

3-секция. Педагогика жана психология

УДК 616.89-008.441.44

Жумабаева Д.С. - преподаватель

Суицидальные тенденции среди подростков и детей.

В последние годы в Кыргызстане в тени громких политических событий оказалась одна тревожная тенденция – рост самоубийств среди детей и подростков. Шведский центр суицидальных исследований опубликовал доклад, в котором сообщается, что по абсолютному количеству самоубийств среди детей приходится в возрасте от 14 до 18 лет. Самоубийство, суицид (от лат. *sui caedere* – убивать себя) – целенаправленное лишение себя жизни.

Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека в состоянии психологической дезадаптации, которая проявляется широкой гаммой переживаний – как психологических, так и патологических. Независимо от категории пациента, существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска друг с другом и с пусковыми факторами (кризисная ситуация). Фактор риска суицида – это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Факторы риска являются понятиями вероятностными, и их предиктивная сила носит относительный характер.

К базовым факторам риска суицидального поведения относятся следующие:

1. Социально-демографические факторы суицидального риска.

Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3-6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45-ти лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 15-24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

Профессиональный статус. Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

Религия. Уровни суицидов выше среди атеистов, по сравнению с верующими. Среди основных конфессий, максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

2. Социально-экономические факторы: безработица, ограничение возможностей, потеря социального статуса. В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается;

3. Медицинские факторы. Психическое здоровье. Психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Согласно результатам исследований ВОЗ (2002г.), во многих случаях состояние человека на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Самые частые среди

них - расстройства настроения, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ, шизофрения и другие психические расстройства.

Психическая патология может выражаться:

- в депрессии, особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким - 8-30%.
- алкогольной зависимости. От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью;
- зависимости от наркотических веществ. Уровень суицидов в выборках героинового наркоманов значительно превышает популяционный и колеблется в диапазоне 82-350/100000.
- шизофрении;
- расстройстве личности.

4. Индивидуально-психологические факторы. Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный), импульсивность, эмоциональная инфантильность, заниженная или завышенная самооценка, максимализм и категоричность, сильно выраженное желание достижения целей, низкая способность к вытеснению травмирующего фактора, тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер, для запуска суицидальных действий необходим пусковой фактор, которым, как правило, является конфликт или кризис. Под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей. Степень дезадаптации зависит от базовых факторов риска и силы триггера. Ситуации межличностных конфликтов являются источниками эмоций страха, вины, стыда и синдрома депрессии, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. Если такое состояние воспринимается через призму беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода, суицидальный риск становится высоким. «Суицидальное» восприятие ситуации характеризуется также когнитивным сужением («иного выхода нет») и дихотомическим мышлением («все или ничего»).

Суицидальное поведение – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

Суицидальное поведение принято подразделять на внутренние и внешние формы.

Внутренние формы:

- Антивитальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти
 - Пассивные суицидальные мысли – фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни
 - Суицидальные замыслы – разработка плана суицида
 - Суицидальные намерения – решение к выполнению плана
- Внешние формы:
- Самоубийство (суицид) – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

- Суицидальная попытка (парасуицид) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение).
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид)– акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

Сравнительный анализ суицида в мире и Кыргызской Республике.

Ежегодно самоубийство совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всем мире, а за один день 2300 человек совершают самоубийство. Самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире, в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. В 2007 году в нашей республике количество суицидов составляло 8.9% на 100 тыс. населения. Высокий уровень суицида отмечается в Ысык-Кульской и Чуйской областях. В Жалал-Абадской и Ошской области данный показатель составляет 3.4%. В 2010 году по всей республике зарегистрировано 428 завершённых суицидов, а в 2011 году за 9 месяцев данный показатель составляло 427 человек. Самый высокий риск суицидального поведения в нашей Республике отмечается среди людей в возрасте от 14 до 18 лет. Добровольно с жизнью расстаются около 2500 несовершеннолетних россиян в год. Второе место у США - 1800 детей-самоубийц в год.

2011 год отмечен суицидальными настроениями в школьной среде. На 11 тыс. подростков в стране приходится один суицидальный случай. Как известно, 45% населения нашей страны – это дети. Многие дети в детских домах из неблагополучных семей, среди них процветает детский труд, проституция, уменьшается доступ к образованию. Только в прошлом году, в республике покончили жизнь самоубийством 94 несовершеннолетних - у большинства из них не было одного или обоих родителей. А самому младшему едва исполнилось 10 лет. В списке Всемирной организации здравоохранения указано 800 причин, толкающих людей к самоубийству. Но в Кыргызстане психологи говорят только о нескольких - это безнадежная бедность, детское насилие, социальное неравенство.

В Жалал-Абадской области в последнее время участились случаи суицида среди школьников. За 6 месяцев прошлого года зафиксировано 5 случаев суицида: в Ала-Букинском районе - 2, Базар-Коргоне – 2, Ноокене -2, в Аксы – 1, в Сузаке – 1, в Майлы-Суу – 1 и в Чаткале – 1 случай. В основном, все они являются учениками 6-9 классов. По данным УВД Жалал-Абадской области возраст школьников, покончивших жизнь самоубийством колеблется от 14 до 18 лет.

Роль родителей и педагогов в предотвращении суицидальных поведений.

Основными причинами суицидального поведения подростков являются максимализм в восприятии окружающей действительности, кризис подросткового возраста сопровождающийся с различными внутриличностными и межличностными конфликтами, злоупотребление психотропных веществ (алкоголя и наркотиков), социальная дезадаптация, половая идентификация, переориентация ценностей и ценностных ориентаций, социальная изоляция. Особенно отсутствие одного из родителей или отсутствие внимания от их сверхзанятости влияет на поведение подростка, что увеличивает риск суицида. Насилие совершенное по отношению к подростку также негативно влияет на его психику и будет отражаться в его поведении.

Кроме родителей на ребенка могут повлиять педагоги. Специфика педагогического отношения и коллектива в школе показывает уровень появления и динамики психологических проблем. К сожалению, в школах Жалал-Абадской области фактически нет психологов из-за отсутствия специалистов. Поэтому вся ответственность лежит на социальных педагогов, которые вместе с классным руководителем должны проводить ряд мероприятий по предотвращению и коррекции суицидального поведения у школьников. При этом акцент должен ставиться на подростковый период, который является сензитивным и трудным для самого подростка. В ходе работы с школьниками беседа и эмпатическое слушание часто оказывается сухим, не целенаправленным, поэтому эти специалисты должны овладеть рядом умений и навыков по диагностике и оценки психического состояния и индивидуально-типологических свойств личности. В этом отношении рекомендуются нижеследующие тесты и методики:

1. Опросник суицидального риска (модификация Г.Н.Разуваевой).
2. Тест на выявление суицидального риска у детей (А.А.Кучер, В.П.Костюкович).
3. Шкала депрессии Бена.
4. Определение уровня депрессии Т.И.Балашова.
5. Шкала оценки риска суицида.
6. Шкала суицидальных интенций Пирса.
7. Шкала безнадежности.
8. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.
9. Тест на определение направленности личности Басса.
10. Тест на определение тревожности Тэммл-Дорки-Амен.

При объективном исследовании и оценке ситуации возможные прогнозы будут оправдываться, либо эти сомнения аннулируются. Диагностика предсуицидального синдрома имеет важное профилактическое значение. Лица, находящиеся, в предсуицидальном периоде, нуждаются в индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Особую практическую значимость имеет анализ факторов, удерживающих детей от самоубийства. К их числу относят:

1. отсутствие психических заболеваний, протекающих с депрессивными расстройствами;
2. лучшая интегрированность в семье;
3. когнитивные функционирование, не достигшее уровня конкретного или формального мышления;
4. наличие культуральных и духовно-религиозных факторов, делающих суицид менее приемлемым или табуирующим его;
5. проведение индивидуализированной терапии, направленной на купирование травматизации и избирательно адресующейся к слабым сторонам акцентуированной или психотической личности.

Предотвращение суицидальных попыток включает в себя нижеследующие действия:

- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;
- Уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение;
- Формирование компенсаторных механизмов поведения;
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намеревается совершить суицид, от 70 до 75% тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко

узнаваемыми. Оказание подросткам социальной поддержки с помощью включения семьи, школы, друзей может проводиться социально - психологический тренинг проблем - разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. Овладение навыками практического применения активной стратегии проблем, совершенствование поиска социальной поддержки, психологическая коррекция пассивной стратегии избегания, увеличение уровня самоконтроля, замена “значимых других”, выработка мотивации на достижение успеха может быть основано на тренинге поведенческих навыков. Прочные семейные и социальные связи снижают вероятность суицида. Роль социальных педагогов заключается в выявлении и диагностике суицидальных намерений, а также проведение профилактических мероприятий в целях предотвращения суицида среди подростков и детей.

Литература

1. «Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста». Питер. Санкт-Петербург 1999 год.
2. «Профилактика суицидального поведения» Л. И. Адамова.
3. «О мерах профилактики суицида среди детей и подростков» Письмо Минобразования России от 26. 01. 2000 № 22-06-86