

Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи

Банников Г. С.*,

Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ
НМИЦ ПН имени В.П. Сербского Минздрава
России, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
bannikov68@mail.ru

Вихристюк О.В.**,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
axsolotl@mail.ru

Федунина Н.Ю.***,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
natalia_fedunina@mail.ru

Представлены результаты скрининга потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения на выборке более 6000 несовершеннолетних подростков. Обследование проводилось в два этапа — 1-й этап: фронтальное тестирование с помощью пакета методических средств (шкалы безнадежности, одиночества, опросник склонности к агрессии Басса—Перри, индекс хорошего самочувствия, опросник «Личностные ценности», опросник личностных расстройств, шкала FACES-3) с последующим автоматизированным выделением групп риска по степени тяжести, маркеров кризисного состояния; 2-й этап: проведение индивидуальных диагностических интервью (выборочно из числа группы риска) с целью определения выраженности психологического неблагополучия и последующим формированием стратегий медико-психологического сопровождения. Во фронтальном обследовании рассмотрены потенциальные и акту-

Для цитаты:

Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91—101. doi: 10.17759/pse.2018230409

* Банников Геннадий Сергеевич, кандидат медицинских наук, отделение клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии — Филиала ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: bannikov68@mail.ru

** Вихристюк Олеся Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: axsolotl@mail.ru

*** Федунина Наталия Юрьевна, кандидат психологических наук, Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: natalia_fedunina@mail.ru

альные факторы риска и выделены 4 подгруппы, различающиеся по степени тяжести психологического состояния и стратегией психологического сопровождения. Установлено, что в двух группах центральным явилось наличие кризисного состояния и еще в двух — склонность к агрессии и возможные акцентуации характера. На втором этапе обследования было проведено 225 индивидуальных диагностических интервью (выборочно из числа групп риска) с целью определения выраженности психологического неблагополучия и последующим формированием стратегий медико-психологического сопровождения. Детально обсуждаются характеристики группы с выраженной склонностью к самоповреждению, нуждающейся в пролонгированной психологической и в отдельных случаях специализированной медицинской помощи. Делаются выводы о значимых составляющих и ключевых компонентах проведения скрининга и профилактики риска суицидального и самоповреждающего поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подросток, скрининг, профилактика суицидального поведения.

Выявление неспецифических факторов риска суицидального и самоповреждающего поведения в общей популяции при помощи скрининговых процедур является одним из базовых форматов первичной профилактики суицидального риска [8; 9]. В зарубежных программах чаще всего проводят диагностику следующих факторов риска: депрессия, злоупотребление ПАВ, прошлые попытки суицида и случаи самоповреждения. Такие масштабные скрининговые проекты, как Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention, ориентированы на оценку риска суицидального поведения в общей популяции подросткового и юношеского возраста. Оппоненты применения скрининговой системы отмечают вероятность ложноположительных и ложноотрицательных результатов и потенциальный ятрогенный эффект. Однако в масштабном рандомизированном контролируемом исследовании не было выявлено ятрогенного эффекта, повышения дистресса или суицидальных мыслей [2; 7]. Напротив, повышение дистресса для подростков, имеющих суицидальные мысли и намерения, можно ожидать при умолчании этой темы. Однако и сторонники, и противники сходятся в том, что ключевым требованием является наличие системы реагирования и специализированных учреждений, куда можно было бы направить подростков по результатам скрининга. В соответствии с принятыми международными

стандартами проведения скрининга была разработана поэтапная система оценки риска суицидального поведения.

Цель скрининга: первичное выявление обучающихся с признаками актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения.

Теоретико-методологическое обоснование предлагаемого скрининга: интерперсональная теория суицида [4], модель развития суицидального поведения у подростков [6], когнитивные модели суицидального поведения [8; 10], теория социально-психологической дезадаптации А.Г. Амбрумовой [1].

Методики: шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck), шкала одиночества (UCLA версия 3, Д. Расселл 1993), опросник склонности к агрессии Басса — Перри (BPAQ, A.H. Buss, M.P. Perry), индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ), опросник «Личностные ценности», разработанный ЦЭПП МГППУ [6], опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Huler, 1987), опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3/Тест Олсона). В 2013—2014 гг. Центром экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО МГППУ был разработан программный продукт с использованием ИКТ-технологий, направленный на выявление актуальных и потенциальных факторов суицидального риска у несовершеннолетних [6].

Организация обследования и дальнейшего психолого-социального сопровождения

Скрининг проводится в два этапа: фронтальное тестирование и индивидуальное обследование обучающихся группы риска.

1 этап — тестирование проводилось очно, фронтально, в электронном виде с помощью программного продукта «Скрининг актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения у несовершеннолетних» и включало пакет методических средств (шкалы безнадежности, одиночества, опросник склонности к агрессии Басса—Перри, индекс хорошего самочувствия, опросник «Личностные ценности», опросник личностных расстройств, шкалу FACES-3) с последующим автоматизированным выделением групп риска по степени тяжести, маркеров кризисного состояния. Обследуемым скрининг представляется как плановая оценка их настроения и психологического благополучия. При проведении анализа результатов скрининга учитывались не только формальные критерии опросников, но и данные по отдельным ключевым для анализа вопросам, выявленные в ходе предыдущих исследований [2; 3].

2 этап — проведение индивидуальных диагностических интервью (выборочно из числа групп риска) с целью определения выраженности психологического неблагополучия и последующим формированием стратегий медико-психологического сопровождения. Специалистами (психолог, клинический психолог, психиатр) проводилась диагностическая беседа с обучающимися предварительно выделенной группы риска. По результатам диагностических интервью подтверждалась или опровергалась принадлежность опрошенных к группе риска: наличие кризисного состояния, самоповреждающего поведения; наличие потенциальных факторов риска социально-психологической дезадаптации.

Результаты первого этапа

Скрининг в период 2013—2017 гг. прошли более 6000 обучающихся образовательных организаций города Москвы, Ленинградской области, Чукотской автономной области. Из них 3502 лица женского пола и 2498 —

мужского пола. Средний возраст составил 15,6 года. Из общего числа обследованных к условной норме отнесено 3810 (63,5%) обучающихся; к предположительной группе риска по актуальным и потенциальным факторам — 2190 (36,5%) опрошенных.

К актуальным факторам риска нами были отнесены следующие показатели: негативные представления о своем прошлом, настоящем и будущем, переживания одиночества, своей ненужности, симптомы депрессии, склонность к неосознаваемой и плохо контролируемой агрессии.

Из группы риска (№ 2190) по результатам скрининга 339 (15,47%) опрошенных демонстрируют умеренную или тяжелую степень переживания безнадежности. По ключевым вопросам методики А. Бека (показатель «безнадежность») группа риска составила 123 (5,6%). У 523 (23,88%) респондентов выявлена высокая выраженность переживания одиночества (выше 34 баллов). По ключевым вопросам опросника одиночества Расселла группа риска уменьшилась до 208 (9,49%). По формальным критериям опросника «Индекс хорошего самочувствия» проявления депрессии наблюдаются у 908 (41,46%) опрошенных. Однако такой большой процент объясняется частыми жалобами на недосыпание, тревожность. Группа риска с жалобами на ангедонию и устойчивое снижение настроения составила 256 (11,7%). Тенденции к проявлениям физической агрессии отмечаются у 830 (37,89%) опрошенных, гнев — 854 (38,99%), враждебности — 918 (41,91%) респондентов. В связи с тем, что в настоящее время «нормы» по данной методике разработаны только для взрослых респондентов, предполагается, что несовершеннолетние могут иметь более высокие показатели по опроснику Басса—Перри в силу низкого уровня дифференциации своих эмоций и стратегий совладания. Кроме того, в исследованиях отмечается легализация ряда форм агрессивного поведения [5], что может проявляться в полученных результатах.

К потенциальным факторам риска мы отнесли признаки предварительно выделенных акцентуаций характера и сбалансированность/ несбалансированность семейных отношений.

Данные скрининга свидетельствуют о наличии у респондентов акцентуаций нарциссического типа — 745 (34,01%), эмоционально-неустойчивого типа — 788 (35,98%), негативистического — 766 (34,97%). Положительно ответили на вопрос о наличии фактов самоповреждающего поведения 711 (32,47%) респондентов. Несбалансированность (экстремальный уровень) семейной структуры отмечается у 16,0% опрошенных. Опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3/Тест Олсона) оценивал уровень семейной сплоченности. Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы. Выявлены корреляции между экстремальным уровнем семейной дисфункции, пограничной структурой личности и безнадежностью. Группа риска по ключевым вопросам методики составила 165 (7,5%).

В зависимости от сочетания проявлений потенциальных и актуальных факторов из группы риска (№ 2190) выделены 4 подгруппы, существенно прогностически различающихся по степени тяжести психического состояния и необходимости экстренного вмешательства (интервенции). Критерии выделения подгрупп:

1-я группа несовершеннолетних формируется по 2 облигатным показателям: 1) положительный ответ на вопрос «Я наносил себе физический вред», 2) высокие параметры хотя бы по одному из опросников или/и «безнадежность», или/и «одиночество», или/и «депрессия». То есть наличие признаков актуального кризисного состояния. Естественно, что в качестве факультативных показателей в этой группе могут встречаться завышенные результаты и по другим шкалам. В 1-ю группу, названную «самоповреждения, кризисное состояние», вошло 247 (12,51%) подростков.

2-я группа несовершеннолетних формируется по одному облигатному показателю: 1) высокие параметры хотя бы по одному из опросников или/и «безнадежность», или/и «одиночество», или/и «депрессия». Так же, как и в первой группе, в качестве факультативных симптомов могут встречаться завышенные результаты и по другим шкалам. Ос-

новным отличием от первой группы является отрицательный ответ на вопрос о самоповреждающем поведении. 2-я группа, названная «кризисное состояние», объединила 578 (26,39%) подростков.

3-я группа несовершеннолетних формировалась по одному из двух (вместе или раздельно) облигатных показателей: завышенные результаты по опроснику склонности к агрессии Басса—Перри и опроснику расстройств личности PDQ-IV. Факультативных параметров в этой группе не предполагается. 3-я группа, названная «агрессия, акцентуация», включила в себя 627 (28,63%) подростков.

4-я группа несовершеннолетних образовалась по одному облигатному показателю: положительный ответ на вопрос «Я наносил себе физический вред». В качестве факультативных симптомов могут быть превышающие норму результаты по опросникам склонности к агрессии Басса — Перри и расстройств личности PDQ-IV. 4-я группа, названная «самоповреждения, агрессия, акцентуация», состояла из 711 (32,47%) подростков.

Таким образом, основой для отнесения к 1-й и 2-й группам явилось наличие кризисного состояния, а основой для 3-й и 4-й группам — склонность к агрессии и/или возможные акцентуации характера.

В отношении 1-й группы (247 (12,51%)) был проведен дополнительный анализ по параметрам: 1) ведущий механизм самоповреждающего поведения; 2) способы самоповреждающего поведения; 3) стратегии совладания; 4) личностные ценности.

Распределение по механизмам самоповреждающего поведения: на фоне субъективно значимого непереносимого события — 36%, на фоне существующего депрессивного состояния — 34%, как реакция декомпенсации у акцентуированной личности, как правило, демонстративно шантажного характера — 25%, подражание — 5%;

Основные способы самоповреждающего поведения среди подростков: самопорезы — 65% самоубийства — 15%, отравления — 10%, прижигание кожи — 5%;

Стратегии совладания. Подростки группы риска по самоповреждающему поведению

значимо отличались от сверстников по выраженности практически всех стратегий совладания: конфронтации ($p=0,000$), дистанцирования ($p=0,004$), принятия ответственности ($p=0,000$), избегания-бегства ($p=0,000$), планирования ($p=0,001$) и положительной переоценки ($p=0,026$) (критерий Манна—Уитни). Для них характерен более высокий уровень конфронтации, дистанцирования, избегания-бегства и принятия ответственности, а также недостаточная представленность стратегий планирования и положительной переоценки.

Личностные ценности. Респонденты с историей самоповреждающего и суицидального поведения значимо отличались от сверстников более низкой степенью согласия с утверждением «Я считаю, что главная ценность человека — это его жизнь» ($p=0,001$), а также более высокой степенью согласия с «Меня интересуют группы в социальных сетях, посвященные темам смерти» ($p=0,000$) по критерию Манна—Уитни. Так, ответы «полностью поддерживаю» и «в целом согласен» с интересом к группам смерти в сети были выбраны 22,4% респондентов с историей самоповреждения и 4,6% группы условной «нормы». Несмотря на то что эпизоды самоповреждения или попытки самоубийства могут остаться в

прошлом, снижение ценности жизни может оставаться стойким.

Результаты второго этапа исследования

Для подтверждения данных скрининга с 2016—2017 гг. сотрудниками ЦЭПП МГППУ были проведены 225 индивидуальных диагностических интервью с подростками четырех групп риска.

Из 225 обследованных подростков у 84 (37,34%) результаты скрининга не подтвердились в силу ситуационного, на момент проведения скрининга, эмоционального неблагополучия или завышения результатов у подростков с нарциссическим или пограничным радикалом. У 141 (62,66%) подростка выявлены признаки психического неблагополучия. Из них 123 (87,23%) нуждались в пролонгированном психологическом сопровождении, 18 (12,76%) подросткам было рекомендовано обращение за специализированной, медицинской помощью. Наибольший процент обучающихся с признаками психического неблагополучия выявлялся в первых двух группах, выделение которых было основано на признаках кризисного состояния.

В 1-й группе «самоповреждения, кризисное состояние» из 125 обследованных

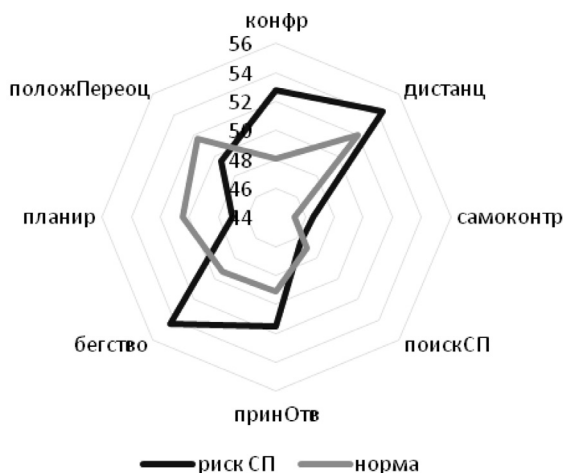


Рис. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска «самоповреждения, кризисное состояние»

42 подростка (33,60%) — норма, 73 подростка (58,40%) нуждались в пролонгированном психологическом сопровождении, 10 подросткам (8,00%) рекомендовано обращение за специализированной медицинской помощью.

Во 2-й группе «кризисное состояние» из 51 подростка, прошедшего обследование, 9 подростков (17,64%) — норма, 39 подростков (76,47%) нуждались в пролонгированном психологическом сопровождении, трем подросткам (5,89%) рекомендовано обращение за специализированной медицинской помощью.

В 3-й группе «агрессия, акцентуация» из 35 обследованных 23 подростка (65,72%) — норма, возрастной кризис, 11 подростков (31,43%) нуждались в пролонгированной психологической помощи, одному подростку (2,85%) рекомендовано обращение за специализированной медицинской помощью.

В 4-й группе «самоповреждения, агрессия, акцентуация» из 14 обследованных 10 подростков (71,42%) — норма, возрастной кризис, четверым подросткам (28,58%) рекомендовано обращение за специализированной медицинской помощью (табл. 1).

1-я группа, нуждающаяся в пролонгированной психологической помощи: 123 (54,66%) обучающихся характеризуются наличием отдельных составляющих кризисного состояния (неясное видение будущего, сложности в общении и поддержке, раздражитель-

ность, неявно сниженный фон настроения) на фоне длительных — как правило, с родителями — конфликтных ситуаций. При этом подростки данной группы в целом находились в компенсированном состоянии, включая тех, кто наблюдается у психолога или у психиатра. Клиническая картина характеризовалась субсиндромальными проявлениями депрессии: на первый план выходила эмоциональная нестабильность, сниженный фон настроения с преобладанием дисфории, с обвинениями окружающих. Характерен низкий уровень интеграции эмоций. Причины декомпенсации: незаметные для других события, косой взгляд, холодные интонации в голосе, особенно со стороны значимых людей, могут вызвать резкую смену настроения. Самоповреждающее поведение отмечалось у 61 подростка, чаще носило демонстративный характер с целью привлечения внимания. 4 подростка в связи с депрессивным состоянием посещали врача-психиатра и принимали поддерживающую терапию. На момент обследования актуальных суицидальных тенденций ни у кого из обследованных не выявлено. Учитывая, что основной проблемой развития начальных проявлений кризисных состояний являлись хронические конфликтные отношения с родителями, основной рекомендацией было направление на семейное консультирование в городские психолого-медико-социальные центры по месту проживания.

Таблица 1

Результаты индивидуального консультирования по группам риска

| Группы риска индивидуальных консультаций учащихся | Прошли индивидуальное консультирование | Норма | Нуждались в пролонгированной психологической помощи | Нуждались в медицинской помощи |
|---|--|----------------|---|--------------------------------|
| 1. Самоповреждающее поведение + кризисное состояние | № 125 | № 42 | № 73 | № 10 |
| 2. Наличие кризисного состояния | № 51 | № 9 | № 39 | № 3 |
| 3. Проявления различных форм агрессии или/и акцентуаций | № 35 | № 23 | № 11 | № 1 |
| 4. Самоповреждающее поведение с агрессией или/и акцентуацией (возможно без признаков психического неблагополучия) | № 14 | № 10 | 0 | № 4 |
| Сумма | 225 (100%) | 84 (37,34%) | 123 (54,66%) | 18 (8,0%) |

2-я группа, нуждающаяся в специализированной медицинской помощи: 18 (8,0%) обучающихся, нуждающихся в консультации психиатра в связи с наличием тревожно-депрессивного состояния.

У 7 подростков наблюдалось длительное, устойчивое (более 2 лет) снижение настроения. В клинической картине преобладали подавленность, переживание вины, своей ненужности, одиночества, безнадежности. Наблюдались различные телесные сенсации, чаще чувство тяжести в области груди, алгии мигрирующего характера. О своих переживаниях родители не рассказывали, считая это ненужным. Отражение негативных переживаний находило в социальных интернет-сетях, в виде антивитаальных высказываний, стихов, рисунков. У всех подростков самоповреждающее поведение — механизм депрессивный. Родители на консультациях часто вели себя агрессивно, активно не соглашаясь с позицией консультанта, заявляя, что они сами со всем справятся. Паттерн поведения преимущественно депрессивный с выраженным перфекционизмом.

У 4 обучающихся кризисное, тревожно-депрессивное состояние развилось на фоне психотравмирующей ситуации (чаще всего неразделенная любовь, на фоне непонимания ситуации и состояния подростка со стороны родителей). В структуре депрессивного состояния на первый план выходила тревога, тесно связанная с переживаниями обиды, оставленности, обвинениями окружающих в непонимании. Присутствовали антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли. Паттерн поведения преимущественно эмоционально нестабильный с нарциссическим компонентом. Родители данной группы подростков, как правило, были настроены на конструктивный разговор.

Трое подростков жаловались на беспричинные колебания настроения длительностью в среднем от двух недель до месяца. С течением времени депрессивные фазы становились более длительными, а состояние — более тяжелым. На высоте депрессивных переживаний наблюдалась тревога с растерянностью, связанной с непониманием

происходящего в психическом состоянии. Настроение было устойчиво сниженным, выявлялась ангедония, когнитивно-мнестическое снижение, соответственно, ухудшалась учеба. Отмечалось наличие самоповреждений импульсивного характера. Наблюдались антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, 2 подростка жаловались на навязчивые мысли о смерти, связанные со страхом, что они «могут с собой что-то сделать». В поведении наблюдался тревожно-уклоняющийся паттерн.

У 3 подростков на фоне астено-депрессивного синдрома наблюдалась негативная симптоматика с преобладанием эмоциональной уплощенности, апатии, снижения мотивационного компонента в учебе. В поведении отмечались замкнутость, необщительность, подозрительность. Увлечения носили часто вычурный характер с промотором сцен насилия (в интернете), чтение комиксов со сценами смерти и насилия, фантазии о самоубийстве. Отмечалась низкая критичность к своему состоянию. Паттерн поведения преимущественно шизоидный.

По результатам индивидуального консультирования предложен алгоритм психолого-педагогического сопровождения подростков группы риска в образовательной организации (табл. 2).

Выводы и результаты

1. Выделение потенциальных и актуальных факторов риска при организации профилактики суицидального поведения в образовательной организации позволяет определить очередность и приоритетность оказания медико-психологической помощи обучающимся группы риска.

1.1. В первую очередь требуют внимания специалистов (школьной психологической службы, медицинских работников) обучающиеся с риском самоповреждающего поведения и имеющие признаки кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность).

1.2. Было выявлено значимое повышение копинг-стратегии «избегание-бегство», отличающее подростков группы риска по самопо-

Таблица 2

Типы алгоритмов психолого-педагогического сопровождения подростков групп риска в образовательной организации

| Тип группы | Признаки выделения | Дальнейшее сопровождение |
|----------------------------------|--|---|
| Актуальный риск 18 (8%) | Кризисное состояние, суицидальные попытки, самоповреждения в истории жизни. Актуальность стрессовой ситуации сохраняется. Не видит выхода из сложившейся ситуации. | Оповещение родителей о наличии риска развития суицидального поведения и рекомендации по направлению в медицинские организации. |
| Потенциальный риск 123 (54%) | Признаки наличия акцентуаций характера, депрессия субклинического уровня, может включать переживания безнадёжности, одиночества, агрессивность. Социально-адаптивен, настроен на помощь. Суицидальных тенденций не выявляется. | Составление индивидуального плана психолого-педагогического сопровождения ребенка (совместно со специалистами школьной психологической службы), Консультирование обучающегося в составе семьи на базах кризисных центров. |
| Риск не подтвердился 84 (38%) | Результаты скрининга не валидны по различным причинам. | Стандартные мероприятия первичной профилактики, без дополнительного обследования. |

вреждающему и суицидальному поведению по сравнению с другими сверстниками. Причем данная копинг-стратегия наблюдается у таких подростков при всех типах актуальных стрессовых событий (тяжелая болезнь, смерть близких, развод родителей, разрыв романтических отношений, трудности в школе, конфликты со сверстниками, конфликтные отношения с родителями), а также при декларируемом отсутствии актуальных стрессоров.

2. Из 225 обследованных подростков у 84 (37,34%) результаты скрининга не подтвердились в силу ситуационного на момент проведения скрининга эмоционального неблагополучия или завышения результатов у подростков с нарциссическим или пограничным

радикалом. У 141 (62,66%) подростка выявлены признаки психического неблагополучия. Из них 123 (87,23%) нуждались в пролонгированном психологическом сопровождении, 18 (12,76%) подросткам было рекомендовано обращение за специализированной, медицинской помощью.

2.1. Наибольший процент обучающихся с признаками психического неблагополучия выявлялся в первых двух группах («самоповреждающее поведение + кризисное состояние» и «наличие кризисного состояния»).

3. Определен тип алгоритма стратегии сопровождения обучающегося в зависимости от наличия психического неблагополучия (соотносимого с определенной группой риска).

Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. М., М-во здравоохранения РФ, 1980. 48с.
2. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 42—68.
3. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных

переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Том 6. № 1. С. 127—146. doi:10.17759/cpp.2016240304
4. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. № 4. С. 21—32.
5. Борисова Д.П., Дворянчиков Н.В. Гендерные факторы формирования агрессивного поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] //

Психология и право. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63776.shtml> (дата обращения: 12.08.2018).

6. Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7—11 классов / Под ред. Вихристюк О.В. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017.

7. Прогноз и превенция самоповреждений и суицидов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 153—169. doi:10.17759/cpp.2017250311

8. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Основные итоги исследований факторов суицидального

риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (дата обращения: 09.03.2016).

9. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М.* Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.

10. *Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. № 3. Т. 47:3/4. P. 372—394.

Applying the Technique for Screening the Risks of Suicidal Behavior in Adolescents and Young People

Bannikov G.S.*,

Moscow State University of Psychology & Education; Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia, bannikov68@mail.ru

Vikhristyuk O.V.**,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, axsolotl@mail.ru

Fedunina N.Yu.***,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, natalia_fedunina@mail.ru

The article presents screening results for potential and actual risk factors of suicide behavior in adolescents. The sample consisted of more than 6,000 minors aged between 13 and 18. The study included two stages: testing (scales of hopelessness and loneliness, Bass-Purpy Aggression Questionnaire, index of well-being, Personal Values Questionnaire, personality disorders questionnaire, FACES III) and individual counselling (diagnostic interviews) with adolescents at risk. The screening procedure allowed us to analyse potential and actual risk factors and to divide the subjects into 4 groups depending on the seriousness of their psychological condition and the required support: two groups of adolescents with actual crisis state and two groups with aggressive behaviour and character accentuation. The second stage of the study consisted of 225 individual diagnostic interviews. We discuss the characteristics of the group of the adolescents with a pronounced inclination towards self-harm who require prolonged psychological and, in some cases, medical assistance. In conclusion, we highlight some important aspects and key components of screening and strategies of preventing suicidal and self-harm behavior among adolescent population.

Keywords: suicidal behavior, adolescents, screening, prevention of suicidal behavior.

References

1. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya [Diagnostics of suicidal behavior. Methodic recommendations], Moscow: M-vo zdravookhraneniya RSFSR, 1980, 48 p.
2. Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Vedushchie mekhanizmy samopovrezhdayushchego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nykh organizatsiyakh [Mechanisms

For citation:

Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Fedunina N.Yu. Applying the Technique for Screening the Risks of Suicidal Behavior in Adolescents and Young People. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2018. Vol. 23, no. 4, pp. 91—101. doi: 10.17759/pse.2018230409 (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Bannikov Gennady Sergeevich*, PhD in Medicine, Department of Clinical and Preventive Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry (Branch of the Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology); Center of Emergency Psychological Aid (CEPA), Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia. E-mail: bannikov68@mail.ru

** *Vikhristyuk Olesya Valentinovna*, PhD in Psychology, Center of Emergency Psychological Aid (CEPA), Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia. E-mail: axsolotl@mail.ru

*** *Fedunina Natalia Yuryevna*, PhD in Psychology, Center of Emergency Psychological Aid (CEPA), Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia. E-mail: natalia_fedunina@mail.ru

of self-harm behavior in non-clinical adolescent population: the results of monitoring in Moscow schools]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling psychology and psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 42—68. doi:10.17759/cpp.2016240304 (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V. Skringovaya diagnostika anti-vital'nykh perezhivaniy i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniyu u podrostkov (predvaritel'nye rezul'taty) [Elektronnyi resurs] [Screening diagnostics of anti-vital experiences and proneness towards impulsive and auto-aggressive behavior in adolescents]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru, [Psychological science and education]*, 2014. Vol. 6, no. 1, pp. 127—146. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpp.2016240304

4. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potentsial'nye i aktual'nye faktory riska razvitiya suitsidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor literatury) [Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review)]. *Suitsidologiya, [Suicidology]*, 2015, no. 4, pp. 21—32. (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Borisova D.P., Dvoryanchikov N.V. Gendernye faktory formirovaniya agressivnogo povedeniya v podrostkovom vozraste [Gender factors of forming aggressive behavior in adolescence] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiya i pravo [Psychology and law]*, 2013, no. 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63776.shtml> (accessed: 12.08.2018) (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Vihristjuk O.V. (ed.), Metodicheskie rekomendatsii dlya pedagogov-psikologov obrazovatel'nykh

organi-zatsiir po diagnostike faktorov riska razvitiya krizisnykh sostoyaniy s suitsidal'nymi tendentsiyami u obuchayushchikhsya 7—11 klassov [Methodological recommendations for pedagogic psychologists in educational institutions for diagnostics of risk of critical state with suicidal tendencies in 7—11 grades]. Moscow: FGBOU VO MGPPU, 2017.

7. Prognoz i preventsiya samopovrezhdenii i suitsidov [Prognosis and prevention of self-harm and suicide]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling psychology and psychotherapy]*, 2017. Vol. 25, no. 3, pp. 153—169. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpp.2017250311

8. Kholmogorova A.B., Vol'ikova S.V. Osnovnye itogi issledovaniy faktorov suitsi-dal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noi mnogofaktornoj modeli ras-stroistv affektivnogo spektra [Elektronnyi resurs] [Main results of research in factors of suicidal risk in adolescents on the basis of psycho-social multi-factor model of affective disorders] [Electronic resource]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn., [Medical psychology in Russia]*, 2012, no. 2. URL: http://www.medpsy.ru/mpri/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (accessed: 09.03.2016).

9. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Goroshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya, [Cultural-historical psychology]*, 2009, no. 3, pp. 101—110. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, no. 47:3/4, pp. 372—394.