

Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальних намірів.

Вашека Т.В.

Підліткове самогубство залишається в Україні головною проблемою для професіоналів, що працюють в школах. Через поширення самогубства серед молоді та збільшення вимог до шкіл щодо його превенції, необхідна науково обґрунтована профілактична програма, а також підвищення рівня обізнаності шкільних працівників з основами профілактики самогубства у підлітків для забезпечення кваліфікованої допомоги. Це надзвичайно важливо для шкільних психологів, консультантів, що працюють з підлітками та соціальних педагогів. На жаль, багато професіоналів, що працюють в школах, не отримують в процесі навчання адекватних знань та вмінь для здійснення профілактики самогубства. Крім того, існує певна кількість книг та публікацій стосовно дитячих та підліткових самогубств, але більшість з них зосереджують увагу на діагностиці та психотерапевтичній допомозі вже після скоєння суїциду, а не на його профілактиці.

Через ріст рівня суїциду серед підлітків та суперечок стосовно ролі школи в профілактиці самогубства ця проблема набуває надзвичайного значення і потребує термінового розгляду. Саме на її вирішення спрямовано лист Міністерства освіти і науки України від 27.06.2001 р. №1/9-241 „Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків” (7). Там сказано про необхідність попередження самогубств серед учнів і основним засобом є „ретельне психолого-педагогічне виявлення дітей, чії особистісні риси створюють підвищений ризик суїциду”. Але на жаль для виявлення суїцидальних тенденцій недостатньо визначити особистісні риси. Як свідчать дослідження московської школи суїцидології (1), для віднесення людини до групи ризику стосовно скоєння самогубства необхідно встановити ряд факторів ризику (аж 31), серед яких: дані анамнезу (попередня суїцидальна спроба), сімейний стан, аналіз актуальної конфліктної ситуації, а також ряд особистісних рис, які можна встановити за допомогою великої кількості

діагностичних методик. До того ж дана карта розроблена для визначення **ризиків повторного самогубства** і не підходить для роботи з профілактичною метою. В даній статті ми розглянемо основні підходи до профілактики підліткового самогубства і спробуємо запропонувати простий та доступний спосіб вирішення цієї проблеми.

В зарубіжній літературі описано ряд превентивних заходів, спрямованих на попередження підліткового самогубства. Останні роки там проводиться активна робота по профілактиці самогубства в школах. Існує юридична відповідальність шкільних професіоналів за неадекватну чи відсутню профілактику самогубства. Ми розглянемо основні підходи до профілактики самогубства в школах. Оскільки рівень самогубства набагато вищий серед підлітків віком 14-17 років, то саме на цій віковій категорії буде зосереджена увага.

Профілактична діяльність може бути поділена на 2 рівня: первинна та вторинна (третинна профілактика, що включає реабілітаційні заходи вже після спроби самогубства, нами розглядатися не буде). **Первинна профілактика** спрямована на попередження проблеми. Основне завдання – не допустити, щоб проблема виникла. **Вторинна профілактика** включає наявність проблеми у індивіда, її ідентифікацію на початковій стадії, до того, як проблема стане серйозною. Основне завдання – зменшення тривалості проблеми та її інтенсивності. При профілактиці самогубства в школах рекомендуються заходи, що включають обидві форми профілактики.

Існує ряд програм для первинної профілактики підліткових самогубств, що містять службові тренінги для вчителів, контроль за зброєю та інформацією в ЗМІ стосовно самогубства. Найбільш поширеними є **освітні** програми профілактики, що входять до учбового плану. Вони бувають двох типів: перший підхід ґрунтується на створенні в школі позитивного психологічного клімату та включає тренінги для всіх учнів по вирішенню проблем та життєвого ствердження; інший, більш поширений підхід, орієнтований на пряме обговорення з учнями в класі проблеми самогубства.

Основна мета даних програм: 1. підвищення рівня обізнаності учнів стосовно підліткового самогубства; 2. тренування учнів в розпізнаванні можливих ознак суїцидальної поведінки з метою допомоги своїм одноліткам; 3. ознайомлення учнів з існуючими шкільними та громадськими ресурсами для надання допомоги.

З цими програмами працюють переважно шкільні психологи та вчителі, і вони спрямовані на учнів 9-11 класів, іноді на 7-8. Інформація частіше представлена в дидактичному форматі, за якого спеціаліст повідомляє учням необхідні знання, але може набувати форми групового обговорення проблеми. Більшість програм не оцінюється з точки зору їх ефективності, хоча відомі й такі спроби: вивчаються зміни в обізнаності підлітків стосовно проблеми самогубства, а також в їх ставленні до нього. В більшості випадків такі зміни незначні або відсутні взагалі. В зв'язку з цим та ще через інші причини освітній підхід до профілактики підліткового самогубства був розкритикований. Так, на думку деяких авторів (9), освітні програми дестигматизують явище самогубства, позбавляють його відтінку заборонності та ганебності, а отже нормалізують та роблять більш прийнятною поведінку, яку хотіли не допустити, що в свою чергу може привести до поширення негативних настроїв та думок.

Інший недолік освітніх програм – це їх безумовне прийняття того, що обізнаність і профілактика є синонімами, і що обізнаність сама по собі може привести до зміни поведінки. На прикладі інших освітніх програм (профілактика таких соціальних проблем як СНІД, вживання наркотиків та підліткова вагітність) можна зробити висновок, що наявність інформації не завжди приводить до змін в поведінці. До того ж освітні програми для профілактики самогубства оцінювали зміни в знаннях та ставленні, а не в поведінці. Також існує проблема пропуску занять, що більш характерно для підлітків із порушеннями поведінки, і таким чином частина школярів, які, можливо, найбільше потребують допомоги, не потрапляють під вплив освітніх програм. І останнє зауваження до освітніх програм – це їх

розсіювання: вони залучають велику кількість учнів, хоча насправді необхідні лише для невеликого відсотку присутніх.

Отже, існує ряд програм первинної профілактики підліткових самогубств, кожна з яких має свої недоліки та позитивні риси. Всім їх властива спільна риса – первинна профілактика пасивна за своїм визначенням. Професіонали надають всім учням рівну інформацію і чекають на їх ініціативу – учні повинні звертатися за допомогою самі. Але є група підлітків, що потребує посиленої уваги і втручання вже зараз – підлітки з наявністю суїцидальних намірів. І саме для їх виявлення і застосовуються заходи вторинної профілактики.

Шкільні програми профілактики підліткового суїциду більш ефективні, коли учні з високим рівнем ризику суїциду визначаються через пряме вимірювання. Подібний підхід використовується при **вторинній профілактиці**. Мета вторинної профілактики – уникнення прогресування вже існуючої проблеми до більш серйозних форм. Зусилля спрямовані на виявлення підлітків з ризиком самогубства та на надання їм професійної допомоги. Пропонувались різні підходи до визначення підлітків з ризиком суїцидальної поведінки шляхом прямого вимірювання. Найбільшого поширення за кордоном набуває **скринінговий підхід** (від англ. screening – відбір, відсів, просіювання). Спеціалісти зосереджуються на вузькому діапазоні поведінки, тісно пов'язаної з самогубством. Наприклад, Reynolds (11) запропонував процедуру для визначення групи ризику самогубства через самозвіт та індивідуальне інтерв'ю. Ця двоступенева модель включала, по-перше, вимірювання з використанням короткого самозвіту – Опитувальник суїцидальних ідеяцій, спрямованого на визначення підлітків з підвищеним ризиком самогубства. Всі учні, що набрали значиму кількість балів, потім індивідуально проходили структуроване клінічне інтерв'ю, щоб визначити специфіку ризику суїцидальної поведінки. З першого погляду запропонована схема дослідження дуже проста і здається досконалою. Дійсно, підлітки проходять через послідовність видів суїцидальної поведінки, що починається

з суїцидальних ідеацій, продовжується в суїцидальних погрозах, спробах і завершується самогубством. Також, багато дослідників стверджують, що підлітки відверто і чесно відповідають на прямі запитання стосовно суїцидальних намірів, що підтверджує цінність самозвітів та інтерв'ю.

На жаль, існує ряд недоліків при використанні цієї моделі. По-перше, батьки і шкільний персонал можуть стверджувати, що подібні процедури можуть привести підлітків без суїцидальних ідеацій до їх виникнення в результаті участі в профілактичній програмі. Хоч і не існує емпіричних підтверджень подібного впливу, тема самогубства настільки емоційно навантажена, що запропонована модель може привести до стійкого опору з боку людей, підтримка яких необхідна при проведенні ефективного опитування. По-друге, самозвіти ніколи не були точним та досконалим інструментарієм. Крім того, часто цей опитувальник виявляє підлітків без дійсних суїцидальних ідеацій, що потребує подальшого відсіювання в ході інтерв'ю. З іншого боку, проблема самогубства настільки серйозна, що краще визначити „зайвих” учнів, ніж пропустити підлітків з високим ризиком суїциду. Не дивлячись на ряд проблем, пов'язаних з використанням самозвітів та інтерв'ю, вони дійсно дають можливість визначити групу ризику суїциду і є найбільш зручними та достовірними методами.

Ми змушені констатувати відсутність в Україні психодіагностичних методик, які дають можливість встановити наявність у підлітка суїцидальних намірів. В зв'язку з цим на сьогодні профілактика суїцидальної поведінки в школах можлива лише в формі просвітницької роботи з школярами, вчителями та батьками стосовно ознак суїцидальної поведінки, її проявів та надання інформації про можливість психологічної чи психіатричної допомоги.

В зв'язку з вище вказаними проблемами автором запропонована власна методика, спрямована на визначення суїцидальних тенденцій у підлітків, причому ще до маніфестації суїцидальної поведінки – „Опитувальник суїцидальних намірів”. В основу розробленої методики лягла класифікація

суїцидальної поведінки, запропонована авторським колективом в „Глосарії суїцидологічних термінів” (3). Як згадувалось вище, суїцидальна поведінка розгортається починаючи від пасивних антивітальних думок, проходить стадію усвідомлення власне суїцидальних уявлень, фантазій, до них приєднується елемент прийняття рішення та планування (наміри, задуми, обирання методу та місця скоєння самогубства), і кінцевим етапом суїцидальної поведінки є скоєння спроби або самогубства з летальним наслідком. Методика дозволяє встановити, на якому етапі розгортання суїцидальної поведінки знаходиться підліток, а також частоту виникнення суїцидальних тенденцій і його ставлення до самогубства. Окрім того, окрема шкала методики спрямована на вимірювання ставлення досліджуваного до життя та смерті. В основу останньої шкали лягла концепція Kovacs (10), в якій стверджується, що суїцидальність залежить від двох основних факторів: ставлення до життя, яке може бути позитивним та негативним, та ставлення до смерті (також в обох варіантах). Максимально вираженою буде суїцидальність у тих людей, які негативно ставляться до життя та позитивно – до смерті.

Методика складається з 31 запитання, на які запропоновані кілька варіантів відповіді, і містить 2 шкали: Шкала суїцидальності та Шкала ставлення до життя та смерті. Для обрахунку результатів тестування бали, отримані по обом шкалам, сумуються і визначається ступінь вираження суїцидальності, що може знаходитись в межах від 0 до 86. Тестування може проводитись як в групі (з метою скринінгової діагностики), так і в усній формі при індивідуальній консультативній бесіді. Також при необхідності можна використовувати лише одну Шкалу суїцидальності, якщо є потреба з'ясувати, на якій стадії розгортання суїцидальної поведінки знаходиться підліток. В залежності від мети використання методики можна формулювати різні інструкції. Так, в нашому дослідженні ми намагалися з'ясувати частоту виникнення суїцидальних намірів у підлітків і тому не вказували конкретний проміжок часу. У випадку, коли цікавить динаміка суїцидальних намірів за

конкретний період, можна уточнити інструкцію: Згадайте, будь-ласка останні три місяці (чи рік) і вкажіть, які саме думки чи дії з наведених нижче у вас зустрічалися в цей період і як часто.

Приклади запитань із Шкали суїцидальності:

„Як часто вам приходять в голову думки: „Жити не варто”, „В моєму житті немає сенсу”? а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі і більше.

„Чи обмірковували ви, що саме напишете в останній записці?”

„Як часто ви продумували спосіб, час та місце скоєння самогубства?”

Приклади запитань із Шкали ставлення до життя та смерті:

„Я вірю в життя після смерті”. а) повністю не згоден; б) швидше не згоден; в) швидше згоден; г) повністю згоден.

„Від думки про смерть мені стає моторошно”.

„Життя – це довга виснажлива боротьба із труднощами”.

Встановлення надійності та валідності методики.

Внутрішня узгодженість методики знаходилась за допомогою показника альфа Кронбаха. Вибірка складалась із 70 підлітків, школярів загальноосвітніх середніх шкіл, віком від 13 до 17 років. Показник альфа Кронбаха по тесту в цілому становить 0,7031. Окремо обраховано внутрішню узгодженість Шкали суїцидальності (альфа Кронбаха становить 0,8325) та Шкали ставлення до життя та смерті (альфа Кронбаха становить 0,5526).

Ретестова надійність вимірювалась через місяць після першого тестування на тій самій вибірці. Коефіцієнт кореляції Пірсона обраховувався між результатами першого та другого тестування і становить 0,4170, де $p=0,002$.

Валідність.

Критеріальна валідність вимірювалась шляхом співставлення результатів тестування з експертними оцінками практичних психологів. Групі експертів, що складалася з 5 чоловік, було запропоновано оцінити 35 підлітків щодо вираження у них суїцидальних намірів за 5-бальною шкалою

незалежно від експериментатора. Після чого підліткам пропонувалось заповнити „Опитувальник суїцидальних намірів”. Результати експертної оцінки та отримані за „Опитувальником” бали оцінювались на наявність значимого зв'язку за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона. Отриманий коефіцієнт становить 0,8, $p=0$.

Конструктна валідність визначалась на основі співставлення результатів „Опитувальника” з іншими методиками, конструктивний зміст яких відомий. Автором було зроблено припущення, що дані, отримані за „Опитувальником”, будуть мати позитивну кореляцію зі шкалою депресії, темою смерті та самогубства в ТАТ (4) та негативно корелюватимуть із показниками Тесту смисложиттєвих орієнтацій (5).

Для вимірювання ступеню вираження депресивного стану використовувалась Методика диференційної діагностики депресивних станів Зунге в адаптації Т.І.Балашової (6). Коефіцієнт кореляції „Опитувальника” зі шкалою депресії становить 0,4045, $p=0,001$.

При застосуванні проєктивної методики ТАТ (яка пропонувалась до пред'явлення „Опитувальника” з метою уникнення появи у досліджуваних суїцидальної тематики після відповіді на запитання „Опитувальника”) обраховувалась кількість згадувань в розповідях теми самогубства та її деталізація (Детальніше про використання проєктивних методик з метою діагностики суїцидальних намірів див. Вашека Т.В. Використання проєктивних методик з метою діагностики суїцидальних тенденцій у підлітків. (2)). Кореляція між балами суїцидальних намірів та результатами ТАТ значима на рівні 0,01.

Як і очікувалось, показники Тесту смисложиттєвих орієнтацій негативно корелюють з результатами „Опитувальника”. Коефіцієнт кореляції результатів „Опитувальника” та Загального показника ставлення до життя становить $-0,2967$, $p=0,015$; шкали Цілі життя: $-0,3950$, $p=0,001$; шкали Результативність життя: $-0,3342$, $p=0,006$; шкали Процес життя: $-0,3274$, $p=0,007$; шкали Локус контролю Я: $-0,2267$, $p=0,065$; шкали Локус контролю життя : $-0,2879$, $p=0,018$.

Факторний аналіз.

Дані, отримані в результаті тестування 70 досліджуваних, підлягали факторному аналізу. В якості методу вилучення факторів використовувався метод головних компонент, обертання – варимакс.

В результаті факторного аналізу виділилось 3 фактори, два з яких були психологічно значимі, а ще один включав запитання, між якими важко було знайти спільну рису. В зв'язку з цим в наступному аналізі було задано два фактори. Навантаження більше 0,3 розглядались як значимі. Фактор 1 отримав назву „суїцидальності” і був представлений 12 завданнями, а фактор 2 – „ставлення до життя та смерті” – вміщав 19 завдань. (Необхідно зазначити, що в факторі 2 можна було б виокремити ще один – ставлення до самогубства, але ми вирішили, що поняття самогубство та смерть настільки схожі, що для простоти методики цим „внутрішнім” фактором можна знехтувати).

Висновки.

Розробка „Опитувальника суїцидальних намірів” була викликана необхідністю у валідному дослідницькому інструментарії для виявлення підлітків з суїцидальними думками та для дослідження значимих кореляцій суїцидальних намірів. Надзвичайно важливою є рання діагностика суїцидальної поведінки ще до її маніфестації, так як існує велика ймовірність її переростання в суїцидальні спроби чи самогубство, що було показано в ряді зарубіжних досліджень (8).

„Опитувальник суїцидальних намірів” має значний потенціал як дослідницький інструментарій. Він розроблявся в межах авторського дослідження для встановлення різниці між індивідами в мірі вираження суїцидальних намірів, але може застосовуватись з метою встановлення кількісних змін в результаті психотерапії. Але головне значення розробленої методики – це можливість її використання в скринінгових обстеженнях

школярів підліткового віку з метою профілактики суїцидальної поведінки. Саме в межах вторинної профілактики „Опитувальник” дозволяє за короткий час (від 15 до 20 хвилин) провести обстеження великої кількості учнів, причому в умовах групового тестування, і одразу діагностувати групу підлітків, у яких наявні різні прояви суїцидальної поведінки.

Але, на наш погляд, лише результатів тестування „Опитувальником” недостатньо. Доцільно було б після його застосування з кожним з підлітків, в яких виявлена суїцидальна поведінка, провести індивідуальну консультативну бесіду з метою встановлення актуальності, гостроти суїцидальних намірів саме зараз і, відповідно до ситуації, проводити психологічну роботу як з ними, так і з їх батьками.

Література.

1. Амбрумова А.Г. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Методические рекомендации. – Ленинград, 1983.
2. Вашека Т.В. Використання проєктивних методик з метою діагностики суїцидальних тенденцій у підлітків.// Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Випуск 19, 2003, с.55.
3. Глоссарий суицидологических терминов. Метод.пособие. К.: 1998. – 54 с.
4. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное. М.: Смысл, 2000. – 254 с.
5. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М.: «СМЫСЛ», 1992. – 16 с.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: «БАХРАХ – М», 2002, с.82-83.
7. Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Лист МНО № 1/9-241 від 27.06.2001. //Практична психологія та соціальна робота. №7, 2001, с. 45-47.
8. Beck, A.T.,& Lester, D. Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. The Journal of Psychology, 1976, 91, 35-38.
9. Berman, A. L. (1991). Suicide interventions in schools: Critical reflections. In A. A. Leenaars & S. Wenckstern (Eds.), Suicide prevention in schools (pp. 243-255). Washington, DC: Hemisphere.
10. Kovacs, M. and Beck, A. (1997). The wish to die and the wish to live in attempted suicide. Journal of Clinical Psychology, 33, 361-365.
11. Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. Family Community Health, 14, 64-75.