

Рекомендації щодо профілактики суїцидальних тенденцій серед молоді

Суїцидальна поведінка не є виключно медичною чи психологічною проблемою. Причини такого складного феномену як суїцид включають у себе соціальні, економічні, психологічні, культурні, релігійні і медичні фактори ризику. Профілактика суїцидальних дій є комплексним завданням, виконання якого можливе за ефективною взаємодією різних прошарків суспільства, має бути забезпечено комплексним підходом та виробленням конкретної превентивної стратегії.

Суїцидальна поведінка— це аутоагресивні дії людини, які свідомо та навмисно спрямовані на позбавлення себе життя в результаті зіткнення з нестерпними життєвими обставинами. Фактор навмисності та передбачення смерті від подібних форм поведінки, що відносяться до нещасних випадків.

Можна визначити такі фактори ризику для тих, у кого є схильність до суїциду:

- сімейні проблеми;
- попередні спроби самогубства;
- суїцидальні загрози (прямі й замасковані);
- суїциди чи суїцидальні спроби у родині;
- вживання наркотиків і токсичних препаратів;
- афективні розлади (особливо — важкі депресії);
- хронічні або невиліковні захворювання;
- тяжкі втрати (наприклад, смерть близької людини).

До соціально-психологічних факторів ризику, які можуть сприяти виникненню суїцидальних проявів у підлітків та молоді, належать:

- серйозні проблеми у сім'ї;
- відсутність контакту з однолітками;
- смерть коханої або значущої людини;
- розрив стосунків з коханою людиною;
- міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин;
- проблеми з дисципліною або законом;
- тиск групи однолітків, передусім пов'язаний із наслідуванням самоушкоджувальної поведінки інших;
- тривале перебування у ролі жертви або «цапа відбувайла»;
- розчарування оцінками у закладі освіти, невдачі у навчанні;
- високі вимоги до підсумкових результатів навчальної діяльності (іспитів);
- проблеми із працевлаштуванням і скрутне економічне становище, фінансові проблеми;
- надзвичайні зовнішні ситуації і катастрофи.

Якщо конкретизувати негативні сімейні чинники, які впливають на суїцидальність підлітків і юнаків, то до них належать:

- психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);
- зловживання алкоголем, наркоманія або інші види анти-суспільної поведінки у сім'ї;

- сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;
- насилля у сім'ї (особливо фізичне і сексуальне);
- брак батьківської уваги і турботи, погані стосунки між членами сім'ї і нездатність продуктивного обговорення сімейних проблем;
- часті сварки між батьками, постійне емоційне напруження і високий рівень агресивності у сім'ї;
- розлучення батьків, ситуації, коли один із батьків йде з родини або помирає;
- часті переїзди, зміна місця проживання сім'ї;
- надто низькі або високі очікування батьків щодо дітей;
- надмірна авторитарність батьків;
- брак у батьків часу й уваги до становища дітей, нездатність до виявлення прояву дистресу і негативного впливу довколишньої дійсності.

Мотивами суїцидальної поведінки підлітка можуть бути:

- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття;
- втеча від наслідків поганого вчинку або складної життєвої ситуації.
- втрата близької, коханої людини;
- конфлікти з батьками, однолітками;
- неможливість бути зрозумілим, почутим;
- переживання, образи;
- почуття помсти, протесту, загрози;
- почуття провини, сорому, невдоволення собою;
- ревності, любовні невдачі, сексуальний протест, вагітність;
- самотність, відчуженість;
- страх покарання батьками;

Це лише загальні мотиви, а конкретні у кожній ситуації можуть бути настільки різними, що їх важко перелічити.

Деякі з цих ознак мають «подвійне» значення, тобто можуть свідчити не тільки про суїцидальну загрозу, а й про інші особистісні проблеми, кризи у житті юної людини. Але психологу, соціальному педагогу, вчителю і вихователю ніколи не слід забувати про «суїцидальну тему» при появі цих ознак. Для уточнення висновку про наявність суїцидальної загрози доцільно використовувати спеціальні психодіагностичні засоби – карти, опитувальники, тести.

Система роботи з профілактики суїциду має містити 5 компонентів:

1. Створення позитивного психологічного клімату в навчальному закладі й сім'ї - залучення студентів до громадської діяльності (спортивні змагання, товариства тощо), культурно-виховних заходів, які сприяють формуванню позитивних громадянських, естетичних почуттів, духовності студентів і педагогів.

2. Психологічна та педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій:

· у процесі спостереження – звернення уваги педагогів на фактори ризику: спадковість; вербальна і фізична агресія; висока конфліктність у спілкуванні; прагнення до домінування або орієнтація на залежність; ізоляція або неприйняття однолітками; різкі зміни в поведінці; низький або високий IQ; неадекватна самооцінка; несприятливе сімейне оточення; психотравматичні події (смерть близької людини, міжособистісний конфлікт, поганий вчинок,

погані стосунки у сім'ї тощо); алкоголізм і наркоманія, асоціальний спосіб життя;

- виявлення ознак емоційних порушень – втрата апетиту, безсоння або підвищення сонливості впродовж останніх декількох днів; часті скарги на соматичні хвороби; незвичне неохайне ставлення до своєї зовнішності; постійне почуття самотності, непотрібності або суму; нудьга у звичайному оточенні або під час виконання роботи, яка раніше подобалася; втеча від контактів або ізоляція від друзів і сім'ї; порушення уваги із зниженням якості роботи; занурення у роздуми про смерть; відсутність планів на майбутнє; раптові напади гніву, навіть через дрібниці;

- використання спеціальних психодіагностичних методик:

3. Систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці студента - постійний моніторинг ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки.

У суїцидальній поведінці підлітків можна умовно виділити 3 фази:

1. Фаза обдумування, викликана свідомими думками про здійснення суїциду. Ці думки згодом можуть вийти з-під контролю і стати імпульсивними. При цьому підліток замикається в собі, втрачає інтерес до справ сім'ї, роздає цінні для нього речі, змінює свої стосунки з оточенням, стає агресивним. Стає інакшим і зовнішній вигляд: підліток перестає дбати про себе, може змінитися його вага (пов'язано з переїданням або анорексією), через зниження уваги з ним може трапитися нещасний випадок.

2. Фаза амбівалентності, яка настає за умов появи додаткових стресових факторів, – тоді підліток може висловлювати конкретні погрози або наміри суїциду комусь із найближчого оточення, але цей «крик про допомогу» не завжди буває почутим. Однак саме на цьому етапі підлітку ще можна допомогти.

3. Якщо ж цього не трапиться, то настає фаза суїцидальної спроби. Вона минає дуже швидко – для підлітків характерна швидка друга фаза і перехід до третьої.

Виділяють чотири типи постсуїцидальних станів:

1. Критичний - конфлікт утратив актуальність, суїцидальні тенденції відсутні. Наявне характерне почуття сорому за суїцидальну спробу, страх перед можливим смертельним результатом. Рецидив маловірогідний.

2. Маніпулятивний - актуальність конфлікту зменшилась, проте відбулось це за рахунок впливу суїцидальної дії. Суїцидальних тенденцій постсуїциду немає. Характерне легке почуття сорому, страх смерті. Висока вірогідність того, що в майбутньому при вирішенні конфліктів суїцидент буде застосовувати цей спосіб скоріше демонстративного характеру з метою шантажу.

3. Аналітичний - конфлікт актуальний, проте суїцидальні тенденції відсутні. Характерним є каяття за замах. Учень буде шукати способи вирішення конфлікту, якщо не знайде – можливий рецидив, але вже із більш високою вірогідністю летальних наслідків.

4. Суїцидально-фіксований - конфлікт залишається актуальним, причому характерним є збереження суїцидальних тенденцій. Ставлення до суїциду позитивне. Це найнебезпечніший тип, при якому необхідна тісна взаємодія з суїцидентом та жорсткий контроль.

4. Не обманювати, говорити правду. Одна з найбільш серйозних проблем молоді полягає у відсутності знань про суїциди через прагнення дорослих до збереження таємниці «в інтересах дітей». Однак викривлення реальності може на довгий час закріпити в підлітка, який знаходиться у депресивному стані через те, що сталося, стан пригнічення. Тому необхідно в доступній формі надати учням закладу, де відбувся суїцид, прості та зрозумілі відомості про випадок з урахуванням їхнього віку та рівня розвитку. Особливо важливим є те, щоб друзі самогубці отримали інформацію про обставини смерті від педагогів, а не від приятелів, сусідів чи преси.

5. Долати фаталістичні настрої, обговорюючи конструктивні шляхи подолання можливих конфліктів. Важливо запевнити дітей, що суїцид не є єдиним способом виходу із складної ситуації.

Міністерство освіти і науки України рекомендує використовувати батарею спеціальних психодіагностичних методик (Лист МОН України «Щодо профілактики суїцидальних тенденцій серед молоді» № 1/9-179 від 28.03.2014):

1. Карта виявлення ризику суїцидальності В. Прийменко.
2. Малюнкові тести ДДЛ і «Моя сім'я».
3. Методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).
4. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації у стресі «Прогноз». Багаторівневий особистісний опитувальник «АДАПТИВНІСТЬ» (МЛЮ-АМ).
5. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності (Д. Расел і М. Фергюсон).
6. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс і Р. Раймонд) та методика «Наскільки адаптований ти до життя?» (А.Фурман).
7. Методика Шуберта «Діагностика ступеня готовності до ризику».
8. Модифікований опитувальний для ідентифікації типів акцентуацій характеру в підлітків (О.Лічко, С. Подмазін).
9. Об'єктивна методика визначення типу темпераменту за Б. Цукатовим.
10. Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI).
11. Опитувальник оцінки душевного болю (автор Е.Шнейдман).
12. Соціометрія і референтометрія.
13. Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н.Шваровська, О. Гончаренко, І.Мельникова).
14. Тест на виявлення суїцидального ризику СР-45.
15. Шкала депресії (адаптація Г. Балашова).