Нередко многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно - шантажирующим аутоагрессивным (агрессия, направленная на самого себя) поступком.

Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицида.

Анализ суицидоопасных конфликтных ситуаций, показывает, что для подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако, некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства и, создавали ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождали чувство отчаяния и одиночества.

Все это делало даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной особенно для подростка, что подчас недооценивалось окружающими взрослыми. Все это обуславливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте, что, в частности, подтверждается и статистически.

**Если замечены факторы склонности к самоубийству.**

**1)** Внимательно выслушайте. Найдите и поймите проблему, решившегося на самоубийство подростка. Поймите, что скрыто под его словами. Ребенок не всегда может подобрать необходимые слова.

**2)** Определите и оцените серьезность, намерений и

чувств, глубину эмоционального кризиса ребенка.

**3)** Внимательно отнеситесь ко всем даже самым

незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного.

**4)** Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы.

Ребенок может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять может вернуться к тем же мыслям. Поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора.

**5)** Поддерживайте его и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие и утвердительные указания.

**6)** Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору.

**7)** Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей, священников, к которым можно обратиться.

**ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВЫХ И**

**МОЛОДЕЖНЫХ СУИЦИДОВ**

****

**СМОРГОНЬ --- 2019**

**Суицид -** согласно определению Всемирной

организации здравоохранения (ВОЗ), представляет

собой преднамеренные действия человека в отношении

себя самого, приводящие к гибели.

**Суицидальное поведение** — стремление

человека покончить жизнь самоубийством.

**Парасуицид** (Kreitman N., 1969, 1970) — несмертельное умышленное самоповреждение, которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. По определению ВОЗ (1982) парасуицид – синоним суицидальной попытки. N. Kreitman определял парасуицид как призыв о помощи, способ воздействия на окружающих с целью изменения сложившейся ситуации, и относил к ним суицидальные акты с истинным намерением умереть, но не акончившиеся

смертью.

**Классификация**

• *Прямое суицидальное поведение* — суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершённые суициды.

• *Непрямое суицидальное поведение* — подросток бессознательно подвергает себя риску, опасному для жизни, не имея при этом желания умереть (алкогольные эксцессы и злоупотребление психоактивными веществами, злостное курение, переедание, голодание, злостные нарушения правил уличного движения, пренебрежение своим здоровьем, стремление подвергаться хирургическим вмешательствам, делинквентное поведение, некоторые экстремальные виды спорта).

**Возрастные особенности суицидального поведения.**

Суицидальное поведение у подростков отличается естественным возрастным своеобразием. Им характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. 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). В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером.

**Пусковой фактор.**

Негативные эмоции, при которых страдания, печаль,

тревога становятся невыносимыми. Душевная и физическая боль – основная составляющая самоубийства, как способ прекратить боль. Возраст наибольшего риска по суициду у молодежи 13 - 25 лет.

**Предвестники суицида:**

Намеки, высказывания, зашифрованные сообщения или действия очень похожие на действия человека собирающегося в дальний путь, саморазрушающее поведение (опасная деятельность, ведущая к смерти, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.), боль и депрессия, связанные с потерей любимых, напряженностью семейных отношений, не разрешенные конфликты на работе и учебе.

**Факторы суицидального риска:**

*Социально - демографические факторы:*

1. Пол – мужской (уровень суицидов у юношей выше в три- четыре раза)

2.Возраст – подростки и молодые люди (14-24года)

3.Семейная ситуация (непонимание со стороны родителей, безразличное отношение друг к другу и т.д.).

*Медико-психологические факторы:*

1. Психическая патология:

Депрессия, особенно затяжной период в недавнем прошлом.

Алкогольная зависимость.

Зависимость от других психоактивных веществ.

Расстройство личности.

Циклоидная, сензитивная, эпилептоидная, истероидная акцентуации личности.

2.Соматическая патология – тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание.

Врожденные, приобретенные уродства.

Потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции)

ВИЧ – инфекция.

**Биографические факторы:**

1. Гомосексуальная ориентация.

2.Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.

3.Суицидальное поведение родственников, близких людей, значимых лиц.

**Индикаторы суицидального риска:**

*Ситуационные индикаторы суицидального риска:*

Смерть любимого человека.

Расставание с любимой (ым).

Вынужденная социальная изоляция, особенно от друзей или семьи.

Сексуальное насилие.

Нежелательная беременность.

Позор, унижение - «Потеря лица».

*Поведенческие индикаторы суицидального риска:*

Злоупотребление психоактивными веществами.

Уход из дома.

Изменение привычек (несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью).

Предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами.

«Приведение дел в порядок» (письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей).

*Коммуникативные индикаторы суицидальных мыслей:*

Разрешающие установки к суицидальному поведению. Негативная триада, характерная для депрессивных состояний: негативная оценка своей личности, окружающего мира, будущего.

«Тунельное поведение» неспособность видеть иные приемлемые пути решения кроме суицида.

Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Чем обстоятельнее оформлены, тем выше риск реализации.

Импульсивность как характерологическая черта

Доступность средств суицида.

*Эмоциональные индикаторы суицидального риска:*

Амбивалентность по отношению к жизни.

Депрессивное настроение: безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, отчаянье.

Переживание горя.