



ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ



Надворный
инженерный
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.



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).
- Закрывание аккаунтов в социальных сетях.
- Доделывание «висящих» дел, решение вопросов, которые тянутся годами.

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 тяготятся, 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 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, наркотиковнегативизм, оппозиция, которые не были свойственны подростку ранее;
- чрезмерное увлечение компьютерными играми

В ряде случаев депрессия в подростковом возрасте сопровождается нанесением несуицидальных самоповреждений. К наиболее распространенным самоповреждениям относятся самопорезы, ожоги, удары о стену, углы, острые предметы, прикусывание щек и губ, выдирание 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 ребенок 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. Ребенок 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.

