Психологические особенности детей и подростков с суицидальным риском



Суицид (самоубийство) *— это преднамеренное, осознанное лишение себя жизни. В медицине и психологии это не отдельный диагноз, а* ***поведенческий акт****, который чаще всего становится следствием глубокого кризиса, психического расстройства или сочетания тяжёлых жизненных обстоятельств.*

Суицид остается одной из ведущих причин смертности в мире, прежде всего в трудоспособном, молодом возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от самоубийств погибает более 700 тысяч человек, и значительная доля этих случаев приходится на людей в возрасте от 15 до 44 лет. Это делает суицид не только медицинской, но и острой социально-экономической проблемой, поскольку из жизни уходят люди, находящиеся в самом активном периоде — способные учиться, работать, создавать семьи и вносить вклад в развитие общества.

Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийства подростков в России занимают третье место среди основных причин потенциальной потери жизни. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 37%.



Ежегодно каждый 12-й подросток в возрасте 15—19 лет пытается совершить самоубийство

Чувство безнадежности, выражающееся в **отсутствии жизненной перспективы и утрате смысла поиска этой перспективы,** является *основным прогностическим маркером суицида*, причем именно по этому фактору различались случаи фатальных и не фатальных попыток. У людей депрессивных, покушавшихся на свою жизнь, чувство безнадежности было связано со значительными когнитивными искажениями, у недепрессивных — оно могло иметь более реалистичную основу.

Однако и в том и в другом случае именно это чувство было наиболее грозным сигналом о серьезности намерений и возможности летального исхода.

Таким образом, безнадежность признана важнейшей мишенью в предотвращении смертельного исхода

Суицидальное поведение

1. Пресуицидальный
2. Суицид : обратимый, необратимый
3. Постсуицидальный



Пресуицидальный этап

1) Пассивные суицидальные мысли
2) Суицидальные замыслы, когда человек от пассивных мыслей переходит к планированию способа, места, времени совершения суицида
3) Суицидальные намерения, при которых происходит переход от замыслов к действиям



Самые важные вопросы, которые необходимо задать потенциальному самоубийце

Что у вас болит?

Выявление причин, по которым клиент задумался о самоубийстве. И для того, чтобы снизить риск суицида, необходимо обсудить, проанализировать, проработать эти причины

Как я могу вам помочь?

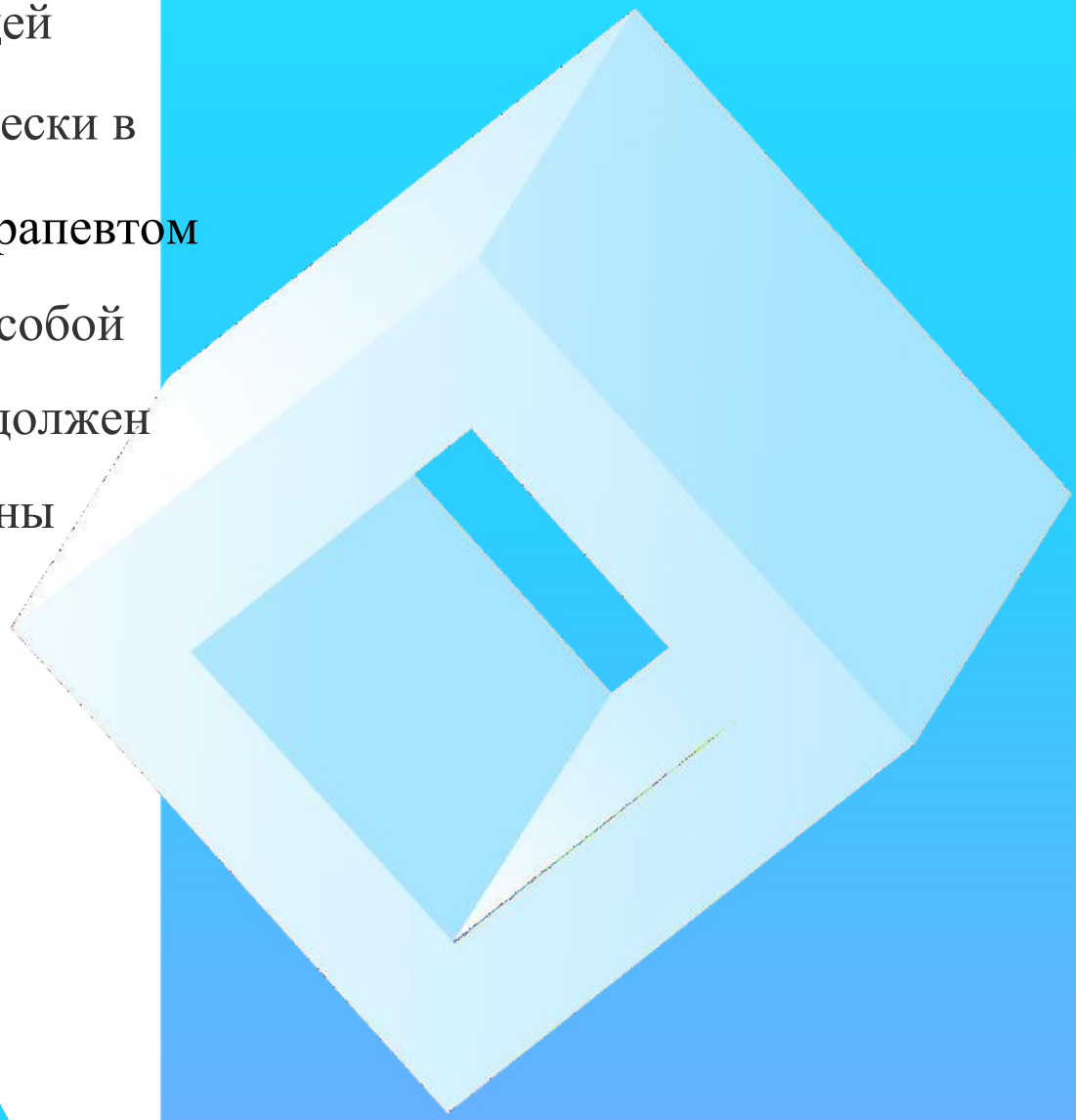
Второй вопрос особенно важен: клиент осознаёт, что хочет получить от психолога; если психолог сможет это дать, клиент справится. Поэтому психологу необходимо понять запрос клиента.

Правила по работе с суицидально настроенным клиентами

1. Встречаться по возможности чаще, чтобы «держать руку на пульсе»
2. Помочь клиенту обратиться к позитивным сторонам его жизни, которые способны выступать в качестве антисуицидальных факторов
3. Не прибегать к морализированию ситуации



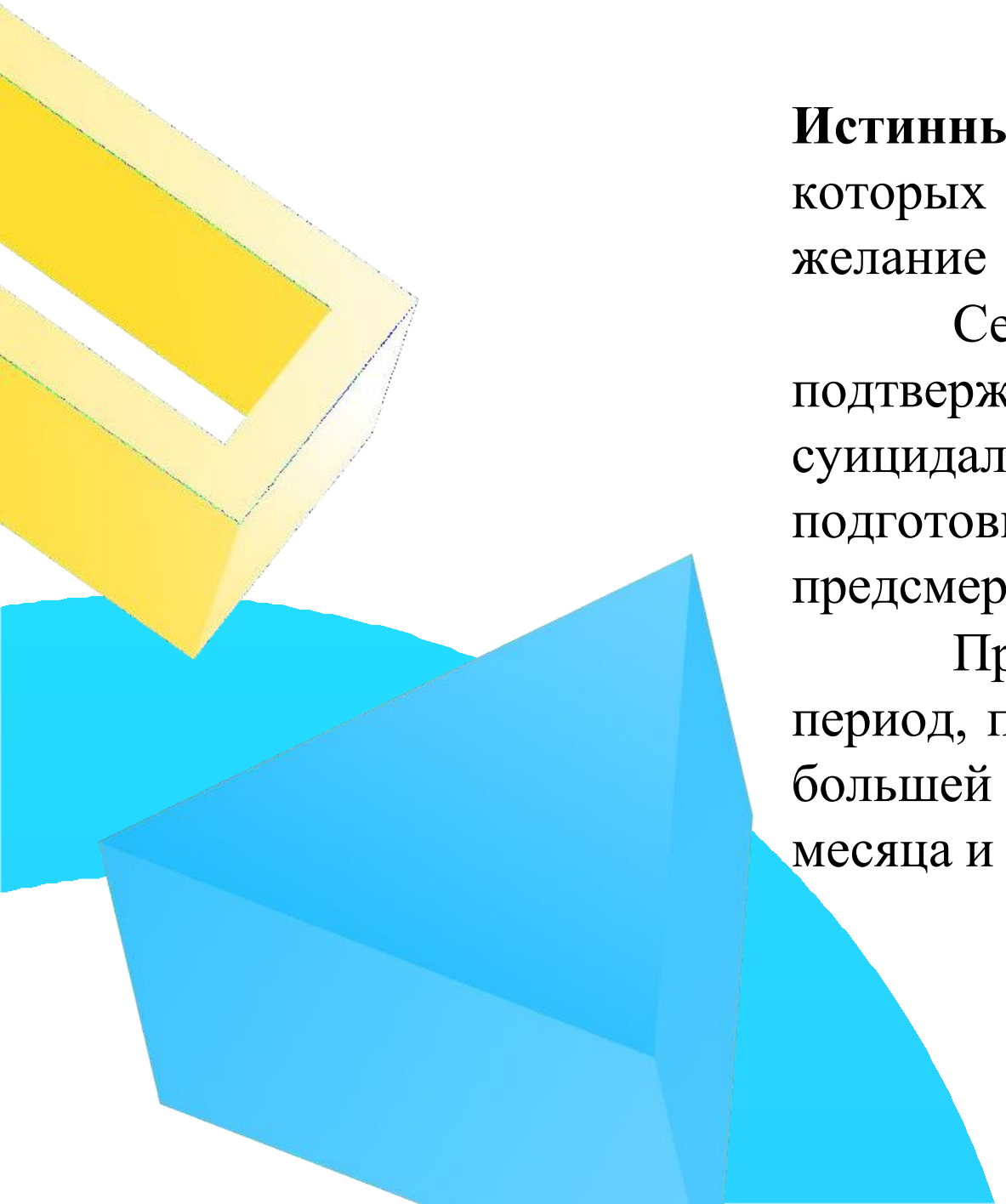
4. Привлечь к работе близких и значимых людей
5. Клиент должен иметь возможность практически в любое время связаться с психологом/психотерапевтом
6. Нельзя позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства Психолог должен осознавать, что его возможности не безграничны
7. Возможно предложить госпитализацию
8. Документировать свои действия (могут пригодиться в случае завершенного суицида)



Суицидальное поведение

1. Истинный суицид
2. Аффективный суицид
3. Демонстративно-шантажное поведение

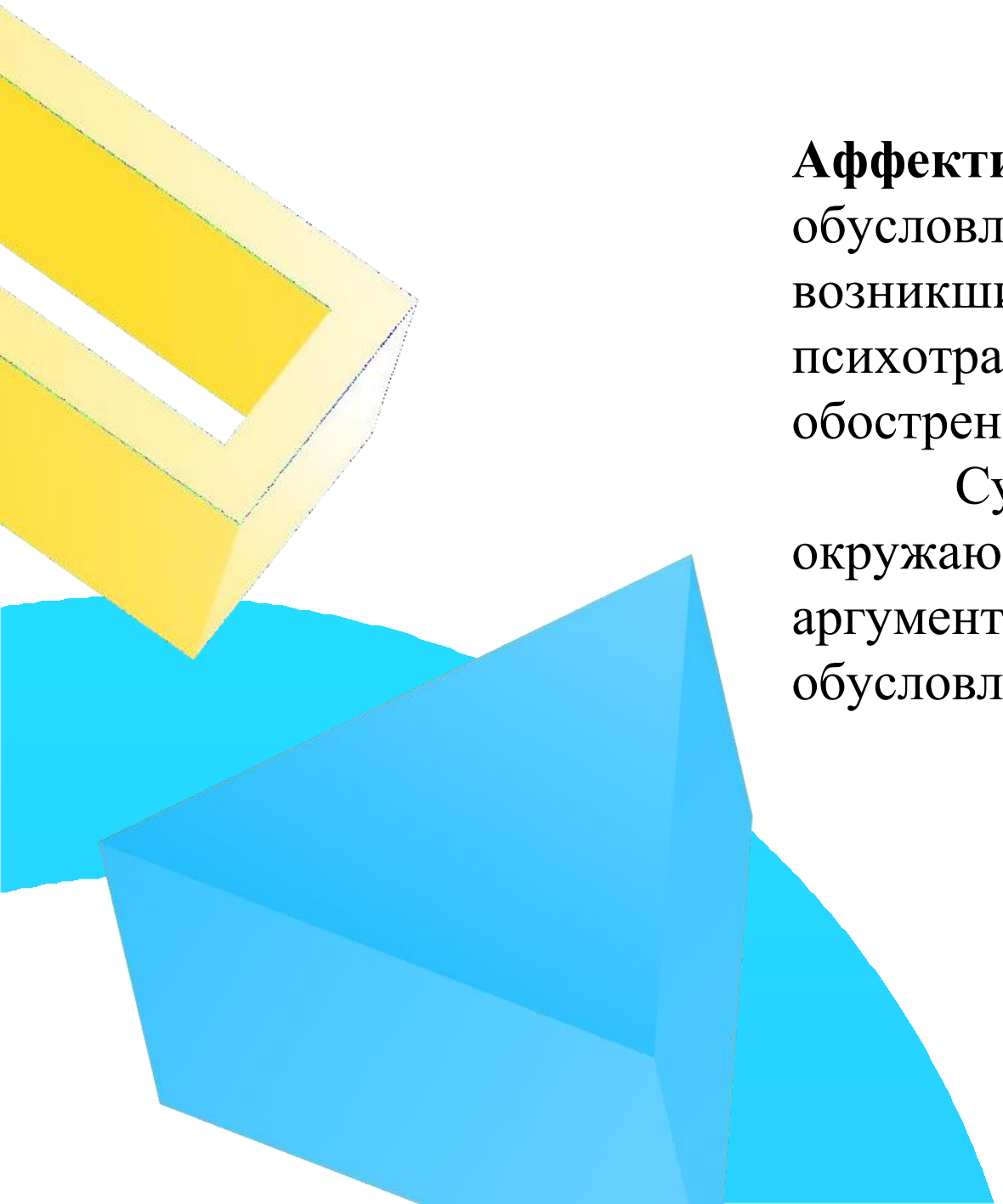




Истинный суицид – осознанные действия, целью которых является совершение акта самоубийства, желание лишить себя жизни.

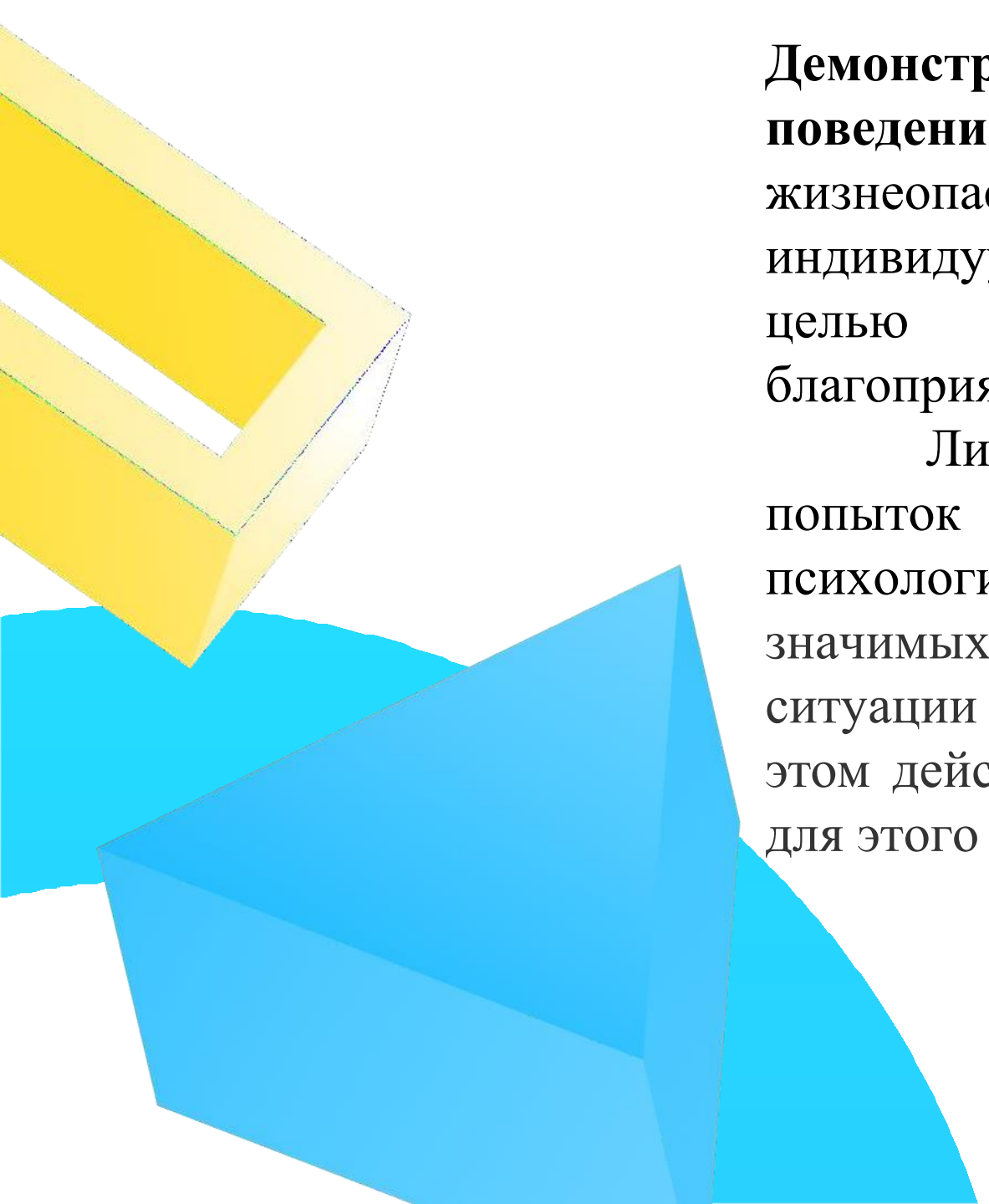
Серьезность и устойчивость намерения подтверждаются выбором места, времени и способа суицидального действия, активной предварительной подготовкой, а в ряде случаев – наличием предсмертных записок.

При истинных суицидальных действиях период, предшествующий самоубийству, отличается большей длительностью (от нескольких суток до месяца и более).



Аффективный суицид – суицидальные действия, обусловленные необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события или под влиянием обострения хронических психотравм.

Суициденты не реагируют на обращения окружающих, не принимают в расчет никакие аргументы. Охваченность суицидальным побуждением обусловливает отсутствие страха смерти и боли.



Демонстративно-шантажное суицидальное поведение – сознательная манипуляция жизнеопасными действиями при сохранении для индивидуума высокой ценности собственной жизни, с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для него сторону.

Личный смысл демонстративно-шантажных попыток суицида состоит в оказании психологического давления на окружающих и значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для себя сторону, при этом действия не должны повлечь за собой смерть и для этого предпринимаются меры предосторожности

Этапы терапии

1. Начальный
2. Средний
3. Завершающий



К задачам начального этапа относятся информирование; мотивирование к лечению, разработка «плана безопасности»; сбор информации для когнитивной концептуализации; формулировка целей лечения.

Важный итог начального этапа — договоренность о предотвращении повторных попыток как главной цели лечения

Важной задачей начальной фазы — составление «плана безопасности», который представляет собой систему средств для совладания с суицидальным кризисом. Этот план можно также представить как инструкцию по предотвращению суицида. Она начинает разрабатываться уже на первой сессии, а затем развивается и уточняется по мере получения новой информации от клиента в ходе терапии

Согласно рекомендациям план безопасности должен включать шесть частей:

1) описание сигналов (триггеров), предупреждающих о возможности суицида

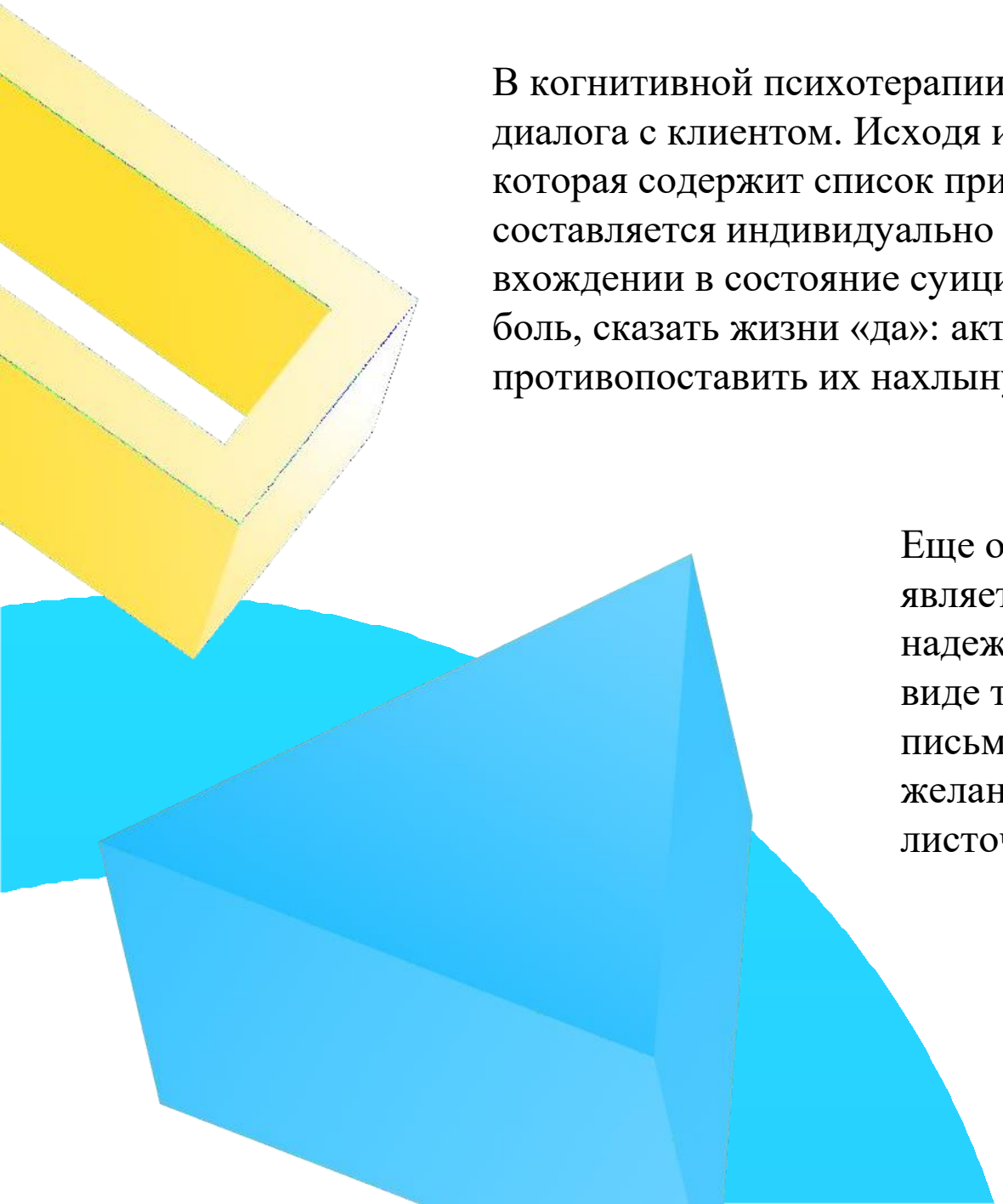
2) совладающие приемы, которые может использовать сам клиент

3) список людей, с которыми он может связаться для открытого обсуждения своего кризиса

4) список людей, которые могут ему помочь справиться справиться со своим состоянием без сообщения им деталей происходящего

5) информация о контактах для неотложной помощи (лечащий специалист, горячая линия и т. д.)

6) план переключения — отказа от установки на уход из жизни. Клиенты получают инструкцию сверяться со своим планом, как только они заметят предупреждающие сигналы, и двигаться от одного пункта к другому, если выполнение предшествующего не дало результата

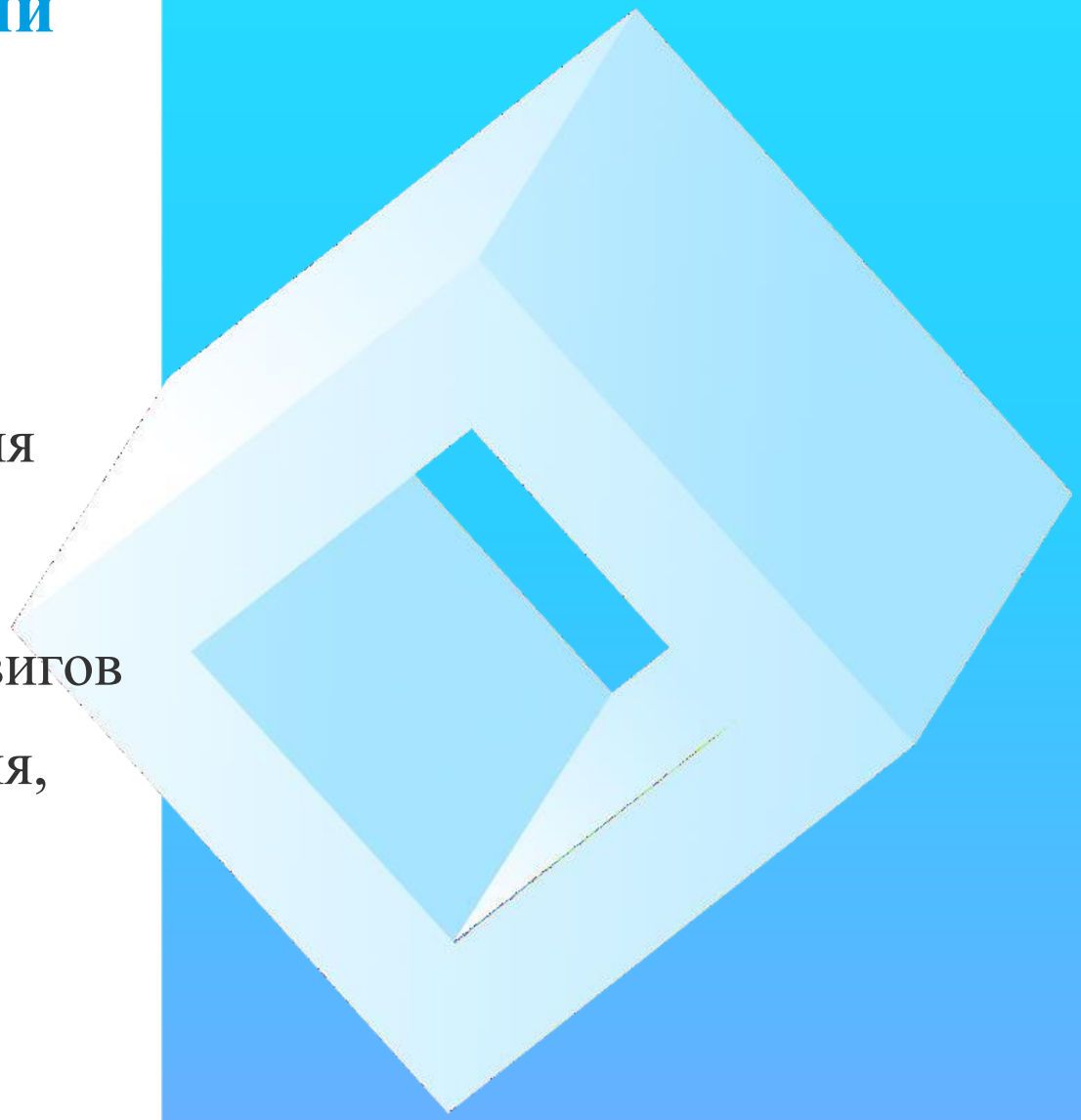


В когнитивной психотерапии также осуществляется такой поиск путем сократического диалога с клиентом. Исходя из выявленных оснований составляется совладающая карточка, которая содержит список причин для продолжения жизни, который в каждом случае составляется индивидуально совместно с клиентом. Список помогает клиенту при вхождении в состояние суицидального кризиса, не смотря на подступившую психическую боль, сказать жизни «да»: актуализировать и усилить слабеющие аргументы «за жизнь» и противопоставить их нахлынувшим аргументам «против»

Еще одним приемом для легко теряющих контроль клиентов является составление так называемого «комплект одежды для надежды» — более осязаемых доказательств ценности жизни в виде тактильных и визуальных стимулов: фотографии близких, письма друзей, стихи или музыкальные диски, наполняющие желанием жить, наконец, для религиозных людей это могут быть листочки с молитвами

Задачи завершающей стадии

1. Закрепление навыков, которые тренировались в средней фазе
2. Составление плана предотвращения кризиса
3. Фиксация всех положительных сдвигов
4. Подготовка к продолжению лечения, направленного на основное психическое расстройство



Особенности психокоррекционной работы в постсуицидальном периоде

1. Насколько актуален конфликт, толкнувший человека на попытку лишить себя жизни
2. Насколько он остается фиксирован на своих суицидальных тенденциях
3. Какое у него отношение к совершенной попытке

Типы постсуицидальных состояний

1. **Критический тип**

а) конфликт утратил свою актуальность;

б) суицидальных тенденций нет;

в) отношение к суицидальной попытке негативное.

Суицидент может испытывать чувства стыда, сожаления, либо запоздалого страха передвероятной трагедией. Прогноз дальнейшего поведения благоприятный, вероятность повторной попытки минимальна (хотя и возможна, особенно, при негативной реакции со стороны окружающих)

2. **Манипулятивный тип**

а) актуальность конфликта снизилась, но не потому, что проблема решена, а по причине того, что суицидент получил определенную выгоду благодаря попытке суицида (о нем начали беспокоиться, ему простили прошлые ошибки и т.п.);

б) суицидальных тенденций нет;

в) С одной стороны, суицидент может испытывать страх, стыд, сожаление и другие негативные чувства. С другой стороны, он понимает, что может в дальнейшем достигать своих целей путем шантажирования окружающих угрозой суицида.

Вероятность повторных суицидальных попыток довольно высока, но степень их опасности для жизни снижается, так как истинно суицидальное поведение сменяется на демонстративно- шантажное. При этом ни в коем случае нельзя отмахиваться от риска таких попыток как несерьезных, ненастоящих, т.к. даже демонстративная попытка при неблагоприятном стечении обстоятельств может оказаться летальной.

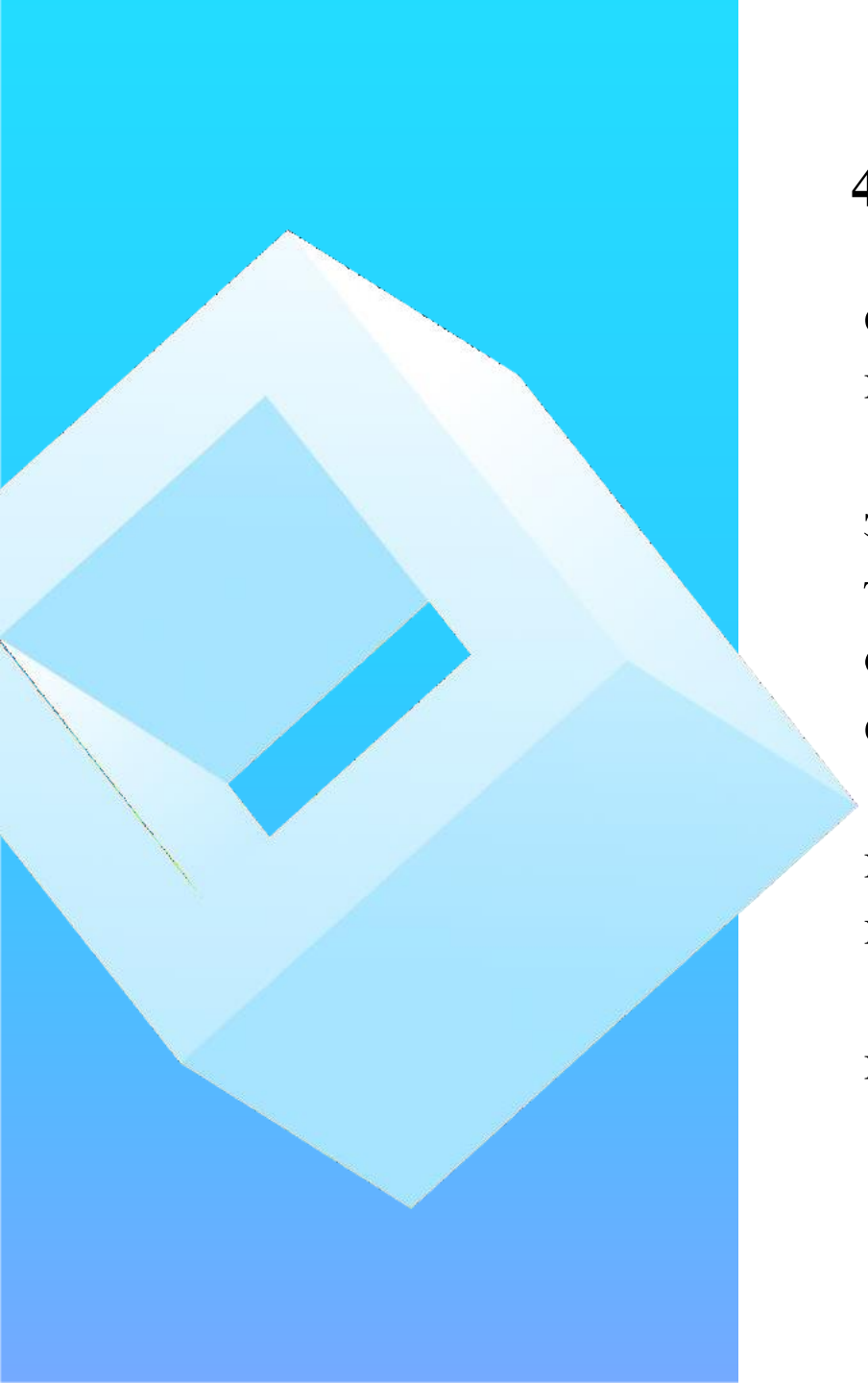
3. Аналитический тип

а)сохранении актуальности суицидального конфликта конфликта

б) отсутствие суицидальных тенденций

в) негативное отношение к суицидальной попытке. Оно выражается в раскаянии, осознании того, что суицид – это не способ решения конфликта.

Но по причине того, что конфликт не утратил своей актуальности, суицидент ищет новые способы его решения. Если адекватные способы найти не удастся и дальнейшее переживание конфликта окажется невыносимым, то возможна повторная попытка. Но в этом случае суицидент будет действовать уже более обдуманно, что увеличивает опасность завершенного суицида.



4. Суицидально-фиксированный:

а) конфликт по-прежнему актуален; предшествующая суицидальная попытка не привела ни к его разрядке, ни к переосмыслению;

б) суицидальные тенденции сохраняются (особую опасность здесь представляет риск диссимуляции суицидальных тенденций, когда суицидент пытается убедить окружающих, что он изменил свое отношение к суициду, хотя в действительности его суицидальные настроения лишь окрепли);

в) отношение к суициду положительное. Суицидент продолжает быть уверен, что самоубийство – это единственный выход из сложившейся ситуации.

При данном типе прогноз максимально неблагоприятен, так как вероятность повторных попыток очень высока.

5. Может быть условно выделен пятый, для которого характерно отрицание или сокрытие суицидальной попытки.

В этом случае суицидент может утверждать, что у него не было намерения лишить себя жизни, а свое поведение он объясняет случайностью или неосторожностью

Факторы детского и подросткового суицида

1. Неблагоприятная семейная обстановка
2. Психологическая неадекватность в воспитании
3. Подростковое одиночество
4. Трудно протекающий пубертат
5. Личностная импульсивность, как черта суицидента

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. Цветовой тест М. Люшера (5+)
2. Тест выявления суицидального риска у детей А.А. Кучер, В.П. Костюкевич (5-11 кла
3. Методика «Незаконченные предложения», вариант методики Saks-Sidney (7+)
4. Диагностика суицидального поведения подростков (модификация опросника Г. Айз «Самооценка психических состояний личности»)
5. Методика «Сигнал». Иматон (16+)
6. Методика диагностики суицидального поведения М.В. Горской (16-17 лет)
7. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова)
8. Опросник суицидального риска (Модификация Т.Н. Разуваевой) (8-11 классы)
9. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер)
10. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З.Королева)
11. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества (Д. Рассела и М. Фергюсона)
12. Опросник С.Г. Корчагина «Одиночество»
13. Патохарактерологический диагностический опросник Личко А.Е. (14-16 лет)
14. Опросник Басса-Дарки

Спасибо за внимание!

Подготовила и провела презентацию
Казанова Е.В.