



Администрация
Томской области



ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ



Национальный
исследовательский
Томский
государственный
университет

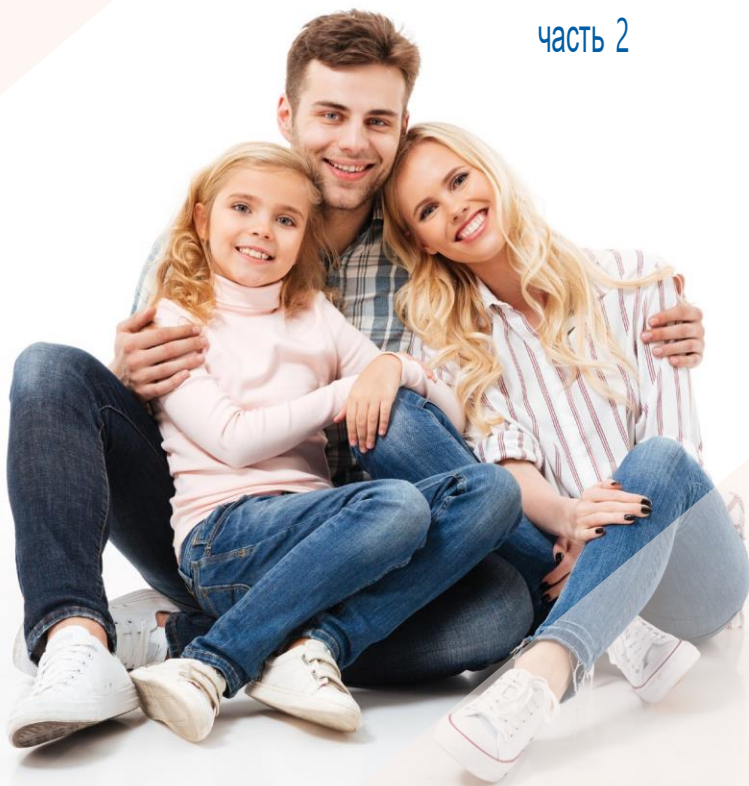


Памятка для родителей

Профилактика детского суицида

- депрессия
- ошибки в воспитании
- сигналы тревоги

часть 2



ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО СУИЦИДА

В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых.

Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности, стрессов и утраты смысла жизни.

Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедии.

ТИПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Демонстративное суицидальное поведение не связано с желанием умереть. Это способ привлечь к себе внимание близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то причинам говорить нельзя.
 2. Аффективное суицидальное поведение — совершается на пике эмоций, на фоне острого психотравмирующего события, которое может служить последней каплей.
 3. Истинное суицидальное поведение — преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни. Ему чаще всего предшествует длительное депрессивное состояние, чувство безнадежности, утрата смыслов, детальная проработка психотравмирующей ситуации
- Скрытый суицид (косвенное самоубийство) ориентировано на риск, на игру со смертью (экстремальные виды спорта, самоизоляция, употребление сильных наркотиков и т.д.).



Этапы формирования суицидального поведения

1. Под влиянием острых или длительных психотравмирующих ситуаций у человека возникают антивитаальные переживания («жизнь бессмысленна», «ничего хорошего уже не будет», «я никому не нужен», «не живешь, а существуешь» и т.п.).
2. Затем могут формироваться пассивные суицидальные мысли («хорошо бы, если бы сбила машина», «если бы уснуть и не проснуться»).
3. На следующем этапе начинают формироваться активные суицидальные мысли: человек интересуется способами самоубийства, обдумывает более подходящий для себя, принимает решение о совершении суицида.
4. Далее происходит более детальная разработка плана — выбирается место, время, конкретный способ, могут предприниматься действия, чтобы попытке никто не помешал.
5. Далее может следовать непосредственная суицидальная попытка, которая в случае «неудачи» может быть неоднократной.
6. Непосредственному акту самоубийства предшествует период, называемый специалистами «пресуицид», и включающий две фазы:

Первая не сопровождается суицидальным поведением. Подросток активно ищет «точки опоры», стремится найти выход из мучительной ситуации, ищет поддержки окружающих. Постепенно, исчерпывая различные варианты, он убеждается в безвыходности и неразрешимости своей проблемы. Остро ощущается невыносимость существования, одиночество, безысходность. На этом этапе работа с психологом дает наиболее высокие результаты

Вторая фаза включает в себя собственно весь суицидальный процесс - от мыслей до попытки самоубийства. По мнению специалистов, на этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению суицида, как правило, малоэффективны. Требуется вмешательство врача-психиатра и подключение медикаментозной терапии.



ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Вербальные сигналы тревоги

- Фразы, в которых проскальзывает нежелание жить: «скоро все закончится», «я больше не буду никому обузой», «пора выпиливаться из реальности», «надоело жить, лучше уйти», «тебе больше не придется обо мне волноваться».
- Комментарии или высказывания негативного характера о себе или своей жизни: «я ничтожество», «эта жизнь отвратительна», «моя жизнь не имеет смысла», «вам было бы лучше без меня».
- Комментарии или высказывания негативного характера о своем будущем: «у меня нет будущего», «ситуация никогда не станет лучше», «у моих проблем нет решения».
- Неожиданные вербальные или письменные прощания: «хочу, чтобы ты знал, что все это время ты мне очень сильно помогал».

Невербальные сигналы тревоги

- Резкая смена поведения. Чаще всего это проявляется в двух аспектах:
 - Значительное повышение раздражительности, несдержанности, агрессивности, неуважение к границам, бессонница или проблемы со сном.
- Внезапное затишье, период спокойствия после периода сильного возбуждения. Это кажущееся спокойствие часто бывает связано с уже принятым решением о прекращении жизни.
- Потеря интереса к школьным занятиям, которые раньше нравились, отказ от включения в какие-либо виды деятельности и группы.
- Пассивное поведение в классе, апатия, грусть.
 - Отчуждение, что можно заметить на переменах, — замкнутость, отделенность от других.
- Несвойственное раннее употребление алкоголя и наркотиков как способ преодолеть страх смерти и совершить суицид.
- Снижение успеваемости, снижение мотивации, необоснованные пропуски занятий, неадекватное поведение на уроке, которое не свойственно этому ребенку.
- Раздаривание любимых и ценных личных вещей.
 - Неожиданные прощания (например: «я всегда тебя любил») с помощью любого средства связи (мессенджеры, смс, социальные сети или лично, например, неожиданные сильные объятия).
- Закрытие аккаунтов в социальных сетях.
 - Доделывание «висящих» дел, решение вопросов, которые тянутся годами.



ОШИБКИ В ВОСПИТАНИИ ПОДРОСТКОВ

ГИПОПРОТЕКЦИЯ

В крайней форме - полная безнадзорность. Чаще недостаток опеки и контроля за поведением. Скрытая гипопротекция - контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом.

ДОМИНИРУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ

Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой, каждой мыслью вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком, достигающего иногда постыдной для него слежки.

ПОТВОРСТВУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ

В крайнем варианте – воспитание по типу «кумира семьи». Здесь дело не столько в постоянном контроле, сколько в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ

Подросток постоянно ощущает, что им тяготеются, что он – обуза в жизни родителей, что без него им было бы лучше. Ситуация усугубляется, когда есть рядом кто-то другой – брат или сестра, особенно сводные, отчим или мачеха, кто гораздо дороже и любимее (воспитание по типу «Золушки»).

УСЛОВИЯ ЖЕСТОКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Эти условия нередко сочетаются с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение может проявляться открыто – суровыми расправами за мелкие проступки, а еще более тем, что на ребенке «срывают зло» на других. Но жестокие отношения не избирательно касаются только самого ребенка или подростка – они господствуют во всей атмосфере непосредственного окружения, хотя в семье могут быть, и скрыты от посторонних взоров.



ПОВЫШЕННАЯ МОРАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они часто лелеют мысль о том, что их потомок воплотит в жизнь собственные несбывшиеся мечты. Подросток чувствует, что от него ждут очень много.

ПОТВОРСТВУЮЩАЯ ГИПОПРОТЕКЦИЯ

Бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к подростку сочетается с некритическим отношением их к его поведению. Родители стараются всегда оправдать подростка, при всех его проступках переложить вину на других, оградить его от общественного порицания и тем более от вполне заслуженного наказания.

ВОСПИТАНИЕ В АТМОСФЕРЕ КУЛЬТА БОЛЕЗНИ

Преувеличенные заботы о здоровье, возведение в культ режима и лечения имеющихся заболеваний по сути дела является одной из форм доминирующей гиперпротекции. В итоге такое воспитание способствует инфантилизации, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье.

ПРОТИВОРЕЧИВОЕ ВОСПИТАНИЕ

Члены семьи в таких случаях применяют несовместимые воспитательные подходы и предъявляют к подростку порою противоречивые требования. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом.

ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ

Депрессия является психическим расстройством, которое характеризуется сниженным фоном настроения, неспособностью получать удовольствие от жизни, а также замедлением психических процессов. Депрессия может возникнуть как в результате тяжелого психического заболевания, так и на фоне психической травмы, острого и хронического стресса.

Особенности депрессий у подростков определяются сочетанием целого комплекса факторов — наследственного, конституционально-характерологического, психофизиологического, психогенного, возрастного и др.

Особенности депрессий подросткового возраста

- Нестабильность настроения с многократной его сменой в течение нескольких недель, дней, а иногда даже часов.
- Частая представленность, а иногда и сосуществование таких неоднородных проявлений, как апатия, безразличие, грубость, раздражительность, выраженная тревога, расстройства пищевого поведения.
- Переживания несовершенства и несостоятельности собственной личности, несоответствия внешности современным стандартам красоты.
- Переживание проблем со своей половой идентичностью, сексуальностью.
- Формирование особого депрессивного философского мировоззрения, включающего переживания бессмысленности жизни.

Первые признаки подростковой депрессии:

- повышенная утомляемость, жалобы на постоянную усталость
- вялость, апатия
- рассеянность
- пропуск занятий, потеря интереса к учебе, снижение успеваемости; в некоторых случаях успеваемость может оставаться хорошей, в результате чего у окружающих не возникает повода для беспокойства
- нарушение сна, бессонница, что порой объясняется сбитым «из-за компьютера или смартфона» режимом сна и бодрствования
- нарушение аппетита, пищевого поведения (изменение пищевых привычек, отказ от еды, чрезмерное употребление сладкого и пр.) любые внезапные изменения поведения, образа жизни, интересов, круга общения, мировоззрения, внешнего вида (подросток перекрашивает волосы, делает пирсинг);
- употребление алкоголя, ПАВ, наркотиков негативизм, оппозиция, которые не были свойственны подростку ранее;
- чрезмерное увлечение компьютерными играми

В ряде случаев депрессия в подростковом возрасте сопровождается нанесением не суицидальных самоповреждений. К наиболее распространенным самоповреждениям относятся самопорезы, ожоги, удары о стену, углы, острые предметы, прикусывание щек и губ, выдиращение волос и т.п. По словам самих подростков, таким образом они пытаются «сбросить напряжение», восстановить самоконтроль.

Суицид может иметь место, если проблема остается актуальной и нерешенной в течение нескольких месяцев, и при этом подросток ни с кем из своего окружения не делится личными переживаниями.

Суждение, что люди, решившиеся на суицид, никому не говорят о своих намерениях, неверно. Большинство людей в той или иной форме предупреждают окружающих. А дети вообще не умеют скрывать своих планов. Разговоры вроде «никто и не мог предположить» означают лишь то, что окружающие не приняли или не поняли посылаемых сигналов. Подросток может прямо говорить о суициде, может рассуждать о бессмысленности жизни, что без него в этом мире будет лучше.

Уважаемые родители! Будьте бдительны!

ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

• СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В ТРУДНЫХ СИТУАЦИЯХ

Единый круглосуточный общероссийский детский телефон доверия для детей, подростков и их родителей
8-800-200-01-22

- **Медико-педагогический центр ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»** (детское диспансерное отделение)
г. Томск, ул. Северный городок, 52.

Это психиатры и психологи, которые ведут прием по разным вопросам.

Регистратура:

+7 (3822) 469-127 (дети – до 14 лет)

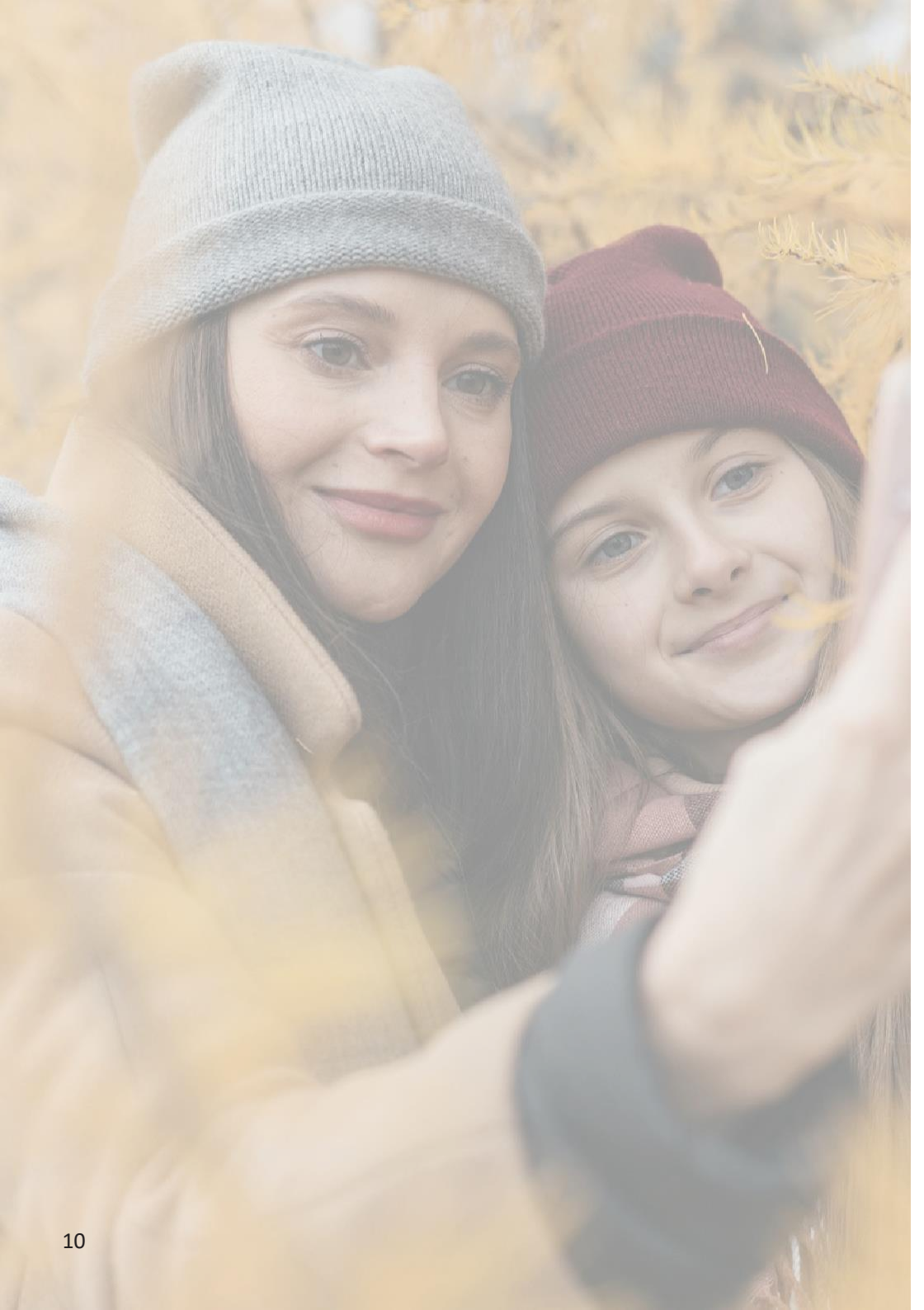
+7 (3822) 468-487 (подростки – с 15 лет)

Заведующая ДДО: +7 (3822) 468-769 (Кульбакина Татьяна Александровна)

• Полезные ресурсы:

травлинет.рф

pobedish.ru



Изготовлено
ОГАУ «Центр медицинской и фармацевтической информации»
Тираж: 100 000 экз.
Томск, 2022 г.

