, который позволил выявить наиболее часто встречающиеся причины обращения за помощью при выявлении признаков суицидального поведения:

1) конфликтные отношения с родителями, педагогами, другими взрослыми (18,6%);

2) ухудшение успеваемости в школе (16,6%);

3) трудности в установлении межличностных контактов (15,8%);

4) агрессивное поведение, озлобленность (13,5%);

5) неустойчивое, демонстративное поведение (12,9%).

 Сложная и ответственная задача перед педагогом- психологом в данной ситуации - принятие решения о степени открытости и доступности предоставления информации учителю. Здесь важно опираться на наблюдения психолога за поведением учителей в первой части консультации. В том случае, если у педагога выявляется непринятие данного ребенка, агрессивность по отношению к нему или же высокий уровень профессиональной деформации, или низкий уровень культуры поведения (а такое, к сожалению, встречается), то информацию по результатам обследования лучше вообще не предоставлять, так как она может быть использована во вред ребенку. Важно соблюсти основной принцип психологии - не навреди. Для принятия решения можно опираться на наблюдения не только во время беседы, но и в повседневной жизни: каков стиль взаимодействия данного педагога с учениками, коллегами, родителями, присутствует ли конфликтность, директивность, склонность к вербальной агрессии. Все эти проявления свидетельствуют о неготовности педагога к работе по профилактике суицидального поведения.

 Таким образом**,** dыявив предрасположенность к попыткам суицида, нужно постоянно держать ребенка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Проводить коррекционную и профилактическую работу.

 Несмотря на разнообразие методов диагностики суицидального поведения, точная регистрация суицидальных намерений пока невозможна, так как психологи не могут охватить вниманием все ситуации, которые могут спровоцировать суицид. Кроме того, личность человека, его психические состояния – это, во многом, тайна, загадка.

**Литература**

1. Акопян, К.З. Самоубийство: проблема мотивации (размышления в связи с психологическим этюдом Н.А. Бердяева «О самоубийстве» // Психологический журнал, 2015.
2. Амбрумова, А.Г., Бородин, С.В., Михлин, А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 2016.
3. Амбрумова, А.Г., Вроно, Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2016.
4. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 2015.
5. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Профилактика суицидального поведения. – М., 2016.
6. Бадьина, Н.П. Преодоление последствий психической травмы у детей и подростков: Методические рекомендации для педагогических работников. – Курган, 2017.