

Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения обучающихся образовательных организаций

ВВЕДЕНИЕ

Рост уровня суицида, выраженность и распространенность аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций среди детей и подростков представляет на сегодня актуальную социально-психологическую проблему.

По количеству завершённых самоубийств Россия вышла на одно из первых мест в мире, поскольку в ней количество суицидов в два раза превышает показатели, определённые Всемирной организацией здравоохранения (более 40 случаев на сто тысяч населения). На одно завершённое самоубийство приходится от 10 до 20 суицидальных попыток, что свидетельствует об угрожающей тенденции, связанной с добровольным уходом из жизни.

За последнее время на фоне снижения числа суицидов среди взрослого населения, доля совершенных суицидальных актов в среде учащейся молодежи возросла до 16,2%. Суицид как причина детско-подростковой смертности занимает одно из первых мест наряду с тяжелой врожденной патологией и травматизмом.

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения, так как в возрасте 12-16 лет проявляются трудности переходного периода. Этот период характеризуется наличием противоречий, обусловленных неумением подростка найти позитивный смысл собственной жизни, отсутствием культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальной ценности жизни.

Суицидальному поведению так же способствует целый ряд патологических факторов эндогенного и экзогенного происхождения (генетические отклонения, отягощенная наследственность, физические и психические травмы, психосоматические и инфекционные заболевания, дестабилизация общества и отдельных семей, недостатки школьного и семейного воспитания, деструктивное влияние на психику ребенка средств массовой информации и многое другое).

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Суицидальное поведение у детей до 13 лет - явление относительно редкое, но с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет. Анализ суицидальных проявлений детей и подростков показал, что суицидальное поведение, хотя и имеет много общего с аналогичным поведением у взрослых, все же несет в себе возрастное своеобразие. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и личности в период ее становления.

Большинство суицидальных действий в подростковом возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т. п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока.

Исследования личностных особенностей подростков с суицидальным поведением показали, что для большинства из них характерна импульсивность, проявляющаяся в неспособности подростка продолжительное время обдумывать принятые решения, предусмотреть последствия совершаемого поступка и смоделировать свое поведение таким образом, чтобы не пострадали самолюбие и собственные интересы. Всем подросткам-суицидентам свойственна некоторая эмоциональная неустойчивость, чем и объясняется большое количество конфликтных ситуаций, нередко заканчивающихся суицидальными действиями. Изменение настроения у таких подростков обычно зависит от мимолетных и незначительных впечатлений.

Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличаются повышенной внушаемостью, которая проявляется в выраженной

способности к сопереживанию и сочувствию, а также в некоторой несамостоятельности мышления, зависимости от мнения окружающих.

Известно, что импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость характерны для большинства подростков. У них обостряется чувство самоанализа, повышается интерес к проблеме жизни и смерти, усиливается увлечение философскими вопросами этого направления. Молодые люди склонны к «переоценке ценностей», мучительно ищут свое место в обществе, пытаются уяснить «смысл жизни». Бескомпромиссность, эгоцентричность, отсутствие жизненного опыта, в свою очередь, усиливают реакцию протеста, усугубляют конфликт между еще несформировавшимся, легкоранимым «я» и жестоким, несправедливым, по их мнению, обществом.

Подростки чаще всего прибегают к демонстративному суициду, рассчитывая, что их вовремя спасут. Объясняют его "несчастной любовью", но действительная причина - уязвленное самолюбие, утрата ценного внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников. А возможно, и необходимость выпутаться из серьезной ситуации, избежать наказания, вызвать сочувствие, заполучить репутацию исключительной личности. Суицид, совершаемый перед школой, может свидетельствовать о серьезном конфликте с учителями или администрацией. Иногда "игра со смертью" является шантажом, спровоцированным наказаниями, несправедливыми, по мнению подростка, и окрашена чувством мести, желанием доставить обидчику большие неприятности. Истинное суицидальное поведение обычно возникает в тех случаях, когда жизнь ударяет подростка по "слабым местам" и порождает мысли о неполноценности. Совершается суицид под влиянием цепи неудач, разочарований; последней каплей может стать ничтожный повод. Но все суицидальные действия в этом возрасте следует расценивать как истинные и подвергать глубокому анализу каждый факт покушения на самоубийство.

Факторы, способствующие суицидальному поведению подростка:

1. Неблагополучные семьи. Подростки, делающие попытки самоубийства, часто из неблагополучных семей. В таких семьях возникают конфликты между родителями, родителями и подростками, порой с применением насилия. Родители относятся к своим детям недоброжелательно, без уважения и даже враждебно.

Способствовать самоубийству могут и экономические трудности в семье: ранняя потеря родителей, утрата с ними взаимопонимания, развод родителей. Уход отца, его отсутствие или пассивная роль при властной деспотично и матери отягощает положение подростка в семье. Наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например, депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики.

2. Проблемы, связанные с нарушением межличностных отношений со сверстниками. Эти проблемы играют важную роль, особенно для юношей. Группа сверстников является референтной группой в подростковом возрасте, ориентиром в становлении собственной идентичности, развитии самооценок, представлений о себе, нормах социального поведения, освоении гендерных ролей. Потеря или осуждение группой может стать тем социально-психологическим фактором, который способен подтолкнуть или усилить желание подростка к суицидному действию.

3. Сексуальные проблемы. Сексуальные проблемы, дополненные другими факторами, могут стать причиной дезадаптивного поведения, ведущего к суициду. Измена возлюбленного (или возлюбленной) может привести к суициду, если она сочетается с унижением достоинства или при условии сильной эмоциональной привязанности подростка, которая характерна для детей из неблагополучных семей, или у эмоционально-лабильных подростков, лишенных поддержки дома, ощущающих эмоциональное отвержение родителей. Беременность девушки-подростка, неудачный половой контакт – все это может толкнуть подростка к суицидальному поведению.

4. Депрессия. Подростковые депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью подразделяют на: детский вариант депрессивного синдрома, девиантный, ипохондрический, астенический, вариант с преобладанием типично подростковых симптомов, а также типично-депрессивный вариант синдрома.

Детский вариант наблюдается у суицидентов в возрасте 6-12 лет. Депрессия выражена минимально. Дети становятся менее подвижными, жалуются на утомление, раздражительны, капризны. В играх наблюдается "погребальная" тематика (похороны игрушек и домашних животных; рисунки с изображением могил, гробов; фантазии на тему собственных похорон). Взрослые обычно не обращают на это внимание, и попытки самоубийства оказываются для них полной неожиданностью. Поводом служит незначительный конфликт.

Девиантный вариант наблюдается в возрасте 10-14 лет. Отмечается обилие не свойственных ранее подростку различных нарушений поведения - от грубости и конфликтов с домашними до бродяжничества, алкоголизации и сексуальных эксцессов. Такое поведение создает почву для конфликтов с окружающими, служит поводом для наказания. Увеличивается суицидальная опасность. При своевременной диагностике и адекватной терапии не свойственное ребенку поведение довольно быстро исчезает, и появляется критическое отношение к суициду.

Ипохондрический вариант депрессии встречается чаще в возрасте 12-16 лет. Появляются жалобы на состояние здоровья. Аффект тревожно-тоскливый, с раздражительностью, ощущением покинутости, одиночества. Неприятные ощущения в теле рассматриваются как проявления неизлечимого заболевания. Под предлогом болезни запускается учеба, затрудняется контакт со взрослыми. "Непонимание" окружающими их переживаний создает непереносимые, безвыходные, по мнению подростков, ситуации. Адекватная терапия и помощь психолога способствуют преодолению этих симптомов.

Астенический вариант депрессии характерен для подростков 12-16 лет. Первые признаки: затруднения в учебе, являющиеся причиной психической заторможенности. Исчезают прежние увлечения, интересы, появляется душевная вялость, безынициативность; подростки говорят о скуке и унынии. Может наблюдаться тревога. Сон достаточный, но у подростка ощущение бессонницы. Ребенок продолжает ходить в школу, пытается вести прежний образ жизни, но ему это не удается. Возникают конфликты, которые он принимает слишком близко к сердцу. Суицидальные попытки совершаются не в момент наивысшего эмоционального напряжения, а по прошествии некоторого времени. Риск возникновения повторных попыток очень велик.

Депрессивный синдром с преобладанием типично-подростковых симптомов свойственен подросткам возраста 16-18 лет. Размышления о смысле жизни и сущности смерти приобретает характер навязчивости, бесплодного, депрессивно окрашенного мудрствования. Суицидальное поведение с конфликтами не связано, а является длительным результатом размышлений о жизни и смерти. Сюда же относится и неудовлетворенность собой, особенно у девочек, которая может быть иногда настолько сильно выражена, что приобретает депрессивную окраску, и незначительная психотравма может повлечь суицид. При неудаче суицид повторяется.

Депрессивные состояния с типичной симптоматикой наблюдаются в возрасте 16-18 лет. Характерны тревога, страх, самоуничижение. Суицидальные попытки совершаются на пике психического напряжения - любым способом, удобным в ту минуту. После неудачи тревога и депрессия идут на спад, но это состояние обманчиво. При отсутствии адекватного лечения попытка повторяется.

5. Аддиктивное поведение. Риск самоубийств более высок среди молодых людей, употребляющих алкоголь или наркотики. Употребление алкоголя и наркотиков снижает способность контролировать импульсивное поведение, осознать последствия своих действий. Бывает, что смерть наступает от передозировки наркотиком и является непреднамеренной.

6. Стресс. Причиной самоубийства может стать стресс. Семейные конфликты, неприятности в школе, училище, институте, неудачи в отношениях с любимыми, потеря друга и тому подобное могут вызвать стрессовую ситуацию. Любой человек подвергается стрессу в повседневной жизни, однако подростки особенно уязвимы и ранимы, что объясняется их особенно острым восприятием существующих проблем. Это обостряет чувство собственной неполноценности, незащищенности, безвыходности ситуации. Стрессовые ситуации, вызывающие острые аффективные реакции, провоцируют разные типы суицидального поведения.

7. Незрелость личности и определенные черты характера. Для подростков, совершающих самоубийства, характерна незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний. Склонные к самоубийству молодые люди отличались высокой импульсивностью, агрессивностью или недостаточным уровнем личностной идентификации, что необходимо для чувства собственного достоинства, осмысленности существования и целеустремленности.

Взятая в отдельности, сама по себе, каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что подросток, с ней столкнувшийся, обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложняют ему жизнь. У подростка, находящегося под прессом хотя бы одной из этих ситуаций или проблем, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид для подростка может стать единственным приемлемым выходом.

Таким образом, подростковый возраст – это тот этап развития, для которого свойственны перемены. Психологические и физиологические особенности и изменения, происходящие в этом возрасте, влияют на формирование представления и отношения ребёнка к смерти.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Факторов внутренней и внешней среды, повышающих вероятность суицидального поведения, достаточно много. Так, на попытку самоубийства влияют индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и т.д. С определенной долей условности известные к настоящему времени факторы суицидального риска можно разделить на:

1) Социально-демографические. К ним относят пол, возраст, место жительства, семейное положение и особенности внутрисемейных отношений, образование, общественно-профессиональное положение и др.

2) Природные. В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы.

3) Медицинские. Острые и хронические соматические заболевания обнаруживают у многих суицидентов, причем на первом месте стоят заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, аппарата движения и опоры, а также травмы. Около 20% обследованных лиц с суицидальным поведением страдают разнообразными соматическими расстройствами, ограничивающими их социально-профессиональную, деятельную активность.

4) Индивидуально-психологические. Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для

дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Среди факторов, влияющих на учащение суицидального поведения, также выделяются резкие изменения жизненного стереотипа, привычного уклада и стиля жизни, отрыв от прежних традиционных культурных ценностей, невозможность заниматься каким-либо привычным видом деятельности.

СТАДИИ И ТИПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Под влиянием конфликтов возникают стадии суицидального поведения:

- Недифференцированные мысли – размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «Жить не стоит», «Устал от такой жизни» и т.п., где нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание смысла жизни.

- Пассивные суицидальные мысли – характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни: «Хорошо бы умереть», «Заснуть и не проснуться» и т.п. они отражают внутреннюю готовность к суициду.

- Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности – разработка плана самоубийства (продумывается способ, выбирается время и место действия).

- Суицидальные намерения – принятие решения о самоубийстве и непосредственно побуждение к суицидальным действиям.

- Суицидальные действия – как итог представлений о невозможности существования в данной ситуации.

- Пресуицид – период времени от возникновения первых суицидальных мыслей и переживаний до их реализации, характеризуется особым психическим состоянием, которое обуславливает повышенную вероятность суицидальных действий.

- Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.

При изучении суицидального поведения, следует различать следующие типы:

1. Истинный суицид. Истинное суицидальное поведение – это осознанные действия, целью которых является совершение акта самоубийства, желание лишить себя жизни. Серьезность и устойчивость намерения подтверждаются выбором места, времени и способа

суицидального действия, активной предварительной подготовкой, а в ряде случаев – наличием предсмертных записок. Все попытки совершаются без свидетелей, а способы суицида в этих случаях выбираются наиболее «жесткие»: самоповешение и использование огнестрельного оружия. Самопорезы, самоотравления встречаются нечасто, хотя характер и условия использования таких способов указывают на вполне осознанное стремление лишиться себя жизни. В случае неудавшейся попытки в постсуицидальном периоде некоторое время наблюдается сохранение суицидальных мыслей и намерений. При этом как в прямой, так и в косвенной форме высказывается сожаление о сохранении жизни, об утрате ее ценности.

2. Аффективный суицид. Аффективные суицидальные действия обусловлены необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события. Для аффективного суицидального поведения характерны чрезвычайная сила проявления, своеобразие восприятия и осмысления окружающего, нередко с элементами дезорганизации и сужением сознания. Суициденты не реагируют на обращения окружающих, никакие аргументы в расчет не принимаются. Охваченность суицидальным возбуждением обуславливается отсутствием страха смерти и боли. Такие суицидальные действия, как правило, неожиданны для окружающих, поскольку повод для их совершения зачастую бывает, незначителен, хотя для самого суицидента является «последней каплей». Идея самоубийства появляется в сознании внезапно и приобретает непреодолимую побудительную силу. Аффективный суицид, несмотря на глубину и истинность намерения покончить с собой, зачастую совершается в присутствии окружающих лиц.

3. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение. Демонстративно-шантажное поведение относится к суицидальному с некоторой долей условности, лишь постольку, поскольку здесь имеет место сознательная манипуляция жизнеопасными действиями. Личностный смысл подобных попыток состоит в оказании психологического давления на

окружающих значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для суицидента сторону (разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей и т.п.). При таких попытках человек понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и для этого предпринимает все меры предосторожности. Практически все попытки совершаются в присутствии окружающих. Тем не менее, этот «спектакль» нередко приводит к трагическим последствиям (серьезным увечьям и даже к смертельному исходу), когда различного рода случайности и неправильный расчет определяют конечный результат попытки.

ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ

Признаки суицидальной опасности можно разделить на вербальные, бихевиоральные (поведенческие) и ситуационные.

Вербальные признаки. Непосредственные заявления типа «Я подумываю о самоубийстве» или «Было бы лучше умереть» или «Я не хочу больше жить». Косвенные высказывания, например, «Вам не придется больше обо мне беспокоиться» или «Мне все надоело» или «Они пожалеют, когда я уйду». Намек на смерть или шутки по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми.

А также фразы типа: «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!», «Если мы больше не увидимся, спасибо за все!».

Бихевиоральные (поведенческие) признаки. Отчаяние и плач, неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи, повторное прослушивание грустной музыки и песен, нехватка жизненной активности. Самоизоляция от семьи и любимых людей, изменение суточного ритма (бодрствование ночью и сон днем), а также повышение или потеря аппетита, вялость и апатия, неспособность сконцентрироваться и принимать решения, смятение, уход от обычной социальной активности, замкнутость, стремление к рискованным действиям, например, безрассудное хождение по карнизам, потеря интереса к увлечениям, спорту, учебе. Возможны также не соблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью, скудные планы на будущее, стремление к тому, чтобы их оставили в покое, что вызывает раздражение со стороны других людей.

Ситуационные признаки. Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону, смерть любимого человека, особенно родителей или близких родственников, недавняя перемена места жительства, семейные неурядицы, неприятности с законом, коммуникативные затруднения,

проблемы с учебой, социальная изоляция, особенно от семьи или друзей, хроническая, прогрессирующая болезнь, нежелательная беременность.

Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии. Ее основным симптомом является потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Поступки и настроение как бы выдыхаются и становятся безвкусными. Психика лишается сильных чувств. Человеком овладевает безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Заметно ослабевает двигательная активность или, наоборот, возникают приступы громкой, быстрой, порой беспрестанной речи, наполненные жалобами, обвинениями или просьбами о помощи. Часто бывают нарушения сна или волнообразная усталость. Соматические признаки тревоги проявляются дрожанием, сухостью губ и учащенным дыханием. Появляются ничем не обусловленные соматические нарушения в виде болей в голове, боку или животе. Больные постоянно ощущают свою нежеланность, греховность и бесполезность, в силу чего приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла.