

Нарушение психоэмоциональных состояний у обучающихся.

В последние десятилетия во всем мире наблюдается тенденция к росту числа самоубийств, однако в России и других странах бывшего Советского Союза она выражена наиболее сильно. Согласно данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время Российская Федерация занимает второе место в мире, после Литвы, по уровню завершенных самоубийств. Это свидетельствует о крайней актуальности проблем, связанных с ранним выявлением лиц с высоким суицидальным риском, осуществлением медико-психологических, социально-экономических и иных мероприятий, направленных на эффективное предупреждение самоубийств среди населения страны. *Методика «Сигнал» используемая в младшем подростковом и подростковом возрасте поможет выявить лиц с глубокими эмоциональными нарушениями и склонных с суицидальным попыткам.*

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

- Суицидальное поведение возникает в результате комплексного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, действующих на разных системных уровнях и в тесной взаимосвязи друг с другом.

- Суицидальное поведение имеет множество различных проявлений и форм, которые могут возникать под влиянием разных психологических и социально-средовых факторов и наблюдаются у лиц, значительно различающихся по своим психопатологическим и индивидуально-психологическим характеристикам.

- Суицидальное поведение — это сложный комплексный феномен, который не может рассматриваться как простое следствие психического заболевания или тяжелой жизненной ситуации, переживаемой индивидом.

- Суицидальное поведение характеризуется специфическим развитием, которое не может быть объяснено динамикой психотравмирующей ситуации или особенностями течения психического заболевания. Социально-средовые факторы риска играют различную роль на разных этапах развития суицидального поведения.

ЭТАПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы: **предсуицидальный этап**, этап реализации суицидальных намерений и **постсуицидальный этап** — в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом

Предсуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде.

Этап реализации суицидальных намерений включает планирование предстоящего

суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий.

Постсуицидальный период охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки.

ФОРМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ:

- *Суицидальные мысли (тенденции)* - мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении.

Суицидальные тенденции — более общее понятие, которое включает как суицидальные мысли, так и суицидальные побуждения, когда человек испытывает позывы к самоубийству.

Суицидальная попытка обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом.

Абортивная суицидальная попытка- индивид близок к тому, чтобы совершить суицид, но изменяет свои намерения непосредственно перед совершением суицидального акта.

Завершенный суицид - смерть от нанесенных самому себе повреждений.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию субъектом этого намерения для привлечения внимания окружающих (шантажируют педагогов по поводу оценок, хороших показателей в аттестате и т.п.).

Самоповреждающее (парасуицидальное) поведение характеризуется нанесением самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения (таблеток пьют, но в малых количествах, режут, но поверхностно).

Истинное суицидальное поведение характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни.

Признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе

Поведенческие

1. Любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаленные от близких
2. Склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам
3. Посещение врача без очевидной причины
4. Раздаривание ценных личных вещей или расставание с предметами увлечений
5. Пренебрежение внешним видом
6. «Туннельное» сознание самообвинения – узконаправленное только на суицид.

Словесные

1. Уверения в беспомощности, зависимости от других
2. Прощание
3. Разговоры или шутки о желании умереть
4. Двойственная оценка значимых событий
5. Медленная маловыразительная речь
6. Высказывания о смерти

При появлении первых признаков неблагополучия у подростка необходима мобилизация душевных сил близких людей.

Ребенок должен чувствовать, что он любим и значим, что его делами и проблемами интересуются и готовы **помочь ему** выйти из затруднительного положения.

Своевременная специализированная психологическая помощь может предотвратить такую страшную трагедию, как суицид.

Разговор по «Телефону доверия» (88002000122) может стать для подростка спасительным.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков:

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
- Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
- Переживание, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
- Боязнь позора, насмешек или унижения.
- Страх наказания, нежелание извиниться.
- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
- Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
- Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния. Следующие симптомы в поведении ребенка должны настораживать взрослых.

Это - изменение настроения, подавленность, снижение аппетита, раздражительность. Ребенок замыкается, закрывается у себя в комнате, ни с кем не хочет разговаривать. Ничто его не радует. Никуда не хочет идти, не отвечает на звонки друзей. Любые вопросы и реплики связанные со смертью, самоубийством не должны оставаться без внимания. Особенно надо быть внимательными к детям сильно обидчивым, легко ранимым, чересчур требовательным к своей внешности.

Миф о том, что «говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», является не

только ложным, но и опасным. **Напротив, многие покончившие с собой люди, говорили об этом, раскрывая свои будущие намерения.**

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Особенности суицидального поведения (суицидальной мотивации, форм суицидогенеза, суицидальных проявлений), характерные для определенных возрастных групп, разделенных согласно возрастным пикам суицидальной активности (детский: до 12 лет, подростковый: 12—17 лет, молодежный: 17—29 лет, зрелый: 30—55 лет, пожилой: 55—70, преклонный: старше 70 лет).
Случаи суицидальных действий в возрасте до 5 лет не описаны: — *для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку; — в подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями.* Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является экзистенциальный кризис, обусловленный психологической депривацией; — в молодом возрасте наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам).

Факторы суицидального риска		
Биологические	Психолого-психиатрические	Социально-средовые
1. Наличие суицидов среди биологических родственников. 2. Аномалии серотонинергической системы мозга	1. Наличие психического заболевания (депрессия, шизофрения, алкогольная зависимость, расстройства личности). 2. Индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению. 3. Суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом	1. Стрессовые события (смерть близкого человека, физическое или сексуальное насилие и др.). 2. Определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянного места работы и др.). 3. Доступность средств суицида

КРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД (Caplan G., 1964)

Временной параметр кризиса, в развитии которого выделяют:

- **период начального повышения напряжения;**
- **период несостоятельности** в разрешении проблемы с помощью сложившихся стереотипов поведения;
- **период «поспешной» мобилизации защитных сил** (компенсаторных адаптационных возможностей) при хаотическом поиске новых вариантов решения проблемы;
- **проблемы дальнейшего роста напряжения**, приводящего к дезорганизации поведения и функционирования, в частности к формированию суицидального поведения.

СОЦИАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ САМОУБИЙСТВ

Выделяет следующие типы самоубийств:

1. Альтруистический суицид: самоубийство, совершено; «во благо», в интересах каких-либо людей или идей. К такому типу относятся:

- самоубийство лица, считающего себя обузой для окружающих (преклонный возраст, тяжелое заболевание);
- самоубийство «вслед за кем-то», добровольное самопожертвование жизнью после смерти любимого человека или социально значимого лица (царь, вождь племени); характерно для древних цивилизаций;
- самоубийство по религиозным или иным социально принятым убеждениям; — серийные подражательные самоубийства («феномен Вертера»).

2. Аномический суицид: самоубийство как реакция протеста на экзистенциальный кризис (экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный) при резком изменении (разрушении) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира {или ситуации, угрожающей возникновением и формированием такого кризиса}.

3. Эгоистический суицид: самоубийство как способ самоизбавления, ухода от решения каких-либо проблем.

4. Фаталистический суицид: самоубийство как следствие сверхконтроля или чрезмерного регулирования (конформизма).

СУИЦИДОПАСНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РЕАКЦИИ

Определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов. Эти реакции характерны как для больных с пограничными психическими расстройствами, так и для психически здоровых лиц.

Выделяют следующие типы реакций:

- *эгоцентрического переключения:* непосредственно возникающая

кратковременная психическая реакция на острый межличностный конфликт. Идеи суицида появляются в сознании внезапно и приобретают непреодолимую побудительную силу. Характеризуется аффективно-суженным состоянием сознания и мышления. Суицидальное поведение носит импульсивный характер. Реализация суицидальных действий быстро приводит к исчезновению суицидальных проявлений и критическому отношению к совершенной суицидальной попытке;

— **психалгии**: суицидогенная аффективная реакция с ощущением «душевной боли». По характеру аффекта реакции **психалгии подразделяются на тревожные, тоскливые, раздражительные и соматизированные.** Для них не характерны трансформация сознания, когнитивной сферы, биологических потребностей и витальных проявлений. Может выявляться сужение мотивационной и коммуникативной сфер личности. Длительность реакции переменна (острый, пролонгированный или перемежающийся типы). Суицидальное поведение направлено на избавление от страдания, часто носит сверхценный характер, высока вероятность рецидивирования суицидальных действий; — негативных интерперсональных отношений: суицидогенная личностная реакция, обусловленная наличием тяжело переживаемого межличностного конфликта.

Суицидальные действия тщательно продумываются, часто завершаются смертью; — дезорганизации: проявляется в виде выраженной тревоги, соматовегетативных проявлений (патологический вариант психологической защиты), нарушении осознания реальности, дезорганизации конструктивной деятельности, в связи с чем являются наиболее суицидоопасными.

Зоны и лица ответственности

Психолог: профилактическая работа с учащимися входящими в группу «риска», тревожными, агрессивными, СДВГ, тревожно-мнительными чертами характера, эмоционально-регидными (застревающими) чертами характера, с возбудимыми и импульсивными чертами характера.

Формы работы: индивидуальные консультации с учащимися, педагогами, родителями, ведение индивидуальных бесед.

Участие в родительских собраниях, совещаниях, ПМПк.

Социальный педагог: профилактическая работа с учащимися входящими в группу «риска», тревожными, агрессивными, СДВГ, тревожно-мнительными чертами характера, эмоционально-регидными (застревающими) чертами характера, с возбудимыми и импульсивными чертами характера.

Формы работы: индивидуальные консультации с учащимися, педагогами, родителями, ведение индивидуальных бесед.

Участие в родительских собраниях, совещаниях, ПМПк.

Педагог – предметник: обращение внимания на признаки отклоняющегося поведения учащихся, доведение до сведения классного руководителя, заместителя директора, психолога, социального педагога, выступление на ПМПк.

Классный руководитель: обращение внимания на признаки отклоняющегося поведения учащихся, доведение до сведения родителя, психолога, социального педагога, заместителя директора, выступление ПМПк, рекомендация родителям обратиться к специалисту – психиатру.

Заместитель директора: вынесение вопроса на совещание при директоре, сбор документов для направления учащегося к специалисту – психиатру.

Директор: оформление ходатайства для направления к специалисту – психиатру.