

Профилактика и причины суицидального поведения несовершеннолетних

Медицинский психолог, главный внештатный специалист по
медицинской психологии МЗ РМЭ ГБУ РМЭ РПНД

Керимова Н.Ш.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СМЕРТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

(до 10 лет):

*впервые появляются уже в 2-3 года, однако смерть понимается ими не как финал жизни, а как сон или отъезд;
после 5 лет страх смерти матери выявляется у 53% мальчиков и 61% девочек, а страх своей смерти – у 47% мальчиков и 70% девочек.*

У ДЕТЕЙ (10-14 лет):

*начиная с 10 лет, появляется суицидальная готовность, преимущественно как реакция на негативное отношение к себе и конфликты в семье;
страх собственной смерти и страх смерти родителей встречаются у каждого второго ребенка.*

У ПОДРОСТКОВ (15-19 лет):

*переживаемый в эти годы кризис идентичности обуславливает высокий уровень суицидальной активности ;
доминирует романтическое отношение к смерти, при этом она трактуется как «иной способ существования».*

Аутоагрессивное поведение - это попытка ситуативного совладения подростка со стрессом в условиях отсутствия конструктивных способов преодоления жизненных трудностей. Широкое распространение в подростковой среде наркотической, алкогольной, киберзависимостей увеличение числа подростковых суицидов может служить доказательством того, что подростки, их родители, учебно-воспитательная система и различные социальные институты оказались неготовыми в новым реалиям современности.



Чем ниже самооценка собственных когнитивных способностей, самооценка тела и самооценка собственной способности к самостоятельности, автономности поведения, тем выше аутоагрессия.

Аутоагрессия – деструктивное саморазрушающее поведение

Страдания подростка

В опасении («Как бы это сделать, чтобы меня не ругали», — думает школьник у доски, не решаясь выполнять задание);

беспокойстве («Что будет сегодня, если вызовут по физике?»);

недовольстве («Все ответил, а поставила тройку!»);

неудовлетворенности («Много учила, а такую ерундовую ошибку сделала!»);

огорчении («Немного недотянула до высокой отметки: запятую не там поставила»);

боязни и нервозности (не написал домашнее сочинение и боится, что надо сдавать учителю);

гневе и раздраженности (несправедливое, по мнению ученика, замечание учителя: «В чем хочу, в том и хожу. Это же физкультура!», «Пользоваться косметикой никому не возбраняется»);

горе и печали (ушел друг в другую школу; любимая девушка не отвечает на звонки);

страхе и панике (после совершения неблагоприятного поступка подросток боится, что классный руководитель будет при всем классе выяснять причины случившегося, а затем вызовет родителей);

ярости и злости (хулиганы отняли деньги, которые копил для покупки мобильного телефона);

отчаяния и депрессии (за четверть получает двойку, нет настроения, дома будет скандал, ничего не хочется делать).

Селф-харм как вид аутоагрессивного поведения

- **Самоповреждением** принято называть причинение человеком себе физического вреда, обычно как способ справиться с трудными или тревожными мыслями и чувствами, болезненными воспоминаниями, ситуациями, которые трудно пережить, и невозможностью контролировать свою жизнь.
- Это **самоповреждение без суицидального намерения** (англ. non-suicidal self-injury). По-английски его еще называют **self-harm** — термин перекочевал в культуру подростков, которые используют англицизм — «селф-харм».
- Самоповреждение, которое возникает по причине аутоагрессии в медицинской практике называют **патомимия**. Дословно описываемый термин означает «изображение страданий и боли».

Причины самоповреждения

- внутрисемейные проблемы (развод родителей, жестокое обращение, пренебрежение, излишняя строгость родителей, частые ссоры с родителями и т. д.);
- пережитое сексуальное насилие;
- ощущение собственного бессилия, сильнейшей обиды (под влиянием проблем, которые нельзя решить прямо сейчас и которые не зависят от тебя. В таких случаях человек ощущает иллюзию утраченного контроля над ситуацией и ложно считает самоповреждение решением).

Подростки: Низкая самооценка. Высокая планка, излишний перфекционизм. Эмоциональная уязвимость.

Перечень поведенческих реакций (А.А. Зайченко)

татуировки, пирсинг;

ряд навязчивых действий (щипание кожи, вывихи суставов пальцев, разрушение ногтей и околоногтевых валиков, обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, губ, кусание рук и других частей тела, царапанье кожи);

самопорезы;

перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов;

удары кулаком и головой о предметы, а также самоизбиение;

уколы (булавками, гвоздями, проволокой др.);

самоожоги;

неполное самоудушение;

злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения);

глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок.

Функции селф-харма

Первая функция селф-харма - это саморегуляция. Действует механизм отвлечения.

К этому же механизму примыкает – **самонаказание и самомотивация.** Это особенно свойственно подросткам, воспитанным в жестких семьях с довольно жестокими родителями.

Вторая функция селф-харма – коммуникативная. Как просьба о помощи или поддержке в семье, в подростковом сообществе.

Подростки склонны эмоционально дисрегулироваться — это связано с возрастными изменениями.

Группа риска среди подросткового возраста:

- * Подростки, имеющие предыдущую (незаконченную) попытку суицида (парасуицид).
- * • Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- * • Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).
- * • Подростки, у которых в роду было суицидальное поведение и суициды, в учебных коллективах.
- * • Алкоголизированные подростки. Риск суицидов очень высок. Среди молодых людей его вклад может быть до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях, способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.
- * Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением подростка, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.
- * • Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).
- * • Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).
- * • Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя, любимого человека, домашнего животного), особенно в течение первого года после потери.
- * • Подростки, у которых выраженные семейные проблемы: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т.п.

Что могут увидеть педагоги:

- * Изменение внешнего вида.
- * Самоизоляцию в урочной и внеклассной деятельности.
- * Ухудшение работоспособности, небрежное отношение к своим школьным принадлежностям (при том, что ранее было другое).
- * Частые прогулы (отсутствие на определенных уроках).
- * Резкие и необоснованные вспышки агрессии.
- * Рисунки по теме смерти на последних страницах тетрадей, на полях/форзацах учебников.
- * Тема одиночества, кризиса, утраты смысла жизни в сочинениях на свободную тему или в размышлениях на уроках гуманитарного цикла и т.п.

Что могут увидеть сверстники:

- * Самоизоляцию.
- * Резкие перепады настроения (несвойственные подростку ранее).
- * Повышенную агрессивность, аутоагрессию.
- * Изменения внешнего вида.
- * Интерес к теме смерти (способам самоубийства).
- * Преобладающее чувство уныния, изменение интересов и т.п.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 1. Неполная и/или асоциальная родительская семья с деструктивными отношениями**
- 2. Депрессия у матери, особенно в период, когда подросток находился в детском возрасте; алкоголизм (злоупотребление спиртным) – у отца**
- 3. Невыполнение матерью своих родительских функций - перекладывание ответственности за воспитание ребенка на школу, оставление детей на воспитание другим родственникам (няням, престарелым родителям, мужьям, с которыми находятся в разводе), отсутствие общения с ребенком и т. п.**
- 4. Неблагополучное социально – экономическое положение семьи**
- 5. Потеря одного из родителей, особенно в дошкольном возрасте**
- 6. Отсутствие у родителей знаний об особенностях подростковой психики, существовании наследственной предрасположенности к суицидальному поведению, а также о проявлениях психических расстройств у детей. Мощный психологический барьер перед обращением по поводу своего ребенка к психиатру**
- 7. Патологическое воспитание в родительской семье**

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Социальное расслоение общества

Наличие в Интернете и социальных сетях ресурсов,
непосредственно пропагандирующих самоубийство

Засилье жестокости и криминала на телевидении, приводящее к внедрению в сознание подростков представлений об «обыденности» насилия и смерти, убийства и самоубийства

Недопустимые натуралистические формы подачи информации о случаях самоубийств (особенно подростковых и групповых) в СМИ и Интернете

Компьютерные игры, направленные на формирование жестокости, девальвации жизненных и гуманистических ценностей, легкомысленного отношения к смерти у подростков

Вовлеченность в некоторые молодежные субкультуры («Индиго», «Готы», и др.)

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО РАССЛОЕНИЯ ОБЩЕСТВА

- **Рост числа социально неблагополучных семей и числа родителей, лишенных родительских прав. Дети в этих семьях нередко подвергаются жестокому обращению и, будучи лишенными нормальной родительской заботы и контроля, особенно часто находятся в состоянии эмоциональной и школьной дезадаптации.**
- **Рост числа гимназий и гимназических классов, где, как правило, имеют место повышенные учебные нагрузки и культивируется особая атмосфера конкуренции и критической важности достижений успеха, что активно поддерживается родителями этих подростков.**

Пресс успеха и перфекционистских стандартов в качестве факторов суицидального риска в такой же степени опасны, как бедность, алкоголизм, отсутствие любви и заботы.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СЕМЬЕ

- 1. Ежедневное общение с ребенком**
- 2. Уважение к тому, что кажется ему важным и значимым**
- 3. Обсуждение планов ребенка на ближайшее и отдаленное будущее**
- 4. Беседы с ребенком на серьезные и, возможно, сложные для осмысления темы: что такое жизнь? в чем смысл жизни? что такое любовь, дружба, предательство и другие понятия?**
- 5. Помощь ребенку в построении своего ценностного мира, в котором жизнь – сама по себе ценность, которую ничто не может заменить.**
- 6. Формирование понимания того, что опыт поражения также важен, как и опыт достижения успеха**
- 7. Понимание, что стоит за внешней грубостью ребенка**
- 8. Избегание авторитарного стиля воспитания в силу его неэффективности и даже опасности баланс между свободой и несвободой ребенка**
- 9. Своевременное обращение к специалисту – психологу или психиатру**

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ В ШКОЛЕ

- 1. Просвещение учащихся о суициде, самоповреждающем поведении и тяжелых жизненных событиях, которые могут увеличить их риск**
- 2. Просвещение преподавателей о суицидальном поведении, его признаках и факторах риска у школьников**
- 3. Просвещение родителей о предупреждении и признаках суицидального поведения**
- 4. Улучшение школьных медицинских услуг, в т.ч. свободный доступ к врачу**
- 5. Введение в штаты школ должности психолога, имеющего компетенцию в вопросах профилактики и раннего выявления суицидального поведения у учащихся**
- 6. Проведение профилактических обследований (скринингов), направленных на выявление лиц с повышенным риском развития суицидального поведения**
- 7. Обучение основам охраны психического здоровья, направленное на снижение стигматизации и способствующее увеличению обращаемости за медико-психологической и психиатрической помощью.**

Защитные (антисуицидальные) факторы

личности – это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Среди них следует отметить следующие:

- Поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей.
- Религиозные, культурные и этнические ценности.
- Приносящая удовлетворение жизнь в обществе, школьном коллективе.
- Социальная интеграция, например, через учебную деятельность, конструктивное использование досуга.
- Интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким.
- Выраженное чувство долга, обязательность.
- Концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба.
- Зависимость от общественного мнения и избежание осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида.
- Представление о неиспользованных жизненных возможностях.
- Наличие творческих планов, тенденций, замыслов.
- Наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Функции учителя в профилактике суицидального поведения обучающихся

- Создание благоприятного климата в классе (укрепление самоуважения и положительной самооценки обучающихся, поощрение выражения чувств и эмоций, предотвращение буллинга, информирование о способах получения помощи в трудных ситуациях);
- Первичное выявление детей с признаками неблагополучия в эмоциональной, поведенческой, социальной сферах .
- Первичное прояснение ситуации в случае подозрения на наличие риска суицидального поведения (сбор информации; беседа с обучающимся)
- Направление обучающегося (в составе семьи) к профильным специалистам (педагог-психолог, иные специалисты)
- Информирование/беседа с родителями обучающегося (совместно с педагогом-психологом)

Как построить разговор с ребёнком, находящимся в кризисном (тяжелом эмоциональном) состоянии

Основная задача педагога при разговоре с ребёнком, находящимся в кризисном состоянии, – первичное прояснение ситуации и мотивирование на обращение к специалисту (школьному педагогу-психологу, иным специалистам).

В задачи педагога не входит оказание психологической помощи; однако при возникновении ситуации суицидального риска (в т.ч. при суицидальной попытке) на территории школы педагог может оказаться единственным наиболее близким обучающемуся взрослым человеком и должен будет предпринять действия по снижению суицидального риска. Для таких случаев ниже описаны основные принципы и примеры построения беседы с человеком, находящимся в кризисном (тяжёлом эмоциональном) состоянии.

Основные принципы разговора с человеком, находящимся в кризисном состоянии

- Постараться нормализовать собственное эмоциональное состояние: исключить у себя панику и другие осложняющие реакции.
- Уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, расположившись удобно, без напряжения напротив него (не через стол).
- Вести беседу так, будто вы обладаете неограниченным запасом времени и важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы, не выполнять какие-либо «попутные» дела.
- Учитывать, что нотации, уговаривания, менторский тон речи не эффективны и вредны (это лишь убедит подростка, что взрослый, который с ним разговаривает, его не понимает).
- Нельзя приглашать на беседу подростка через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи). При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался).
- Дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он.

Заключение

Многие подростки безболезненно проходят трудности взросления, но не все. Задача взрослых, окружающих ребенка в этом возрасте, вовремя понять проблему, эмоционально поддержать в процессе преодоления её и предупредить аутоагрессивные проявления.



**Не учите детей,
как им жить!
Просто позвольте
им смотреть,
как это делаете
Вы!**

