

Методические рекомендации

Раннее выявление склонности суицидального поведения у несовершеннолетних

Составители:

*Главный внештатный специалист по детской психиатрии,
заведующий диспансерным отделением, врач-психиатр
Константин Алексеевич Ковалев*

*Заведующий кабинетом медицинской профилактики, врач-психиатр
Александр Владимирович Терентьев*

*Педагог-психолог кабинета медицинской профилактики
Ольга Анатольевна Шарыпова*

Рецензент:

*Заместитель главного врача по поликлинической работе, врач-психотерапевт,
кандидат медицинских наук
Ростислав Михайлович Щербич*

В методических рекомендациях анализируются особенности суицидального поведения детей и подростков (мотивы, факторы, причины); даны необходимые сведения о стратегии профилактики суицидального поведения (оценка степени риска, диагностические методики).

Общая концепция изложения материала способствует формированию практических навыков для работы с лицами из группы суицидального риска, что является необходимым элементом профессиональной деятельности работников различных сфер. В методических рекомендациях даны необходимые сведения в части профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних.

Методические рекомендации предназначены для работников системы здравоохранения, социальной защиты, образования, в т. ч. классных руководителей, социальных педагогов, кураторов студенческих групп, педагогов-психологов, родителей учащихся.

Введение

В последние годы особое внимание уделяется проблеме суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте. Частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий увеличилась. Это связано с неуклонным ростом суицидальной активности молодежи (Жорнетов А.Н., 1999). По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире самоубийство входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти в возрастной группе лиц от 15-19 лет (Бертолотте Х.М., 2006; Круг Э.Г., 2003; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007). Как известно, суицид занимает третье место в классификации причин смертности среди населения (после онкологических болезней и заболеваний сердца). В соответствии с прогнозом ВОЗ, в 2020 году приблизительно 1,5 миллиона людей во всем мире может погибнуть по причине самоубийства.

По данным ВОЗ, около 20 % самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше.

В России, за последние 6-7 лет, частота суицидов составила 19-20 случаев на 100 тысяч подростков. Средний показатель в мире - 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке стран, где подросткам наиболее свойственно суицидальное поведение.

Некоторые специалисты пишут о том, что в 10 % суицидальное поведение имеет цель покончить собой, и в 90 % мотив суицидального поведения подростка – это привлечение к себе внимания (Бертолотте Х.М., 2006). Более глубокое изучение данной проблемы свидетельствует, что при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен (Vedrinne J.,

1995). Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних показывает, что большинство самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, обусловлено боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих (Корнетов А.Н., 1999; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях привлечь внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Суицидальное поведение у детей и подростков отличается естественным возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывалось гневом, протестом, агрессией или желанием наказать себя и других.

Важно понять, что подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Период подросткового возраста в психологии характеризуется как кризисный период. Это момент перехода из детства во взрослую жизнь. Подросток - это уже не ребенок, но еще и не взрослый. У него появляется «чувство взрослости», а новых смыслов, ценностей взрослой жизни, форм взаимодействия во взрослом мире еще нет. Ведущей деятельностью в этом периоде является общение со сверстниками. Быть принятым в своем окружении друзьями и одноклассниками становится гораздо значимее и важнее, чем у взрослого человека. Сложный кризисный период подросткового возраста характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребенка, но и появлением огромного количества конфликтов с окружающим миром. Попытка войти в новый, взрослый мир связана с проблемами, которые подросток не в силах решить самостоятельно, и не в силах объяснить это окружающим.

Самоубийство подростка - чаще всего рассматривается как результат того, что «крик о помощи» не был услышан вовремя. Но, кроме того, - это поступок, при помощи которого юноша или девушка пытается привлечь к себе внимание. Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито и импульсивно реагируют на события, чем люди из других возрастных групп. Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида.

В данном методическом пособии представлен практический материал, способствующий раннему выявлению склонности несовершеннолетних к суицидальному риску.

Мотивы и причины суицидального поведения у детей и подростков.

Дети и подростки предельно экстремальные, тревожные, настораживающие, требующие пристального внимания со стороны взрослых. К основным причинам суицидального поведения несовершеннолетних относят:

- Переживание эмоций обиды, одиночества, отчужденности и непонимания (безразличия окружающих, черствость).

- Действительную или мнимую утрату любви родителей, неразделенное чувство и ревность.

- Конфликты с родителями, внутрисемейные конфликты, обусловленные неблагополучием в семье в связи с пьянством родителей, разводом, жестоким отношением к ребенку, психологическим и физическим насилием.

- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.

- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.

- Боязнь позора, насмешек или унижения (неуспехи в учебе, низкий уровень школьной адаптации).

- Страх наказания, нежелание извиниться.

- Любовные неудачи (неразрешимые проблемы любовного содержания, отсутствие взаимопонимания или ответного чувства со стороны представителей другого пола), сексуальные эксцессы, незапланированная беременность.

- Чувство мести, злобы, протеста; переживание угрозы или вымогательства.

- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
- Сочувствие или подражание товарищам, героям из книг или фильмов - моделирование, имитационное поведение.
- Проблемы взаимоотношений с друзьями (конфликты со сверстниками и друзьями) и учителями (бестактное поведение отдельных педагогов, конфликты с учителем).
- Употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотических веществ)- аддиктивное поведение.
- Трудности, связанные со школой, страх перед экзаменом (боязнь ЕГЭ, низкий уровень сдачи экзамена).
- Низкая самооценка, трудности самоопределения, прессинг успеха (поступление в вуз, получение престижной профессии).
- Религиозные мотивы.

Особенности суицидального поведения подростков и молодежи

Специалисты считают, что суицидом подросток пытается изменить обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти от травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», нередко это «акт отчаяния».

Кроме того, существуют *особенности личности*, не позволяющие подростку адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым, при определенном стечении обстоятельств, предрасполагают к суициду:

- неумение найти способы удовлетворения своих потребностей и желаний;
- отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкая сопротивляемость стрессу;
- общее отрицательное отношение к авторитетам, миру взрослых (недоверие к тем, кто стремится им помочь (близким, врачам, психологам);
- эмоциональная нестабильность (а также неумение ослабить эмоциональное напряжение);
- повышенная внушаемость;
- бескомпромиссность;
- отсутствие навыков конструктивного решения проблемы.

Вместе с тем специалисты выделяют *механизмы, формирующие суицидальное поведение* подростков. Среди них *эгоцентризм* (мир подростка большей частью состоит из него самого; когда ребенок попадает в тяжелые жизненные условия, то начинает переживать, страдать, замыкаться в себе - эгоцентризм здесь приобретает характер отрицания себя), и *аутоагрессию* (в подростковом возрасте уровень агрессии повышается, а если формируется негативное отношение к себе, то агрессия направляется на самого себя), и *пессимистическую установку*. Кроме того, в подростковом возрасте еще не до конца сформированы (или слабо сформированы) жизненные цели, ценности, установки. При отсутствии таких ценностей и недостатка жизненного опыта идея «уйти из жизни» может стать доминирующей.

Специалисты выделяют ряд *особенностей суицидального поведения* в молодом возрасте.

Прежде всего, детям свойственны повышенная впечатлительность и внушаемость, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности в случаях нереализации потребностей. Специалисты говорят о том, что подростки зачастую не разделяют того, что они хотят, от того, что хотят от них другие.

Кроме того, детям и подросткам присуща недостаточно адекватная оценка последствий своих действий. Понятие «смерть» в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие о смерти для большинства детей не является пугающим событием.

В *дошкольном возрасте* дети не считают смерть концом жизни, а воспринимают ее как временное явление, подобное сну или отъезду.

В младшем школьном возрасте дети думают, что смерть невидима и, чтобы остаться незамеченной, «она ночью прячется». Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой.

Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода.

Именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя, (телевидение, интернет, подростковые субкультуры). Подросткам свойственна повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки. Сильные переживания вызывают у детей и подростков самоубийство брата или сестры (родители настолько поглощены горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают и в целях привлечения внимания родителей могут повторить суицидальный поступок близких).

Одной из особенностей суицидального поведения детей и подростков является несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев подростковых самоубийств.

Еще одной особенностью суицидального поведения подростков является наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д. Кроме того, возникновению суицидального поведения способствует наличие депрессивных состояний

Отечественный врач-психиатр Е.М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью.

Вместе с тем, в подростковом возрасте ребенок старается доказать свою самостоятельность, независимость, проявляет оппозиционное поведение по отношению к взрослым. К сожалению, такая оппозиционность и стремление доказать свою самостоятельность могут проявляться в попытках самоубийства.

Кроме того, еще одной причиной суицидального поведения подростков специалисты считают различного рода зависимости: от алкоголя, наркотиков, компьютерных игр или интернета.

Влияние сети интернет на суицидальное поведение неоднозначно. Это отмечают, в том числе и зарубежные исследователи. В сети интернет существуют как сайты с материалами, которые способствуют осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, так и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. Подростки могут получить практически неограниченную информацию о способах и видах самоубийств, а также имеют возможность найти единомышленников в социальных сетях. Такие сайты подвергаются критике как среди специалистов, так и в средствах массовой информации, в связи с тем, что они могут вызвать эпидемию суицидов и членовредительства. В интернете появляется всё больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. В 2008 году британские медики провели исследование, которое показало, что поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства.

Вместе с тем, зарубежные исследователи признают положительное влияние некоторых сайтов на подростков и молодежь, т.к. они помогают снять напряжение, дать «выход негативным эмоциям». Кроме того, на некоторых сайтах посетителям рекомендуют обратиться в кризисной ситуации за профессиональной помощью в соответствующие службы.

Подростки группы риска. Симптомы суицидальных намерений. (на что следует обращать внимание в поведении ребенка).

Задумывающиеся о самоубийстве подростки несмотря на то, что их переполняет чувство безнадежности и безысходности, могут неосознанно «сигнализировать» окружающим о своих намерениях. Подоплека всех их действий такова, чтобы найти кого-нибудь, кто принесет им чувство облегчения и безопасности. Необходимо быть внимательными к этим «знакам», чтобы не упустить возможность предотвратить формирующееся суицидальное поведение. Такими знаками предостережения могут выступать:

- высказывания о нежелании жить: «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придётся обо мне волноваться», «Хорошо бы заснуть и не проснуться», «Мне нельзя помочь», «Скоро все закончится», в т.ч. шутки, иронические замечания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- фиксация на теме смерти в литературе, живописи, музыке; частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида (например, в интернете);
- активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);
- сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное); косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку;
- раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадежности, отчаяния, чувства одиночества («меня никто не понимает и я никому не нужен»), сложность контролирования эмоций;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего, потеря перспективы будущего;
- постоянное сниженное настроение, тоскливость, ощущение вины перед окружающими;
- необычное, нехарактерное для данного ребенка поведение (более безрассудное, импульсивное, агрессивное; несвойственное стремление к уединению, снижению социальной активности у общительных детей, и наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых); возможное злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;
- стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;
- снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;
- символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющих большую личную значимость;
- попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии других настораживающих признаков).

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессивным расстройством, необходимо обращать внимание на его типичные симптомы:

- сниженное настроение более 2 недель, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;
- вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;
- снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась;
- поглощенность темой смерти;
- постоянная скука;
- социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;
- пропуск школы и снижение успеваемости за определенный период;
- деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;
- чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;

- повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалу и награды;
- повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
- значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита).

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков указывает на то, что у ребенка может быть депрессия и ему нужна помощь врача-психиатра.

Существует также ряд ситуаций, которые являются стрессовыми. Например, смерть близкого или любимого человека; сексуальное насилие; денежные долги; совершенное преступление или предательство; нежелательная беременность; получение тяжелой травмы или болезни; шантаж; сексуальная неудача; измена партнера и т.д.

Также к группе риска относятся подростки:

- находящиеся в сложной семейной ситуации (болезненный развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающие серьезные проблемы в учебе;
- не имеющие друзей, устойчивых интересов, хобби;
- склонные к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесшие тяжелую утрату;
- остро переживающие несчастную любовь (разрыв высокозначимых любовных отношений);
- имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо сами пытавшиеся покончить с собой);
- употребляющие алкоголь, психоактивные вещества;
- имеющие недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершившие уголовно наказуемый поступок (характеризующиеся криминальным поведением) или ставшие жертвой уголовного преступления (в т.ч. насилия);
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Характерные признаки суицидального поведения.

Если подросток задумал серьезно совершить самоубийство, то обычно об этом нетрудно догадаться по ряду характерных признаков, которые можно разделить на 3 группы: словесные, поведенческие и ситуационные.

Вербальные признаки: подросток, готовящийся совершить самоубийство, часто говорит о своём душевном состоянии:

1. прямо говорит о смерти: «Я собираюсь покончить с собой», «Я не могу так дальше жить»;
2. косвенно намекает о своём намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придётся обо мне волноваться»;
3. много шутит на тему самоубийства;
4. проявляет нездоровую заинтересованность вопросами смерти.

Поведенческие признаки подросток может:

1. раздавать другим вещи, имеющие большую личную значимость, мириться с давними врагами;
2. демонстрировать радикальные перемены в поведении, такие как:
 - в еде - есть слишком мало или слишком много;
 - во сне - спать слишком мало или слишком много;
 - во внешнем виде - стать неряшливым;
 - в школьных привычках - пропускать занятия, не выполнять домашние задания, избегать общения с одноклассниками, проявлять раздражительность, угрюмость, находиться в подавленном настроении;

- замкнуться от семьи и друзей;
 - быть чрезмерно деятельным или наоборот безразличным к окружающему миру;
- ощущать попеременно то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния;

3. проявлять признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

Ситуационные признаки ребенок может решиться на самоубийство, если:

1. социально изолирован, чувствует себя отверженным;
2. живёт в нестабильном окружении (серьёзный кризис в семье; алкоголизм или другая «зависимость» близких; личная или семейная проблема);
3. ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального;
4. предпринимал раньше попытки самоубийства;
5. имеет склонность к суициду вследствие того, что он совершился кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
6. перенёс тяжёлую потерю (смерть кого-то из родных, развод родителей).

Для подростков, склонных к самоубийству, характерны: высокая внушаемость и стремление к подражанию. Поэтому, когда случается одно самоубийство, оно становится сигналом к действию для других, предрасположенных к этому подростков. Иногда небольшие группы ребят даже объединялись с целью создания некой субкультуры самоубийств («эпидемии самоубийств среди подростков»).

Риск суицидального поведения увеличивается в случае:

- Наличия предыдущей (незаконченной) попытки суицида.
- Наличия суицидальных попыток в семье.
- Алкогольной зависимости. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые часто предшествуют суициду.
- Употребления наркотиков и токсических препаратов. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию, вызывают психозы.
- Аффективных расстройств, особенно тяжелых депрессий.
- Хронических или смертельных болезней.
- Тяжелых утрат, например смерти родителя, особенно в течение первого года после потери.
- Лично-семейных конфликтов (развод, болезнь, одиночество, неудачная любовь, оскорбления со стороны окружающих, половая несостоятельность).
- Конфликтов, связанных с антисоциальным поведением, в том числе опасения уголовной ответственности; страха иного наказания или позора.
- Материально-бытовых трудностей.
- Конфликтов, связанных с учебной.

Суицидально опасная референтная группа

1. Молодежь: с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотическими веществами, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;
2. «Сверхкритичные к себе» личности.
3. Лица, страдающие от недавно испытанных чувств унижения или трагических утрат.
4. Подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.
5. Люди, страдающие от тяжелых болезней с неблагоприятным прогнозом или покинутые окружением.

Среди суицидентов различают **две категории:**

Первую из них составляют лица с низким уровнем социализации. Для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, т.е. нарушения в сфере межличностных

отношений, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы. Психологический кризис, предшествующий суициду, характеризуется ситуационными реакциями *оппозиции* и *дезорганизации*. Человек нередко кончает с собой на высоте злобной агрессивной реакции. Суициденты этой категории и составляют основной контингент лиц, совершающих самоубийства.

Вторую группу составляют лица с достаточно высоким уровнем социализации. Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их в анамнезе не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм. Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд “девиантов”. В генезе совершаемого ими суицида лежит прежде всего социально-психологическая дезадаптация. Эти лица психологически декомпенсированы и астенизированы, что связано с переживанием ими сложных конфликтов, для решения которых оказалось недостаточно их жизненного опыта, «личностных ресурсов». Психологический кризис в пресуицидальном периоде протекает в форме пессимистических ситуационных реакций, а также реакций эмоционального дисбаланса и демобилизации. Указанная категория совершает суициды, как отклонения социально-пассивного типа.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде **выделяются 3 главных компонента:**

1. Актуальность конфликта.
2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.
3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 типа постсуицидальных состояний:

1. Критический.

- Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
- Суицидального мотива нет.
- Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность повторения - минимальная.

2. Манипулятивный.

- Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический.

- Конфликт по-прежнему актуален.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4. Суицидально - фиксированный.

- Конфликт актуален.
- Суицидальные тенденции сохраняются.
- Отношение к суициду положительное.

По мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к психогенным влияниям, ликвидация психопатологической продукции.

Практика диагностического исследования суицидального поведения и суицидальных рисков детей и подростков

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов,

используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы:

1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;

2 - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида. Широкое распространение получили клинические опросники, которые, чаще используют в медицинской психологии и психотерапевтической практике.

Целью методических рекомендаций является подбор такого диагностического материала, который позволил бы оперативно быстро получить информацию о суицидальном поведении детей и подростков. При этом количество затраченного времени для проведения диагностических процедур было оптимальным.

Методическое обеспечение диагностического этапа работы

Психологическая диагностика учащихся направлена на определение степени выраженности суицидальных намерений, необходимости комплексного сопровождения, стратегий психологической помощи.

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. Цветовой тест М. Люшера. Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет. Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы +7+4 - «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

2. Методика «Незаконченные предложения», вариант методики Saks-Sidney, адаптирована в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. Может использоваться для учащихся с 1-го класса. Позволяет оценить отношение к себе, семье, сверстникам, взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему; к жизненным целям.

3. Диагностика суицидального поведения подростков (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста). Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющая на формирование суицидальных наклонностей подростка.

4. Методика «Сигнал». Иматон. Предназначена для экспресс-диагностики уровня суицидального риска и выявления мотивов для жизни. Используется для подростков с 16 лет.

5. Методика диагностики суицидального поведения Горской МВ. Предназначена для подростков 16-17 лет.

6. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (АН. Волкова). Позволяет прогнозировать степень суицидального риска у подростков.

7. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). Экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированных суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

8. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер). Позволяет определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

9. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королева). Целью данного опросника является определение суицидальных наклонностей субъекта.

10. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсова. Способствует выявлению уровня ощущения одиночества личности.

11. Опросник С.Г. Корчагина «Одиночество». Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростка.

12. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е. Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. Риск развития

саморазрушающего поведения характерен для неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным типами личности.

13. Опросник Басса-Дарки. Позволяет определить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызения совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

14. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Детский вариант методики предназначен для детей 4—14 (7-14) лет. Позволяет выявлять уровень социальной адаптации; причины неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); эмоциональные стереотипы реагирования в стрессовых ситуациях.

15. Факторный личностный опросник Кеттелла. Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).

Диагностические признаки суицидального поведения.

1. Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте внимательны, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек «уходит в себя», сторонится вчерашних друзей и товарищей. Подростки с суицидальными намерениями часто «уходят в себя», сторонятся окружающих, замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат. Они включают музыку и «выключаются из жизни».

2. Капризность. Каждый из нас время от времени хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют опасения, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

3. Депрессия. Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый разговор с человеком.

4. Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание. Однако подобный призыв обычно даёт противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей. Агрессия и аутоагрессия взаимосвязаны.

5. Саморазрушающее и рискованное поведение. Некоторые суицидальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя "на грани риска". Где бы они ни находились - на оживленных перекрестках, на извивающейся горной дороге, на узком мосту или на железнодорожных путях - они везде едут на пределе скорости и риска.

6. Потеря самоуважения. Молодые люди со сниженной самооценкой или относящиеся к себе без всякого уважения, считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они аутсайдеры и неудачники, что у них ничего не получается и что никто их не любит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут.

7. Изменение аппетита. Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности.

8. Изменение режима сна. В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в "сов".

9. Изменение успеваемости. Многие учащиеся, которые раньше учились на "хорошо" и "отлично", начинают прогуливать занятия в школе, их успеваемость резко падает. Тех же, кто и раньше «ходил в отстающих», теперь нередко исключают из школы.

10. Внешний вид. Известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны, похоже, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.

11. *Раздача подарков окружающим.* Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

12. *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его поломке может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

13. *Перемены в поведении.* Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек неожиданно начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является «снижение энергетического уровня», усиление пассивности, безразличия к общению, к жизни. Подростки, которые переживают кризис, теряют интерес ко всему, что раньше любили. Спортсмены покидают свои команды, музыканты перестают играть на своих музыкальных инструментах. Многие перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

14. *Угроза.* Как правило, суицидальные подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддается. «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых»... Косвенные угрозы, многозначительные намеки уловить труднее. Косвенные угрозы нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, устали или подавлены.

15. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

16. *Словесные предупреждения.* Не исключено, что ваш родственник или знакомый задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы:

- «Я решил покончить с собой».
- «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!»
- «Лучше умереть»
- «Пожил и хватит»
- «Ненавижу всех и всё!»
- «Ненавижу свою жизнь!»
- «Единственный выход умереть!»
- «Больше не могу!»
- «Больше ты меня не увидишь!»
- «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!»
- «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!»
- «Выхожу из игры, надоело!»

17. *Активная предварительная подготовка:* собирание отравляющих веществ, лекарств, боевых патронов, посещение кладбищ, частые разговоры о загробной жизни.

Рекомендации по проведению мероприятий в отношении предупреждения самоубийств. По содержанию различают несколько видов профилактических мероприятий:

- информационно-обучающие: распространение знаний (в школе среди педагогов, родителей и учеников, в СМИ) об особенностях суицидального поведения, способах

