

Особенности суицидального поведения у детей и подростков

Майорова М.М.

медицинский психолог

ОГАУЗ «ТОМСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Суицид (по определению ВОЗ, 2001) – акт самоубийства с фатальным исходом.

Самоубийство – намеренное, осознанное лишение себя жизни.

Самоубийство – последний из доступных индивиду способов ликвидации разлада со средой и самим собой.

Суицидальное поведение – есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживания микросоциального конфликта.

Суицидальное поведение – любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

- По данным ВОЗ каждые 40 секунд во всем мире кто-то пытается покончить с собой и около 800 тысяч человек ежегодно погибают в результате суицида.
- По официальным данным количество самоубийств с начала 2018 года в России составляет около 2 тысяч, из них более трети – дети и подростки. Третье место в мире.
- В США с 2006 по 2016 годы рост суицидального поведения на 40%.

Выделяют 2 пика самоубийств:

- «пик молодости» 15-23 года (последние 3 года отмечается омоложение суицидального поведения, не редки случаи 10-летнего возраста)
- «пик инволюции» - после 40 лет.

Три категории суицидентов:

- Больные психическими заболеваниями (эндогенные заболевания с галлюцинациями и бредом, невротические состояния с дистимией, расстройства личности)
- Больные пограничными нервно-психическими заболеваниями
- Почти здоровые

***Основные признаки психологической
дезадаптации:***

**1. Изменение в поведении в среде ближайшего
социального окружения**

- Потеря интереса к обычной деятельности;
- Внезапное снижение успеваемости;
- Необычное снижение активности, безволие;
- Плохое поведение в школе, нарушения дисциплины;
- Необъяснимые и частые исчезновения из дома, пропуски занятий, прогулы;
- Увеличение потребления табака, алкоголя или наркотиков;
- Инциденты, приводящие к контактам с правоохранительными органами, участие в драках и беспорядках.

**2. Ограничение возможности успешно справляться со
своими социальными функциями**

3. Патологическая трансформация поведения (нозологические состояния, реакции)

Очень многие проявления могут говорить о суицидальной опасности, но существует 5 признаков, которые заслуживают особого упоминания.

Опасные признаки:

- Разговоры о самоубийстве или другие высказывания, в которых выражается желание или намерение умереть;
- Предшествующие суицидальные попытки;
- Депрессия (сопровождается утратой аппетита, расстройствами сна, общим недомоганием, а также чувством одиночества, никчемности, вины и печали, утрачивается интерес к друзьям, ко всяческой деятельности);
- Заметные изменения в поведении или личности (обычно бывают очень резкими и бросаются в глаза);
- Последние распоряжения, как перед окончательным уходом (Приведение дел в порядок может проявляться по-разному. Для подростков характерно раздаривание личных ценностей – любимых записей, книг, безделушек; улаживание всех мелких ссор с друзьями).

Внутренние формы суицидального поведения:

- **1 ступень – пассивные суицидальные мысли** (фантазии на тему своей смерти)
- **2 ступень – суицидальные замыслы**
(активная форма: обдумывается план, способ, время, место)
- **3 ступень – суицидальные намерения**
(происходит присоединение волевого компонента, побуждающего к качественному переходу во внешние действия)

Внешние формы суицидального поведения:

- суицидальная попытка
- завершённый суицид

Ситуационно-стрессовые факторы:

- Стрессовая ситуация связана с проявлением агрессивности или враждебности, или обусловлена страхами возмездия.
- Смерть родителя/близкого члена семьи
- Конфликты со сверстниками, неудачи в школе
- Отсутствие друзей
- Для мальчиков старшего возраста – сексуальные проблемы
- Для девочек подростков – проблемы половых отношений, беременность
- Сексуальное насилие
- Любовные переживания (неудачи, эмоциональное отвержение со стороны любимого, разрыв романтических отношений)
- Присутствие при насильственной смерти других людей
- Миграция, трудности приспособления к новым условиям жизни
- Отсутствие чувства сопричастности к значимой группе сверстников, а также, если статус не соответствует уровню притязаний
- Внутрисемейные конфликты

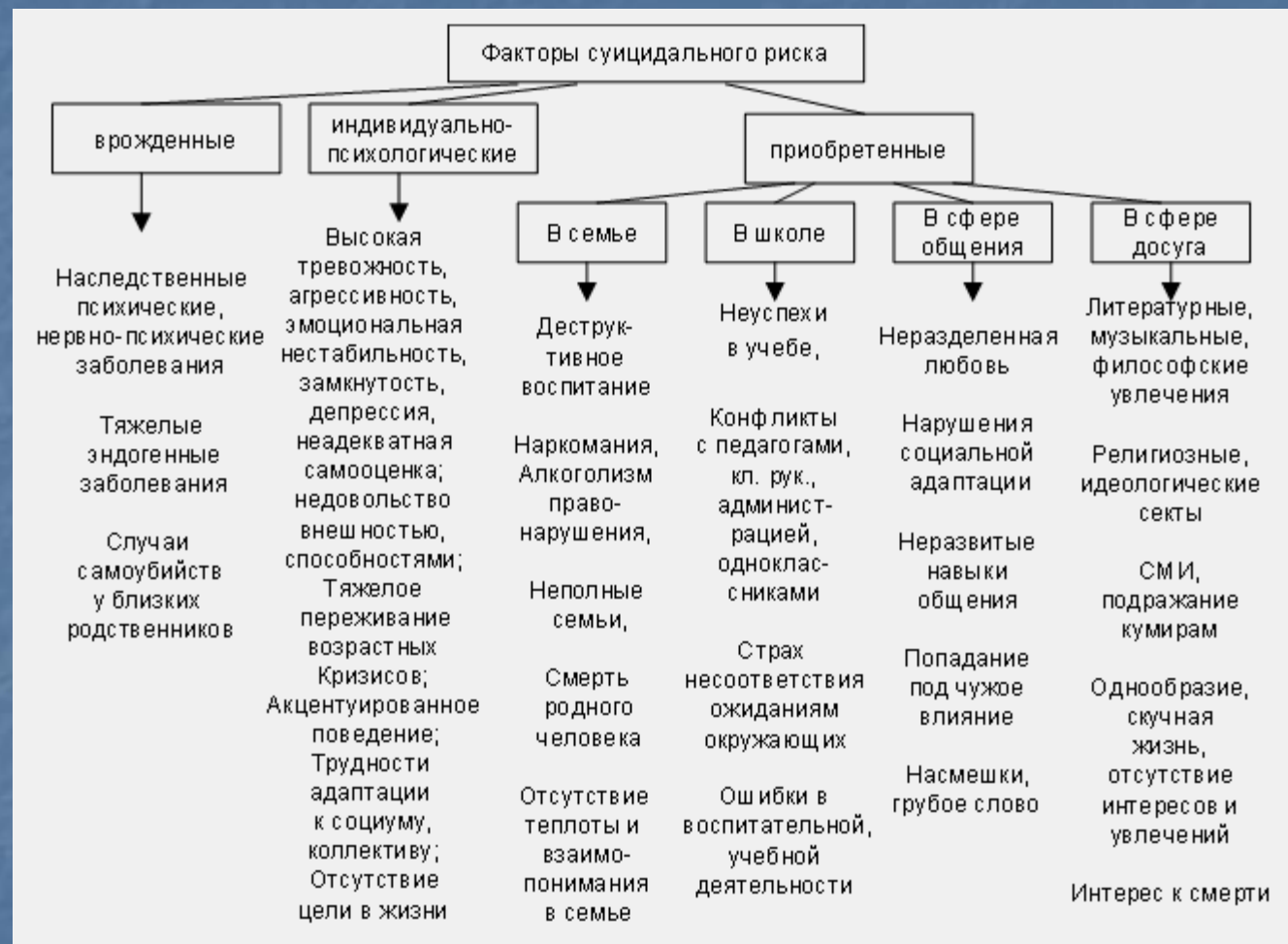
Семейные стрессогенные факторы:

- Семейное воспитание по типу гиперопеки, авторитарность родителей с ригидными установками, их низкий образовательный уровень
- Отсутствие права голоса у ребенка при принятии решений, касающихся его собственной жизни (выбор школы, кружков, хобби, друзей, профессии и т.д.)
- Потеря доверительных отношений с родителями
- Условия эмоционального отвержения, враждебное отношение членов семьи друг к другу
- Пренебрежение потребностями ребенка (физическими, психологическими)

- Воспитание во внешне благополучной, но не стабильной семье, где конфликты носят скрытый характер
- Возложение на ребенка «родительских» обязанностей (необходимость работать, осуществлять уход за младшими и/или больными детьми и т.д.)
- Знакомство с проблемой и моделью суицидального поведения в ближайшем окружении подростка
- Распад семейного очага (дети часто воспринимают развод родителей как собственную вину)
- Один родитель (не может дать полноценную психологическую защиту своему ребенку)
- Есть опекун/усыновитель

Физические факторы риска суицидального поведения

- Тяжелое соматическое хроническое/неизлечимое/прогрессирующее заболевание, особенно связанное с хронической болью (онкология, ВИЧ, сахарный диабет, туберкулез, вирусный гепатит и т.д.),
- Нарушения сна (депривация сна, сон 6 часов и менее),
- Наличие физического дефекта,
- Резкий набор или потеря веса тела, изначальный избыток массы тела либо дефицит массы тела
- Постоянная усталость, потеря энергии,
- Сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок,
- Употребление алкоголя, наркотиков, курение.



Особенности суицидального поведения у детей и подростков:

1. Несформированность понимания смерти, как конца жизни. Чаще всего дети относятся к смерти как к длительному отсутствию или долгой болезни. В их сознании смерть имеет обратимый характер – «Когда-нибудь она закончится и я обязательно вернусь»)
2. Концепция смерти, близкая к концепции смерти у взрослых, начинает формироваться с 11-летнего возраста и не всегда полностью заканчивается с завершением подросткового периода
3. Отношение к жизни, как к «коробку спичек»
4. Очень редко попытки самоубийства у детей – результат игры
5. Обиженные дети (часто начинают ненавидеть себя и составляют группу риска по самоповреждающим формам поведения)

6. Дети воспринимают смерть как способ удовлетворения своих нужд или как испытание любви близких (манипулирование близкими)
7. Смерть как способ соединения с умершими близкими
8. Сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам
9. Повышенная чувствительность к условиям эмоционального отвержения
10. Неполноценность коммуникативных систем

11. Своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений)
12. Слабость личностной психологической защиты
13. Несформированность механизмов планирования будущего, прогнозирования результатов своих действий
14. Отсутствие жизненного опыта (могут воспринимать ситуацию безвыходной)
15. Зависимость и повышенная внушаемость (риск подражательного самоубийства после аналогичных смертей известных личностей или литературных персонажей)

Связь способа суицида с возрастом:

- в предподростковом периоде чаще пытаются выброситься из окна
- в подростковом – отравиться, повеситься, используют холодное оружие, могут бросаться под колеса автотранспорта

Типы суицидов:

- истинные
- демонстративно-шантажные (манипулирование)
- Аффективные (по типу «короткого замыкания»)

Об истинности говорит:

- способ самоубийства (степень его летальности – повешение, прыжок с высоты, транспорт)
- время (с 4 до 5 утра)
- обстоятельства (на глазах или в уединении)

Основные мотивы:

- **Протест** (Суицидальное поведение по типу «протеста» предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается причиной суицида. Действует принцип: «Вам будет хуже после моей смерти». Конфликт носит острый характер).
- **Мсть**
- **Призыв** (Суицидальное поведение по типу «призыва» возникает остро, реализуется чаще всего через самоотравление. Основной смысл – получение помощи извне с целью изменения ситуации).
- **Избегание (наказания, страдания)** (Суицидальное поведение по типу «избегания» проявляется в ситуациях угрозы наказания и при ожидании психического или физического страдания, а смысл суицида заключается в попытках их избежать).
- **Самонаказание** (Определяется переживанием реальной вины или же как следствие патологического чувства вины).
- **Отказ от жизни** (Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни, где цель и мотивы полностью совпадают).

Диагностика:

■ *Исследование эмоциональной сферы*

- Дошкольный возраст (Рисунки: Моя семья, ДДЧ, Несуществующее животное, САТ(children apperception test от 3 до 10 лет), Тест тревожности Тэммл, Амен, Дорки.
- Школьный возраст (тест Люшера с 7 лет, Детский опросник невротизма (ДОН, В.В. Сиднева с 7-11 лет), Детский вариант теста Розенцвейга, Шкала Спилбергера-Ханина с 12 лет), Опросник Прихожан, Методика оценки школьной тревожности Филлипса, Опросник суицидального риска (модификация Т.Н.Разуваевой).

■ *Диагностика личности, социального взаимодействия*

- Дошкольный возраст (Изучение самооценки по Дембо-Рубенштейн).
- Школьный и подростковый возраст (Тест Айзенка, МНП, Многофакторный опросник Кеттела, тест Шмишека, ЛА(выявление акцентуаций).

Опросник депрессии у детей CDI

(Maria Kovacs, 1992)

- Это самооценочная шкала из 27 пунктов для детей школьного возраста и подростков (от 7 до 17 лет). Надежно различает детей с психиатрическим диагнозом «большая депрессия» и «дистимия» от других психопатологических состояний и здоровых учащихся. Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает также показатель глубины депрессии. Требуеет минимальных навыков чтения. Особенно ценен в ситуациях, когда требуется быстрая и алгоритмизированная оценка проблем ребенка.
- Дает количественные показатели спектра депрессивных симптомов -сниженного настроения, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, а также последствия депрессии, специфичные для детей (например, для школы). Каждый пункт опросника содержит три варианта, соответственно кодируемых как 0 1 2. Ребенок должен выбрать одно из трех значений по каждому пункту шкалы на основе последних двух недель. Показатели прямо пропорциональны глубине депрессии.

Антисуицидные факторы – установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений:

- Интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким (например, нежелание огорчать родителей)
- Семейные ценности, доверительные отношения, чувство поддержки (его любят, ждут, понимают)
- Родственные обязанности
- Чувство долга, ответственности
- Зависимость от общественного мнения (греховность суицида)
- Планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни, представление о неиспользованных возможностях
- Наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов
- Наличие эстетических критериев (нежелание после смерти выглядеть плохо, некрасиво)
- Соответствие школьной программы возможностям ребенка (не ставить слишком высокую планку)

Психотерапия: индивидуальные, групповые и игровые методы коррекции.

- Дифференцированный индивидуальный подход
- Семейная психотерапия и консультирование, беседы с родителями, с целью выявления межличностных отношений в семье, конфликтных отношений.
- Групповая психотерапия детей, направленная на улучшение адаптации в детских коллективах и со сверстниками.
- Поддерживающая психотерапия в кризисных ситуациях
- Игровая психотерапия
- Индивидуальная работа на отреагирование переживаний, агрессии.
- Фармакотерапия

Задачи общей профилактики суицида:

Повышение групповой сплоченности детских и педагогического коллективов, оптимизация психологического климата. Они могут быть реализованы в следующих мероприятиях:

- диагностика ученических и педагогического коллективов с целью уточнения особенностей социально-психологического климата;
- тренинги сплочения и коммуникативной компетентности в детских коллективах;
- групповые занятия по профилактике эмоционального выгорания для педагогов;
- другие мероприятия для оптимизации психологического климата (акции, большие психологические игры, конкурсы и пр.).

При разработке мер профилактики суицидов у детей и подростков нужно иметь в виду:

- 1. Граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте условна. Целесообразно все суицидальные мысли, тенденции, попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью.
- 2. Чем меньше возраст больного, тем острее протекают депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью.
- 3. Депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций. Они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры профилактики, диагностики и лечения.
- 4. Психологические переживания часто переоцениваются подростками и недооцениваются взрослыми.
- 5. При депрессивных состояниях у детей и подростков всегда высок риск повторений, что требует индивидуальной профилактической работы.
- 6. Как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными детьми и подростками в истинные покушения на самоубийства.

Профилактические мероприятия для воспитателей и педагогов:

- Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей (скрининг-методы, учитывающие основные симптомы невротического уровня: головная боль, повышенная утомляемость, страхи, эмоциональная лабильность)
- Выявление группы риска учащихся с чертами характера, делающими их трудными в обучении, во взаимоотношениях со сверстниками, со старшими) с учетом тех детей, которые нуждаются в специализированном вмешательстве:
 - дети, частично имеющие отношение к причине смерти
 - дети, пережившие неожиданные и особенно травмирующие события
 - дети, пережившие более чем 1 тяжелую утрату
 - подростки, сообщающие о суицидальных мыслях

При проведении беседы с подростком, размышляющим о суициде, **педагогам рекомендуется:**

- внимательно слушать собеседника, т.к. подростки часто страдают от одиночества и невозможности излить душу;
- правильно формулировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации и о том, какая помощь необходима;
- не выражать удивления услышанным и не осуждать ребенка за любые, даже самые шокирующие высказывания;
- не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, что ему живется лучше других; высказывания "у всех есть такие же проблемы" заставляют ребенка ощущать себя еще более ненужным и бесполезным;
- постараться развеять романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти;
- не предлагать неоправданных утешений, но подчеркнуть временный характер проблемы;
- стремиться вселить в подростка надежду; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей.

Для повышения самооценки можно использовать следующие подходы:

- Старайтесь подчеркивать все хорошее, что присуще ребёнку. Ощущение успешности в чем-то, в том числе прошлые успехи, улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее.
- Не следует оказывать постоянное давление на подростка и предъявлять чрезмерные требования в отношении все лучших и лучших результатов (в учебе, в жизни и т.д.).
- Поддерживайте самостоятельные стремления ребенка. Не судите его слишком строго. Вообще стремитесь поменьше оценивать.
- Не сравнивайте ребенка с другими, более успешными детьми — это ведёт к усилению у ребенка чувства бессилия и ненужности, даже если этим сравнением родители пытаются подать ему пример. Можно ставить в пример ребенку только его самого, когда он справлялся с трудностями.
- Детей важно принимать такими, какие они есть. Они должны чувствовать, что их любят не за хорошее поведение и успехи, а потому, что они дети своих родителей.
- Родителям недостаточно только говорить или думать, что они любят своих детей, им следует их действительно любить.

Семейная дезорганизация – главная социально-психологическая причина суицидов детей и подростков.

Родителям можно рекомендовать:

- ни в коем случае не оставлять нерешенными проблемы, касающиеся сохранения физического и психического здоровья ребенка;
- анализировать вместе с сыном или дочерью каждую трудную ситуацию;
- учить ребенка с раннего детства принимать ответственность за свои поступки и решения, предвидеть последствия поступков. Сформируйте у него потребность задаваться вопросом: "Что будет, если...";
- воспитывать в ребенке привычку рассказывать родителям не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах;
- не опаздывать с ответами на его вопросы по различным проблемам физиологии;
- не иронизировать над ребенком, если в какой-то ситуации он оказался слабым физически и морально, помочь ему и поддержать его, указать возможные пути решения возникшей проблемы;
- обсудить с ним работу служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; записать соответствующие номера телефонов;
- записать свои рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым родители сами доверяют.

*Лучший способ сделать детей
хорошими – это сделать их
счастливыми.*

О. Уайльд

