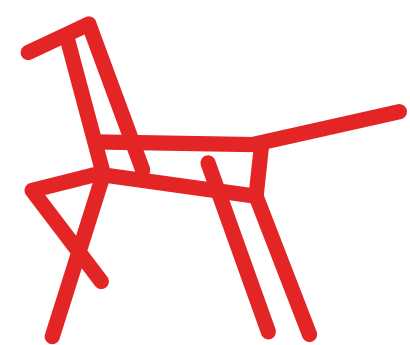
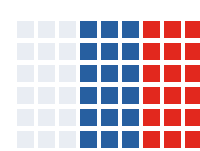




ИНСТИТУТ ИЗУЧЕНИЯ
ДЕТСТВА, СЕМЬИ
И ВОСПИТАНИЯ



ПРОФИЛАКТИКА
федеральный центр



МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ФКЦ МГППУ



ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ И ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

УЛЬЯНИНА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА,

доктор психологических наук, член-корреспондент РАО
руководитель Федерального координационного центра
по обеспечению психологической службы в системе
образования Российской Федерации

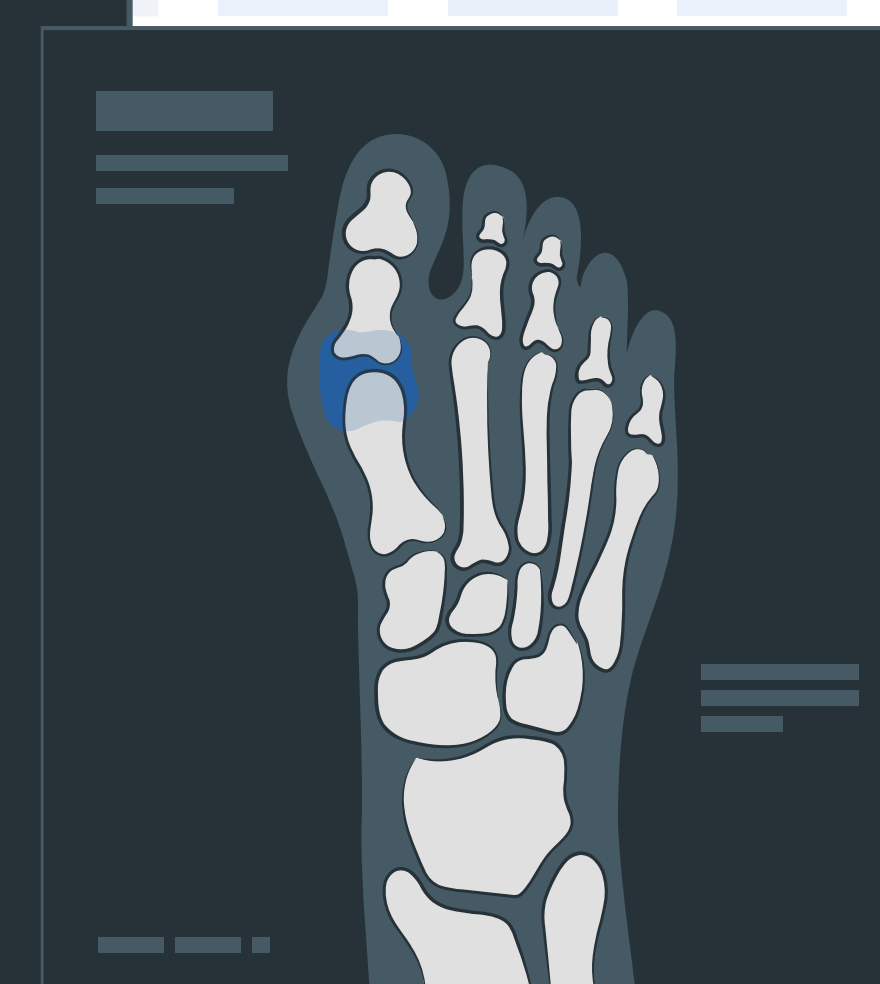
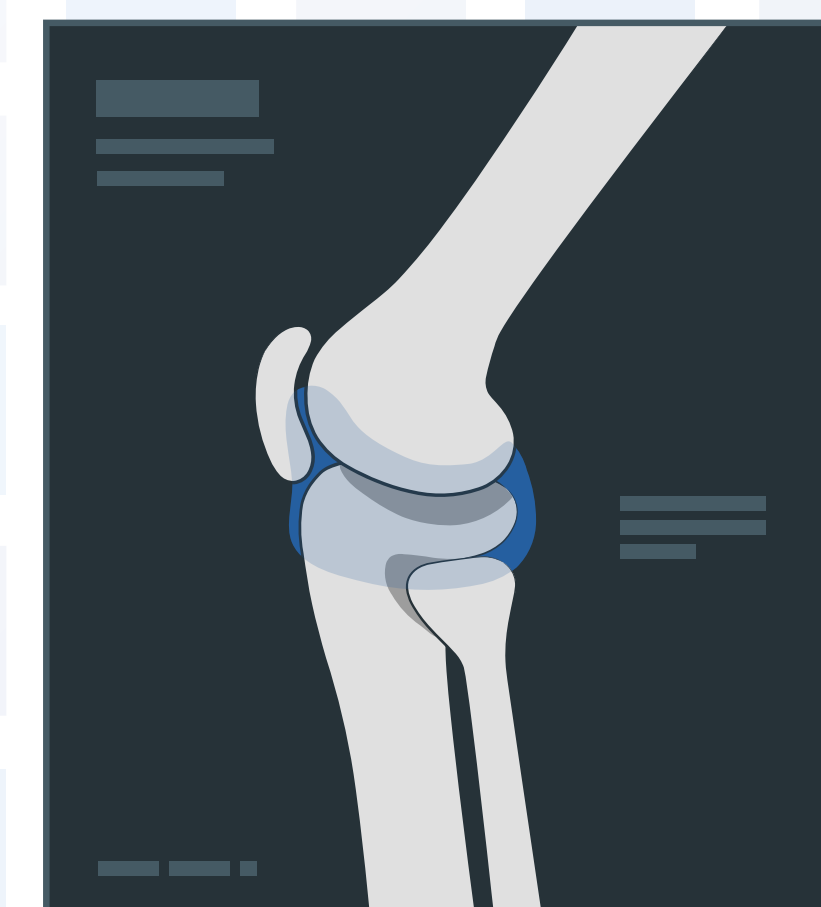


САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Самоповреждающее поведение является одним из достаточно распространенных видов аутодеструктивного поведения среди подростков

Карл Меннингер назвал его формой «**частичного суицида**», своеобразным самоисцелением, предотвращающим «**тотальный суицид**»
(*Menninger, 1938, с. 271*)

В СОВРЕМЕННОМ ПОНИМАНИИ
ПОД САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ
ПОВЕДЕНИЕМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ
НАМЕРЕННЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ,
НЕ ИМЕЮЩИЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ УРОВЕНЬ:

- управление эмоциями
- снижение интенсивности болезненных эмоций
- получение положительных эмоций
- выражение высокоинтенсивных эмоций
- направление гнева или стыда

МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ УРОВЕНЬ:

- преодоление межличностных трудностей
- выход из трудных ситуаций
- призыв о помощи



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Пик самоповреждений приходится на возраст

15—19 ЛЕТ

у женщин

20—24 ЛЕТ

у мужчин

По данным ирландских исследователей
(Corcoran, Griffin, O'Carroll et al., 2015)

Группа исследователей из Оксфордского университета, используя национальные данные 5 больниц о поступлении после самоповреждений и данными крупномасштабных опросах в школах с целью оценки относительной частоты летальных и нелетальных самоповреждений у английских подростков **12—17 лет**, представила полученные результаты в виде

МОДЕЛИ АЙСБЕРГА

Уровень скрытых (несуицидальных) самоповреждений в сообществе находился на одном уровне среди подростков

12—14 и 15—17 лет

Сведения о распространенности самоповреждений в разных странах показывают, что **подростковый возраст** наиболее уязвим к осуществлению подобных действий



СВЯЗЬ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Несуицидальные самоповреждения не следует отождествлять с суицидальным поведением — они различаются как по мотивам, так и по способам самоповреждения

ОТЛИЧИЯ:

- у них в меньшей степени выражено негативное отношение к жизни в целом (*Muehlenkamp, Gutierrez, 2004*)



Существуют указания на то, что самоповреждения усиливают десензитизацию к причинению себе боли и вреда — то есть, подобные действия становятся чем-то обыденным, естественный страх перед болью и ранами притупляется, а значит, увеличивается риск совершения суицидальной попытки (*Joiner, 2009*)

- стремление через самоповреждение получить облегчение от негативных мыслей
- восстановить контроль над собой, своими эмоциями
- разрешить межличностные проблемы
- получить помощь от других людей



ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

СУИЦИД — намеренное, целенаправленное и осознанное прекращение собственной жизни. Профильными специалистами (психологами и психиатрами) суицид рассматривается как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

СУИЦИД ЗАВЕРШЕННЫЙ — смерть в результате нанесенных самому себе повреждений с намерением умереть.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ (син. суицидальная идеация) — это мысли о самоубийстве или излишняя озабоченность самоубийством. Суицидальные мысли могут появляться эпизодически и быстро проходить, а могут стать этапом формирования суицидального поведения. **Они бывают пассивными и активными.**

ПАССИВНЫЕ

носят недифференцированный характер, не связаны с разработкой суицидального плана

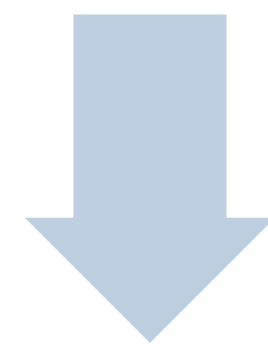
К данной группе могут относиться случаи, когда человек фантазирует о своей смерти, представляет, как с ним происходят несчастные случаи (сбила машина, уснул и не проснулся), размышляет о реакции близких людей на свою смерть

АКТИВНЫЕ

связаны с осознанным намерением убить себя
(«Я покончу с собой, когда представится удобный случай»,
«Всем будет лучше, если я умру»)

К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — широкое понятие, которое помимо суицида включает в себя суицидальные попытки и другие суицидальные проявления



Единой теории, объясняющей причины суицидального поведения, не существует.

Суицидальные переживания могут появиться у человека любого возраста, пола, положения в обществе.

ПРИНЯТО РАЗЛИЧАТЬ:

Истинное
суицидальное
поведение

Демонстративное
суицидальное
поведение

Аффективное
суицидальное
поведение

Скрытое или
непрямое
суицидальное
поведение
(косвенное)



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.

КОГДА РЕШЕНИЕ ПРИНЯТО:

- тщательно выбирается место;
- способ (как правило, со 100% летальностью);
- осуществляются подготовительные действия (раздают вещи, пишут предсмертные записки, мирятся с врагами и т. п.).

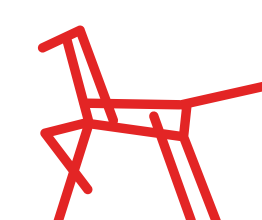
АФФЕКТИВНО СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

совершается на пике эмоций, на фоне острого психотравмирующего события, которое может служить «последней каплей»

Суицидальные действия при этом реализуются реактивно, по типу «короткого замыкания»

АФФЕКТИВНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ИСТИННЫХ:

- чаще совершаются в присутствии людей;
- действий, чтобы обезопасить суицидальную попытку не предпринимается.



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

- Часто используется как специфический способ коммуникации, когда кажется, что других способов получить желаемое нет, а так — тебя слышат и откликаются
- К такому поведению часто относятся как к демонстрации или манипуляции, хотя на самом деле это крик о помощи, который по каким-то причинам не может быть выражен более прямым способом
- Способы суицида, как правило, выбираются нелетальные, действия просчитываются, суицидальную попытку совершают либо на глазах близких, либо о ней обязательно сообщают

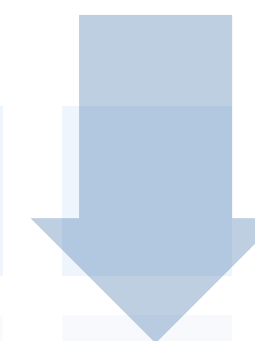
ВАЖНО: такое поведение никогда не стоит оценивать как шантаж, манипуляцию, не стоит провоцировать, бросать вызов человеку, угрожающему суицидом

СКРЫТОЕ ИЛИ НЕПРЯМОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (КОСВЕННОЕ)

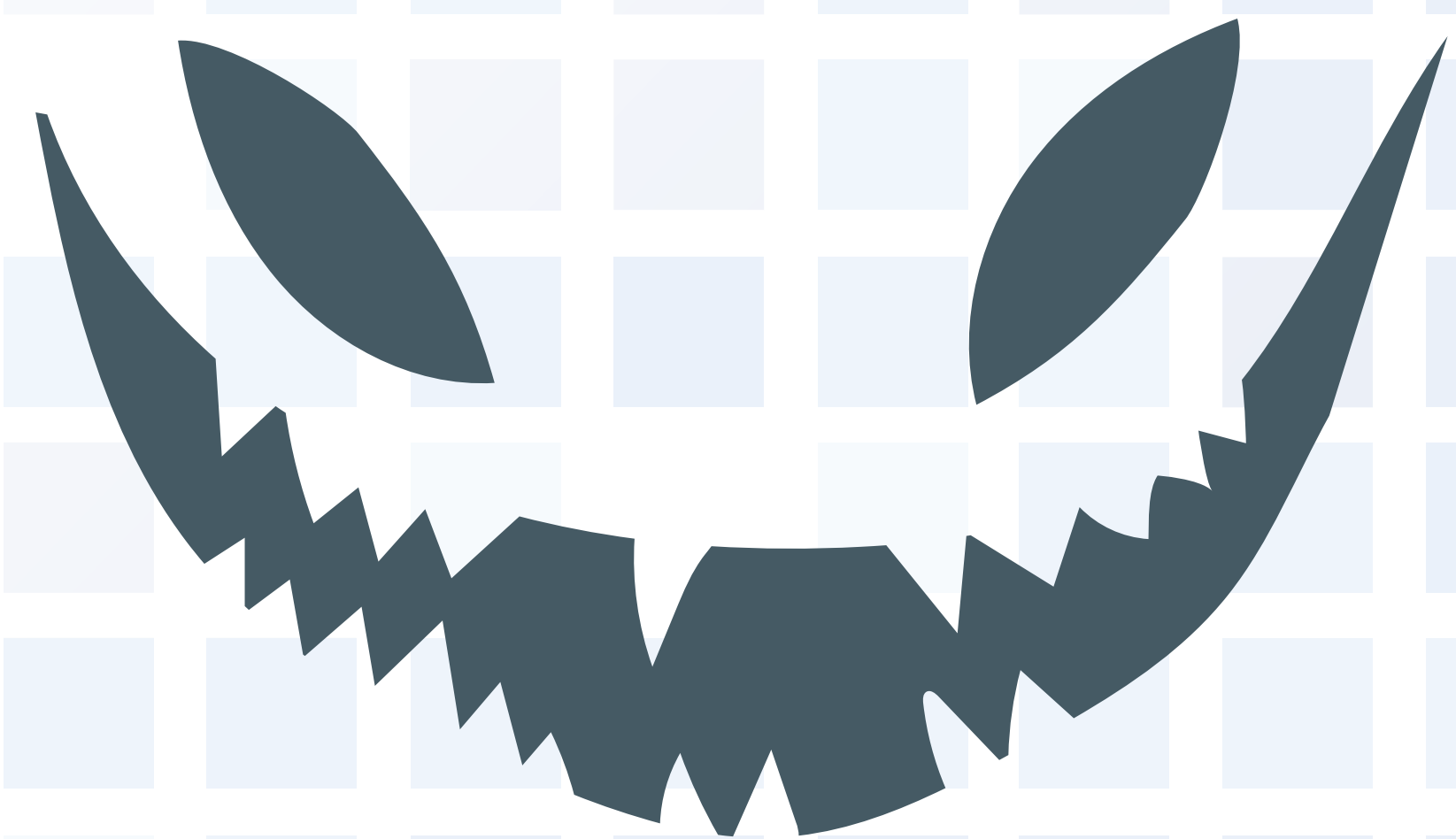
это саморазрушающее или рискованное поведение, без четких суицидальных мотивов

СЮДА ОТНОСЯТСЯ:

- злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками;
- занятия экстремальными видами спорта и т. п.



При этом человек понимает, что такое поведение опасно для его жизни, но продолжает вести себя подобным образом



ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — это процесс, который чаще всего протекает в несколько этапов:

**АНТИВИТАЛЬНЫЕ
ПЕРЕЖИВАНИЯ**

Под влиянием острых или длительных психотравмирующих ситуаций у человека возникают антивитальные переживания («жизнь бессмысленна», «ничего хорошего уже не будет», «я никому не нужен», «не живешь, а существуешь» и т. п.).

**ПАССИВНЫЕ
СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ**

«хорошо бы, если бы сбила машина»,
«если бы уснуть и не проснуться»

**АКТИВНЫЕ
СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ**

Человек интересуется способами самоубийства, обдумывает более подходящий для себя, принимает решение о совершении суицида

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАМЕРЕНИЯ,
РАЗРАБОТКА ПЛАНА**

Выбирается место, время, конкретный способ, могут предприниматься действия, чтобы попытке никто не помешал

**ПОИСК И ПОДГОТОВКА СРЕДСТВ
ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ**

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

ЗАВЕРШЕННЫЙ СУИЦИД



По времени весь суицидальный процесс может составлять от нескольких месяцев до нескольких минут. Непосредственному акту самоубийства предшествует период, называемый специалистами «пресуицид» и включающий две фазы

ПЕРВАЯ ФАЗА

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

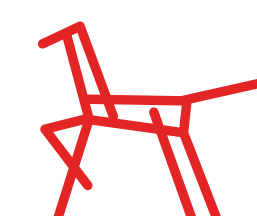
включает в себя собственно весь суицидальный процесс от мыслей до попытки самоубийства

По мнению специалистов, на этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению суицида, как правило, малоэффективны. Требуется вмешательство врача-психиатра и подключение медикаментозной терапии



МАРКЕРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

- **высказывания о нежелании жить:** «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться», «Мне нельзя помочь»;
- **фиксация на теме смерти** в литературе и живописи, частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида и их соотношении; активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);
- **сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве** (прямое и косвенное). Косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку, появление среди сверстников с петлей на шее из подручных средств;
- стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен; раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадежности, отчаяния; чувство одиночества (меня никто не понимает и я никому не нужен), сложности контролирования эмоций, внезапная смена эмоций (то эйфория, то приступы отчаяния). Негативные эмоции связаны с нарушением (блокированием) удовлетворения потребности в безопасности, уважении, независимости (автономности). Накануне и в день совершения самоубийства возможно спокойствие;



- угроза нарушению позитивной социальной идентичности «Я», «мое окружение», потеря перспективы будущего;
- необычное, нехарактерное для данного человека поведение, в том числе, более безрассудное, импульсивное, агрессивное, аутоагрессивное, антисоциальное, несвойственное стремление к уединению, снижение социальной активности у общительных людей и, наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых. Возможны злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;
- стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;
- снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;
- приведение в порядок дел, примирение с давними врагами;
- символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющим большую личную значимость;
- попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии других настораживающих признаков).



ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА

Психофизиологические особенности детского и подросткового возраста обуславливают особенности суицидального поведения в этот период:

- общая незрелость эмоционально-личностной сферы;
- несформированность жизненных целей;
- временной перспективы;
- самосознания;
- представлений о смерти как о конечном событии;
- отсутствие понимания необратимости своих действий и другие нормативные особенности.



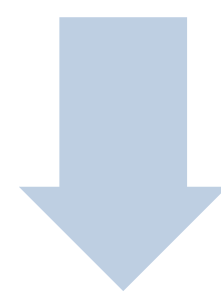
делают подростков более уязвимыми к суицидальным проявлениям

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ МОЖЕТ ИМЕТЬ РАЗЛИЧНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ И ВЫСТУПАТЬ КАК:

- способ избежать трудностей, справиться с безвыходной с точки зрения ребенка ситуацией, являться «актом отчаяния»;
- «акт мести кому-то, кто потом обо всем пожалеет»;
- способ получить внимание и помощь близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то причинам нельзя говорить, то есть быть специфическим способом коммуникации;
- акт протеста против чего-то или кого-то.

Переживания подростка могут недооцениваться с высоты опыта взрослых, расцениваться как несерьезные, «детские». Для ребенка же значимость этих переживаний может быть очень высока, они зачастую приравниваются к «концу света».

Подростки часто неспособны адекватно оценить последствия самоповреждающего поведения, из-за этого несуицидальное самоповреждение у подростков часто приводит к смерти и выглядит как суицид.



Любой аутоагрессивный поступок в этом возрасте может стать опасным для жизни и здоровья из-за недоучета его потенциальной летальности

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С НЕКОТОРЫМИ ВИДАМИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ:

- прогулами занятий;
- употреблением алкоголя или наркотиков;
- побегами из дома;
- правонарушениями.

ПОДРОСТКАМ ЧАСТО СВОЙСТВЕННЫ:

- повышенная восприимчивость;
- внушаемость;
- импульсивность в принятии решений.

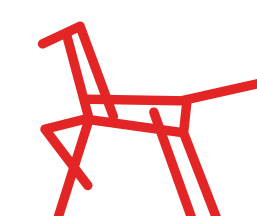
часто приводит к некритичному копированию поведения, модного в субкультурах, в интернете, среди кумиров

Тема смерти, суицида часто романтизируется и идеализируется в подростковой культуре. Наиболее частый механизм суицидального поведения в подростковом возрасте — **АФФЕКТИВНЫЙ**

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

ПСИХИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА

- **Предшествующие попытки самоубийства** увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.
- **Депрессивное состояние**, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства. Среди подростков в возрасте **16 лет** и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.
- **Расстройство личности.** С диагнозом расстройство личности совершается **в 10 раз больше самоубийств**, чем без такого диагноза, и порядка **80%** совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.
- В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент **психических заболеваний в семье**, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

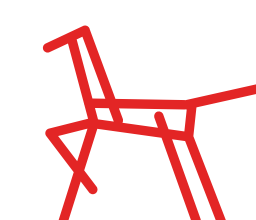


СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ)

- Конфликты в семье и распад семьи: такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.
- Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.
- Симбиотические отношения между членами семьи. В таких семьях существует миф о неких особых, «глубоких» отношениях в ней. При попытках подростков установить взаимоотношения вне семьи они воспринимаются с враждебностью, негативизмом, обесцениванием.

СОБЫТИЯ ЖИЗНИ

- Крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы, насилие и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.
- Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.



СПОСОБЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ О НАМЕРЕНИИ СУИЦИДА.

МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ 4 ВИДА ИНФОРМИРОВАНИЯ О СУИЦИДЕ:

- 1 Прямое устное сообщение, когда человек открыто выражает свои мысли или планы в отношении суицида.
- 2 Косвенное устное сообщение, в котором подростки не так явно делятся своими мыслями (*например, «Я так больше не могу»*).
- 3 Прямое невербальное информирование (*например, приобретение лекарств*).
- 4 Косвенное невербальное сообщение (*например, внезапное, без видимой причины завершение планов, раздача любимых предметов и т. д.*)

ПЕРВИЧНАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

КАЖДАЯ ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ:

- проверку имеющих отношение к суициду факторов риска;
- историю проявлений суицидального поведения;
- неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия или состояние здоровья;
- степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности;
- внезапные сильные факторы стресса;
- уровень импульсивности и самоконтроля;
- защитные факторы (антисуицидальные факторы).

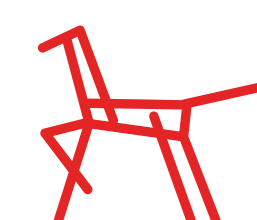


ЗАЩИТНЫЕ (АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ) ФАКТОРЫ ЛИЧНОСТИ —

это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений

СРЕДИ НИХ СЛЕДУЕТ ОТМЕТИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ:

- Поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей.
- Религиозные, культурные и этнические ценности.
- Приносящая удовлетворение жизнь в обществе, школьном коллективе.
- Социальная интеграция, например, через учебную деятельность, конструктивное использование досуга.
- Интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким.
- Выраженное чувство долга, обязательность.
- Концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба.
- Зависимость от общественного мнения и избежание осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида.
- Представление о неиспользованных жизненных возможностях.
- Наличие творческих планов, тенденций, замыслов.
- Наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).



КОНТАКТЫ

МГППУ



ФКЦ МГППУ



МГППУ —
УНИВЕРСИТЕТ
ДЛЯ НЕРАВНОДУШНЫХ
ЛЮДЕЙ

