

*АУ СОН ТО «Социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних «Согласие» г. Ишимя»*

РУКИ ПОМОЩИ

(профилактика суицидов среди несовершеннолетних)

*Докладчик: Смирнова Н.А.,
зав. отделением
социально-психологической
и правовой помощи*

**«Самоубийца, в конечном
счете, не боится смерти –
он боится жизни...»**

В. Франкл

Суицид – осознанное лишение себя жизни под влиянием острых психотравм, в ситуациях, при которых собственная жизнь теряет СМЫСЛ.

Суицидальное поведение представляет собой суицидальные покушения, которые не завершаются летально по независящим от суицидента причинам.

Парасуицид – демонстративные действия (шантаж, давление на окружающих), при которых суицидент знает о своей безопасности (парасуициды обычно не предусматривает летального исхода, но иногда могут «переигрываться», приводя к нему).

Суицидальные проявления – мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся действиями (группа риска).

Факторы суицидального риска

Возраст:

- до 5 лет суициды не совершаются;
- до 12 лет достаточно редкое явление;
- к 14 годам формируется отношение к смерти: суицидальное поведение не связано с желанием умереть, а связано со стремлением избежать наказания.
- с 15 до 24 лет – первый критический период (пик – 16-18 лет);
- Возраст середины жизни (35-40 лет);
- с 40 до 50 лет - наибольшее число завершенных суицидов.
- Пожилой возраст (65-70 лет).

Пол

- Женщины чаще совершают попытки самоубийства (в 3 раза чаще), чем мужчины.
- Число завершенных суицидов у мужчин в 3 раза выше, чем у женщин.
- Юноши совершают самоубийства в 2 раза чаще девушек, хотя девушки предпринимают такие попытки в 2 раза чаще.
- Неудачные суицидальные попытки по большей части у подростков не повторяются, хотя 10 % мальчиков и 3% девочек от 10 до 20 лет, совершившие неудачные суицидальные попытки, в течение ближайших двух лет все-таки покончили с собой.

Семейные обстоятельства

- Ранняя утрата родителя (депривация ребенка в любви);
- Дисгармоничное воспитание (насилие и жестокость, предпочтение другого ребенка, эмоциональное отвержение).

Статистические данные:

- В 60 % случаев суицидент является единственным ребенком в семье, в 40 % - старшим.
- 50 % суицидентов из неполных семей.
- 43 % суицидентов не получили нормального семейного воспитания.
- У 53 % отмечались трудности поведения.
- У 42 % были психические нарушения в виде неврозов.

Личностные особенности

- Низкая самооценка, конфликтность.
- Акцентуированность характера: возбудимость, психоастеничность.
- Чувство одиночества, тревоги.
- Импульсивность, эмоциональная неустойчивость, внушаемость.
- Повышенная напряженность потребностей, неумение ослабить фрустрацию (невозможность посмотреть на ситуацию с разных сторон).
- Несформированность механизмов психологической защиты.
- Несформированность высших духовных потребностей.

Мотивы суицидального поведения

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
- Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
- Боязнь позора, насмешек или унижения.
- Страх наказания, нежелание извиниться.
- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
- Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
- Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

ОСНОВНЫЕ МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 32% — обида;
- 30% — протест;
- 38% — одиночество, стыд, недовольство собой

Особенности поведения, свидетельствующие о наличии суицидальных мыслей

- Смерть и самоубийство как постоянная тема для разговоров.
- Предпочтение траурной и скорбной музыки.
- Раздача личных вещей, упаковка вещей, составление завещаний.
- Разговоры об отсутствии ценности жизни.
- Фантазии на тему о своей смерти.
- Интерес, проявляющийся косвенно или прямо к возможным средствам самоубийства (отравляющие вещества, возможности приобретения оружия и т. п.).
- Прямые высказывания типа «Я не могу этого выдержать», «Я не хочу жить».
- Косвенные высказывания типа «Ничего, скоро вы отдохнете от меня», «Он очень скоро пожалеет о том, что отверг меня».
- Приобретение средств для совершения суицида.
- Приведение в порядок дел, внезапное завершение долгосрочных дел.
- Высказывание тяжелых самообвинений, жалобы на собственную беспомощность, безнадежность.
- Написание прощальных писем.
- Странное для окружающих «прощальное» поведение с людьми.
- Несвойственная молчаливость или высказывания со скрытым вторым смыслом, связанным со смертью, символические высказывания.
- Особый интерес к тому, что происходит с человеком после смерти.
- Проявление признаков депрессии.

Мифы и факты

МИФ	ФАКТ
1	2
Если человек говорит о самоубийстве, он просто хочет привлечь к себе внимание	Говорящий о самоубийстве переживает психическую боль и таким образом «кричит» о помощи и ставит в известность о своей боли людей
Настоящее самоубийство случается без предупреждения	Примерно 8 из 10 суицидентов подают окружающим предупреждающие знаки о грядущем поступке
Самоубийство - явление наследуемое, значит все равно ничем не поможешь	Оно не передается генетически. Человек лишь использует аутоагрессивные модели поведения, если они существуют в семье или значимом окружении
Те, кто кончает с собой, психически больны, значит им нельзя помочь	Многие совершающие самоубийства не страдают никаким психическим заболеванием

<p>Разговоры о суициде могут способствовать его совершению. Лучше избегать этой темы</p>	<p>Разговор о самоубийстве не является его причиной, но может стать первым шагом предупреждения суицида</p>
<p>Если человек в прошлом совершил суицидальную попытку, то больше подобное не повторится, так что опасность позади, можно не заботиться об этом</p>	<p>Очень многие повторяют эти действия вновь и вновь и достигают желаемого результата</p>
<p>Покушающийся на самоубийство желает умереть, поэтому помочь ему нельзя. Это их дело</p>	<p>Подавляющее большинство суицидентов хотят избавиться от невыносимой душевной боли и не видят другого выхода, поэтому перед суицидальными действиями они часто обращаются за помощью. Иногда они прямо говорят о самоубийстве, а иногда говорят о невыносимом страдании, о бессмысленности жизни, о вине, о бессилии и т. п.</p>
<p>Все самоубийства импульсивны, их нельзя предвидеть и предупредить</p>	<p>Большинство суицидентов вынашивает свои планы, прямо или косвенно сообщая о них окружающим</p>

Кто находится в зоне повышенного суицидального риска:

- ❑ депрессивные подростки;
- ❑ подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- ❑ подростки, которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- ❑ одаренные подростки;
- ❑ подростки с плохой успеваемостью в школе;
- ❑ беременные девочки;
- ❑ подростки, жертвы насилия.

Частота сочетаний форм девиантного поведения и типов особенностей характера у подростков (по Т.В. Кондрашенко)

Формы девиантного поведения	Типы особенностей характера			
	<i>сочетаются очень часто (свыше 50% случаев)</i>	<i>сочетаются часто (20-50% случаев)</i>	<i>сочетаются редко (до 50% случаев)</i>	<i>Практически не сочетаются</i>
Пьянство	Эпилептоидный, неустойчивый	Эпилептоидный, истероидный, гипертимный	Психастенический, эмоционально-лабильный	Шизоидный, сенситивный, астенический
Право-нарушения	Эпилептоидный, эксплозивный, неустойчивый	Истероидный, гипертимный	Шизоидный, эмоционально-лабильный	Психастенический, сенситивный, астенический
Бродяжничество	Эпилептоидный, гипертимный	Эксплозивный, шизоидный, истероидный,	Неустойчивый	Психастенический, сенситивный, астенический, эмоционально-лабильный
Сексуальные девиации	Эпилептоидный	Шизоидный, эксплозивный, истероидный, неустойчивый.	Эмоционально-лабильный	Психастенический, сенситивный, астенический

Суицидальные намерения	Истероидный	Эксплозивный, неустойчивый, эмоционально-лабильный	Эпилептоидный, астенический, сенситивный	Шизоидный, психастенический, гипертимный
<i>Суицидальные демонстрации</i>	<i>Истероидный, эксплозивный</i>	<i>Астенический, эмоционально-лабильный</i>	<i>Неустойчивый</i>	<i>Шизоидный, эпилептоидный, психастенический, сенситивный, гипертимный</i>
Покушения на самоубийство и самоубийства	Шизоидный, сенситивный	Эпилептоидный, психастенический	Эксплозивный, психастенический, сенситивный, астенический	Астенический, гипертимный, неустойчивый, истеридный



Анализ данных психологической диагностики учащихся дает возможность сделать ряд выводов:

- ❑ С возрастом увеличивается количество молодых людей, отметивших у себя наличие суицидальных мыслей.
- ❑ Данная тенденция в большей степени выражена у девушек, чем у юношей.
- ❑ Среди основных причин, вызвавших кризис, наиболее часто были отмечены сложности межличностных отношений, прежде всего, отношения с родителями, а также:
 - *поругания со стороны значимого взрослого (любимого учителя, матери, отца);*
 - *острые аффективные переживания, связанные с эротической сферой;*
 - *межличностные конфликты, оказывающие травмирующее воздействие на психику молодого человека;*
 - *несформированность высших духовных потребностей.*

Структура профилактики суицидального поведения

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику.

- **Первичное звено** направлено на все общество и **имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска.**
- **Вторичное звено** заключается в помощи непосредственно суицидентам.
- **Третичная профилактика** - это реабилитация суицидента после выведения его из критического состояния, а также помощь близким и родственникам суицидента, которые также являются представителями группы суицидального риска.

Цели, задачи профилактики

Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Третичная профилактика
<i>Цель</i> - предупреждение развития суицидальных тенденций в обществе	<i>Цель</i> - предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса	<i>Цель</i> - реабилитация людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида
<i>Субъект</i> - учреждения образования и социальной сферы, средства массовой информации	<i>Субъект</i> - учреждения системы здравоохранения	<i>Субъект</i> - учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания
<i>Объект</i> - население региона, группы повышенного суицидального риска	<i>Объект</i> - суициденты, лица с повышенным уровнем тревоги или депрессии	<i>Объект</i> - члены семьи, ближайшее окружение суицидента

Задачи:

Профилактика алкоголизма, наркомании
Диагностика групп суицидального риска
Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди несовершеннолетних
Коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия
Информирование населения о деятельности психологических служб
Работа служб «Телефона доверия» и (или) «Телефона здоровья»

Задачи:

1. Создание сети суицидологических учреждений
2. Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса
3. Диагностика ситуаций повышенного риска парасуицида
4. Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения
5. Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, а также методов коррекции деструктивных личностных установок

Задачи:

1. Организация механизма реабилитационного процесса
2. Диагностика восстановительного потенциала (благоприятствующих реабилитации факторов) «выживших жертв суицида»
3. Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер образования, культуры, досуга, трудоустройства, социального обеспечения и т.д.
4. Коррекция семейных взаимоотношений
5. Профессиональная реабилитация

Организация помощи детям «группы риска»

Организация педагогической помощи:

- создание благоприятных условий для развития личности ребенка;
- постоянное отслеживание пробелов в знаниях, умениях и навыках, определение системы дополнительных занятий, помощи и консультирования;
- создание положительной «Я-концепции». Создание обстановки успеха, одобрения, поддержки, доброжелательности. Анализ результата деятельности учеников, их достижений. Поощрение положительных изменений. Переход от авторитарной педагогики к педагогике сотрудничества и заботы;
- оказание педагогической помощи родителям.

Организация медицинской помощи:

- проведение систематического диспансерного осмотра детскими врачами школьников с целью диагностики отклонений от нормального поведения, психофизиологического, неврогенного характера;
- половое просвещение подростков, решение проблем половой идентификации.

Организация психологической помощи:

- изучение психологического своеобразия подростков, особенностей их жизни и воспитания, особенностей эмоционального развития, отношения к учению, профессиональной направленности;
- выявление проблем семейного воспитания, психологическое консультирование с целью помочь ребенку разобраться в проблемах;
- сопровождение детей, подростков и их семей «группы риска» с целью предупреждения самоубийств, реализация индивидуальной и групповой психологической коррекции;
- анализ эффективности выбранных средств профилактики и психокоррекции

Организация занятости и творческого досуга:

- изучение интересов и способностей детей, вовлечение в общественно полезную деятельность, секции, кружки;
- организация для детей, не имеющих достаточного ухода и контроля со стороны семьи, сезонных оздоровительно-досуговых школьных лагерей и групп продленного дня

«Не убий!» - Шестая Заповедь Божья

Шестой заповедью Господь Бог запрещает убийство, т.е. отнятие жизни у других людей, и у самого себя (самоубийство), каким бы то ни было образом.

Жизнь есть величайший дар Божий, поэтому лишать себя жизни есть самый ужасный, тяжкий и великий грех.

Самоубийство есть страшный из всех грехов, совершенный против шестой заповеди, так как **в самоубийстве, кроме греха убийства, заключается еще тяжкий грех отчаяния, ропота против Бога и дерзкого восстания против промысла Божия.** Кроме того, самоубийство исключает возможность покаяния.

Рекомендации педагогическому коллективу по профилактике суицидальных настроений среди детей и подростков

- Классным руководителям и всем педагогам необходимо отслеживать и контролировать резкие изменения в поведении и эмоциональном состоянии учащихся. Должно насторожить следующее:
 - ребенок погружен в свои мысли, не может сосредоточиться на уроке;
 - начал пропускать занятия;
 - перестал активно общаться со сверстниками
 - ведет себя демонстративно и др.
- Следует обратить особое внимание на возрастную категорию подростков от 14 до 17 лет как наиболее опасную в отношении суицидальных намерений.
- Проводить регулярные замеры эмоциональных, кризисных состояний учащихся.
- Для подростков с выявленными или подозреваемыми устойчивыми депрессивными симптомами необходимо организовать щадящую обстановку на уроках (не ругать, не устраивать публичных разбирательств (хваля при всех, ругай наедине)), постараться деликатно выяснить причину подавленности, проявить понимание и поддержку. Главное в этот период не учебные достижения, а эмоциональное благополучие.
- В рамках данной проблемы профилактический эффект имеют систематические занятия с учащимися, направленные на формирование стрессоустойчивости, отработку техник принятия верного решения в ситуациях жизненного выбора, правил поведения в конфликте и т.д. На уроках гуманитарного цикла и классных часах с подростками необходимо говорить о ценности жизни, индивидуальной неповторимости каждого человека, о позитивном прогнозе будущего, умении программировать свой успех – с конкретными примерами и фактами из жизни, художественной литературы и СМИ.
- Нельзя открыто и прямо публично обсуждать с учащимися суицидальные случаи. Зачастую цена подобных мероприятий – жизнь кого-то из подростков, так как в подростковой среде возможно повторение суицидальных попыток по механизму подражания, заражения, протестные реакции и др.
- Необходима серьезная работа по развитию духовно-нравственной сферы подростка как фактора, предупреждающего суицидальную направленность.

Главная наша задача состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его от нервно-психического расстройства
