"БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

(НИУ "БелГУ")

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Проблемы суицида и суицидального поведения в подростковом возрасте

БЕЛГОРОД 2015

Оглавление

Введение

1. Теоретические основы проблемы суицида и суицидального поведения подростков

.1 Суицид в историческом аспекте

1.2 Концепции формирования суицидов

1.3 Сущность и психологические механизмы суицидального поведения подростков

2. Методы профилактики суицидального поведения подростков: направления, формы, структура

2.1 Сущность профилактики суицидального поведения: отечественный и зарубежный опыт

.2 Профилактика суицидального поведения подростков в деятельности специалиста по социальной работе

. Профилактика суицидального риска как направление социальной работы с несовершеннолетними лицами в городе Белгород и на муниципальном уровне

.1 Диагностика факторов суицидального риска у несовершеннолетних в городе Белгород

.2 Направления совершенствования профилактики суицидально поведения подростков на муниципальном уровне

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

*Актуальность темы исследования.* Тема смерти пронизывает всю нашу жизнь, актуализируясь с возрастом. Проблема суицидального поведения является архиважной как в научном, так и в теоретическом плане, в связи с тем, что число суицидентов растет на протяжении последних десятилетий. Суицид коснулся не только жизней взрослого населения, но и молодежи, детей. Современный человек зачастую не может найти позитивный смысл собственной жизни из-за разрушения старых ценностей и традиций, дискредитации новых и отсутствия культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальному смыслу своим неповторимым путем.

Наиболее чувствительным к подобного рода изменениям является подростковый возраст, который протекает под знаком биопсихосоциальной эволюции. В этот короткий, по астрономическому времени, период подросток проходит великий путь в своем развитии: через внешние срывы и восхождения он обретает чувство личности. Данный возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, зачастую приводящих к поведенческим отклонениям, включая суицид.

По данным ВОЗ за последние 45 лет показатели распространенности суицида увеличились на 60%, и сегодня по причине суицида каждый год умирает почти один миллион человек. Это выражается общим мировым показателем 16 человек на 100 тысяч населения и ставит суицид на десятое место среди ведущих причин смерти во всем мире, а в возрастной категории от 15 до 44 лет это одна из трех ведущих причин смерти. Масштабы проблемы станут еще более значительными, если прибавить к этим показателям число попыток самоубийства, поскольку случаев суицидальных попыток в 20 раз больше, чем случаев завершенного суицида. . По данным ИТАР-ТАСС, более миллиона россиян покончили жизнь самоубийством за минувшие 20 лет. Однако общее число суицидов в стране снизилось в последние годы. Россия наконец-то покинула десятку стран с самым высоким уровнем самоубийств и сейчас занимает четырнадцатое место в мире, сообщили в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. [43] Очень высоким остается уровень самоубийств среди подростков(порядка 16 случаев на 100 тысяч человек, почти втрое больше, чем в других странах). Хуже всего ситуация обстоит в Сибири и на Дальнем Востоке: там происходит 30 самоубийств на 100 тысяч населения. Этот показатель в полтора раза выше критического уровня, который обозначила Всемирная организация здравоохранения. Причем больше всего суицидов совершается на Алтае, в Туве, Бурятии, Чукотском и Ненецком автономных округах - 60 случаев на 100 тысяч жителей.

По данным Росстата, частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий удвоилась, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 16 % от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет само- убийством покончили жизнь 14 157 несовершеннолетних, ежегодно погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида). Суицид является второй причиной смертности молодых людей (после несчастных случаев) в возрасте от 15 до 18 лет. Мысли о самоубийстве возникают у 30% лиц в возрасте от 14 до 24 лет, а, по прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет расти еще быстрее, особенно у подростков в возрасте от 10 до 14 лет [16].

Таким образом, все сказанное выше, безусловно, доказывает глобальность этой проблемы для общественного здоровья, ее мировой масштаб, а также указывает на ее значимость и острую необходимость разработки мер, которые позволили бы каким-то образом изменить в положительную сторону сложившуюся тенденцию. Однако многообразие форм, методов и способов профилактических мероприятий затрудняет выбор направленности профилактики суицидального поведения подростков. Так же затрудняет этот процесс многогранность понятия суицид, который включает в себя группу интегрированных факторов, непосредственным образом потенциирующих суицидальное поведение у лиц подросткового возраста.

В связи с чем, возникает противоречие между необходимостью повышения эффективности профилактической работы с подростками с суицидальными проблемами и недостаточной научной и исследовательской проработанностью этого вопроса и соотнесение этой деятельности с деятельность работника социальной службы.

Поэтому актуальность выбранной темы не вызывает сомнений, ведь организация эффективных профилактических мер позволит снизить риск возникновения суицидального поведения в подростковом возрасте. А это является одним из ключевых моментов, требуемых для построения здорового полноценного общества, способного к самореализации и саморазвитию.

*Степень научной разработанности* проблемы невозможно охарактеризовать однозначно. На проблему суицидального поведения существуют различные точки зрения. Еще древние философы обратили внимание на эту проблему (Сократ, Аристотель, Платон, Л.А.Сенека, Сартр, Кант и др.), также причинами суицидального поведения интересуются и современные ученые: К.В.Зорин, В.Э.Чудновский, В.Франкл, А.В.Мартынов, В.Н.Карандышев, Г.Чхартишвили, Ф.Арсьес и др. Основной причиной суицидальности, с точки зрения философии, является проблема потери смысла жизни [7] .

В зарубежной суицидологии наработан достаточный материал по проблеме суицида человека, но он, практически весь, доступный в переводах, посвящен социально-психологическим аспектам взрослого суицидального поведения. Наиболее важными из них, для проблематики данной научной работы, идеи Э.Гроллмана об уровнях суицидальной превенции; К.Лукоса, Г.Сейдена, Н.Фарбероу, Э.Шнейдмана о "форпост-признаках", "ключах"-вербальных и поведенческих симптомах готовящегося самоубийства [7].

Необходимо отметить работы отечественных исследователей, которые на рубеже 19-20 веков высказали "осевую" профилактическую идею совместных усилий государства, общественности, семьи, школы в борьбе с "эпидемией школьных самоубийств" [28,86]. Они отмечали роль школьных проблем в возникновении суицидальных тенденций (Н.К.Крупская, Б.О.Рович, А.Г.Трахтенберг, М.Я.Феноменов, В.Г.Хлопин); высокого потенциала школы в их торможении (И.Е.Мойзель, П.А.Сорокин); влияния особенностей возраста на суицидальные устремления (Г.И.Гордон, И.П.Островский, В.К.Хорошко); психологических причин подросткового самоубийства (А.Н.Острогорский).

Немаловажными являются идеи педагога А.В.Бернацкого о педагогической поддержке ребенка в кризисе; врача И.А.Сикорского, педагога А.Н.Острогорского о необходимости просвещения педагогов и родителей в вопросах профилактики самоубийств детей [34].

Вследствие закрытости и идеологизированности проблемы суицид у нас в стране однозначно связывался с психическим нездоровьем вплоть до 70-х годов, когда в Москве был открыт суицидологический центр при НИИ психиатрии под руководством А.Г.Амбрумовой и появились исследования, касающиеся суицидального поведения подростков. Хотя они рассматривали медицинские, психологические и правовые аспекты проблемы, в них содержатся научные идеи, релевантные данной научной работе: идея о связи суицидального поведения подростка с другими девиациями (Л.И.Постовалова, Э.А.Чомарян); с особенностями его возраста (А.Г.Амбрумова, А.А.Александров, Е.М.Вроно, Н.А.Жезлова; Л.Э.Комарова, А.Е.Личко, Н.А.Ратинова, Е.Г.Трайнина, В.А.Хайкин); с дезадаптацией (Н.Д.Кибрик, В.М.Кушнарев, Л.Г.Магурдумова) [5]. Идея о необходимости междисциплинарного подхода к профилактике самоубийств имеет для нас методологическую значимость (А.Г.Амбрумова, С.В.Бородин).

Из последних современных отечественных ученых, занимающихся проблемой профилактики суицидального поведения в подростковом возрасте хотелось бы отметить В.А Руженкова и В.В. Руженкову, которые в своей книге "Самоубийства учащейся молодежи (раннее выявление и предотвращение)" изложили информацию о причинах самоубийств и попытках самоубийств у лиц молодого возраста, а также о методах их предотвращения [13].

Таким образом, можно сказать, что по проблеме превенции суицидального поведения подростков накоплен значительный научный пласт разработок, однако, к сожалению, можно отметить, что единой концепции суицидального поведения и его профилактики на государственном уровне до сих пор не создано; нет единой лицензированной программы профилактики суицидального поведения подростков не только для социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних, но и для системы образования или здравоохранения в целом. Также существующий в мире и, в частности, в Российской Федерации высокий уровень суицидальности в подростковом возрасте, говорит о недостаточной изученности данной проблемы и неэффективности внедряемых в повседневную жизнь общества превентивных мер в данной проблемной области.

*Предметом исследования* выступает суицид и суицидальное поведение у лиц подросткового возраста.

*Объект исследования:* специфика профилактики суицидального поведения подростков.

*Цель исследования:* выявлениеособенностей суицидального поведения в подростковом возрасте и методов, используемых для профилактики данного явления. А также исследование основных факторов, потенциирующих суицидальное поведение подростков.

*Задачи исследования:*

 дать характеристику феномену суицида в историческом аспекте и изучить существующие концепции формирования суицидов;

 изучить меры используемые для превенции суицидального поведения у лиц подросткового возраста;

 выявить модели профилактики суицидального поведения подростков: отечественный и зарубежный опыт;

 проанализировать факторы суицидального риска у подростков;

 разработать рекомендации, направленных на совершенствование профилактических мероприятий, проводимых в изучаемой проблемной области.

*Методы исследования:* теоретический анализ философской, психологической, педагогической литературы по проблеме; анализ статистических данных,

Курсовая работа состоит из введения, трёх глав, заключения, списка литературы и приложения.

1. Теоретические основы проблемы суицида и суицидального поведения подростков

1.1 Суицид в историческом аспекте. Концепции формирования суицидов

Суициды совершались на протяжении всей истории человечества. Одно время полагали, что это болезнь современной цивилизации, неизвестная примитивным культурам. Однако подобное обобщение неверно, в некоторых примитивных культурах частота суицида относительно высока, в других не существует само это понятие.

Феномен самоубийства являлся неизменным спутником любого общества, и во все его периоды существования находил своё отражение в тех или иных социальных процессах происходивших в нём. Самые первые упоминания о суициде и суицидентах возможно получить из мифов. На протяжении многих тысячелетий, самоубийство как феномен неоднократно включалось в различные виды искусства: поэзия, живопись, театр, литература и т.д. Описания различных типов самоубийств встречаются во всех древнейших рукописных произведениях, таких как: Библия, Коран, Рамаян, Ригведы и др.

Суицид, как один из видов девиантного поведения связан, прежде всего, с существующими в данном обществе социокультурными нормами и жизненными ценностями, которые оказывают непосредственное влияние на приятие или же неприятие подобной формы деструктивного поведения. Из этого следует, что у одних народов самоубийство являлось обычным способом ухода из жизни и было институционализированно, у других - табуированно и имело в своем арсенале суровые наказания. В связи с тем что, человеческое обществ является системой динамично развивающейся, проходя последовательно стадии своего социально-исторического развития, ценности и нормы постоянно претерпевали качественные изменения, изменялось также и отношение к преднамеренному уходу из жизни (от положительного до резко негативного) [19].

Согласно анимистическим представлениям, суициданты после смерти превращаются в маленьких злых духов, способных наводить порчу на живущих. Эти взгляды дошли до нас в народных верованиях и преданиях ряда племен Африки, Азии и Южной Америки, находящихся на родоплеменном этапе развития. У древних готов, датчан, жителей Фиджи считалось постыдным умереть естественной смертью от болезней и старости.

В некоторых культурах самоубийство не только поощрялось, но и было инстутиционализированно. В Древней Индии широко был распространен обычай сатти (обозначает "добродетельная жена") - самоубийства вдов после смерти мужа. Широкое распространение самоубийств в Индии, Китае, Японии, также обусловлено влиянием буддизма и индуизма, где суицид не порицали, а во многих случаях - восхваляли.

Греко-римская культура относилась к убийствам неоднозначно. Самоуничтожение было связано с пониманием греками и римлянами свободы, являвшейся одной из основных идей их философской мысли Её высшей формой становится свобода в принятии решения - продолжать жизнь или умереть. Античная философия представляет собой как сторонников допустимости самоубийства, так противников. Пифагор, рассматривал жизнь, как сущность, данную богами, а самоубийство вносит диссонанс в существующую гармонию Вселенной. В то же время эпикурейцы, рассматривавшие жизнь, как стремление к удовольствиям, но при наступлении физических страданий или разнообразных лишений с жизнью следует добровольно проститься.

С приходом христианства отношение к самоубийству резко меняется до резко отрицательного, но в то же время число альтруистических самоубийств - во имя веры, резко возрастает [13].

В эпоху Возрождения возвращаются взгляды античных философов на самоубийство, прежде всего в смысле более взвешенного отношения к нему по сравнению с порой Средневековья. В "Опытах" французского мыслителя Мишеля Монтеня эта проблема становится не только экскурсом в античность, но и оправданием допустимости моубийства в психологическом смысле. Он писал: "По-моему, невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству" [18, 8].

Новое время продолжило традицию толерантного отношения к суициду, что нашло классическое выражение в трудах английского философа Дэвида Юма "О самоубийстве" [20]. Немецкий философ Эммануил Кант заявлял, что самоубийство является оскорблением человечества, так как нарушала логическую и эстетическую целесообразность в природе и человеке.

Позднее, начиная с конца XIX века, проблема самоубийства изучается профессионально, появляются научные теории, концепции, изучаются факторы, побуждающие людей к суицидальному поведению, исследуются закономерности в осуществлении данного деяния.

Таким образом, в настоящее время не существует такой теории, которая полной мере характеризовала бы многообразие и сложность феномена суицида. До сих пор остается открытым вопрос, что является первичным, определяющим действия, направленные на преднамеренное лишение себя жизни: биологическая запраграммированность на самоуничтожение, психические расстройства, личностные деформации или усвоенная поведенческая стратегия поведения членов семьи, направленная на поиск выхода из кризисной ситуации только суцидальным способом.

1.2 Концепции формирования суицидов

Важнейшими концептуальными моделями суицидального поведения, на наш взгляд, которые могут быть положены в основу создания профилактических программ, являются социокультурная медицинская, и экологическая [21].

С точки зрения приверженцев социокультурной модели самоубийства, частота в популяции определяется рядом социальных категорий, а именно: пол, возраст, этническая принадлежность, семейное положение, занятость, миграция и пр. В рамках данной модели можно выделить теории самоубийств Э. Дюркгейма, М. Фарбера и К. Хорни.

Классик социологии Эмиль Дюркгейм одним из первых дал определение понятию "самоубийство", наиболее глубоко рассматривавший этот феномен в своей книге "Самоубийство. Социологический этюд" (1912): "самоубийством называется всякий случай смерти, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах" [2, 26]. Социологическая теория Э. Дюркгейма относит самоубийство к области социальной патологии и рассматривает суицид как одну из моделей девиантного поведения. Этой точки зрения придерживаются и современные социологи.

Основной причиной суицидального поведения Э. Дюркгейм называл аномию (греч. A-nomi - отсутствие закона, нормы). Также он выделял четыре типа суицида: аномический, фаталистический, эгоистический и альтруистический. Первые два относятся к регуляции социальной жизни [2].

Психокультуральная теория самоубийств Мориса Фарбера основана на проведенном в 60-е годы XX века в скандинавских странах статистическом исследовании уровня самоубийств. М Фарбер вывел закон согласно которому "частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству индивидов, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений характерных для этой популяции" [21, 52]. Из этого следует, что максимальная вероятность совершения самоубийств проявляется в период социальных потрясений, в которых уровень невротизации (ранимости) населения резко увеличивается.

Основные принципы соцокультуральной теории самоубийств К. Хорни сформулировала в книге "Невротическая личность нашего времени", согласно которой суицидальное поведение есть результат взаимоотношений социокультурных факторов и личностных характеристик. Она показала, что современные веяния культуры рождают в людях высокий уровень тревожности, провоцирующий суицидальный риск или его эквиваленты в виде различных аддикций [17].

Сторонники медицинской модели считают, что суицид является признаком или следствием заболевания. Болезнь, в свою очередь, есть результат взаимодействия определенных причин (биологических, генетических и др.), человека и окружающей среды, такие как физические, психологические и социальные условия.

В рамках данной модели выделяются следующие направления: психопатологическая концепция суицида, биологическая концепция суицидального поведения, анатомно-антропологическое направление, нейрохимическая гипотеза и генетическая гипотеза.

Психопатологическая концепция рассматривает суицид как проявление острых или хронических расстройств. Основоположником данной концепции является французский психиатр XVIII века Жан-Этьен-Доменик Эскироль. Результат своей сорокалетней психиатрической деятельности он отразил в руководстве "О душевных болезнях" (1838), в десятой главе которого размышлял "О самоубийстве". Он рассматривал самоубийства как некий продукт болезненно измененной психики, квалифицируя суицидальные проявления как симптом психического заболевания [21].

Данная концепция в последующем была развита учениками и последователями Эскироля. Французский психиатр Бурден в трактате "Самоубийство как болезнь" (1845) выделил специальную мономанию - "манию самоубийств" [21,42]. Так же представителями данного направления являются П.Г. Розганов, немецкие психиатры Карл Бирнбаум и Г. Груле, отечественные суицидологи Г.И. Гордон и А.Г. Абраумова.

Биологическая концепция суицидального поведения предполагает рассмотрение суицидального поведения как клинического феномена, предполагающего наличие каких-либо специфических патологических изменений в организме суицедента. Со второй половины XX века активно изучаются биологические предикторы суицидального поведения.

Основоположником анатомно-антропологической точки зрения на самоубийство является Ч. Ломброзо, считающий причиной покушения на жизнь различные аномалии в строении и развитии организма. Предпосылки к самоубийству объясняются аномалиями строения черепа, которые производят механическое действие на головной мозг, препятствуют нормальной психической деятельности.

Занимаясь изучением суицида в рамках данного направления И. Леонов (1842) отыскал и описал связь между формой грудной железы и склонностью к самоубийству. Н. И. Козлов (1844) выявил "сужение яремной дири у людей умопомешенных и самоубийц" [21, 46].

Одной из наиболее разработанных биохимических гипотез суицида является серотониновая. Изучение связи нарушений обмена серотонина и суицидальности начались еще в 60-х годах XX века. При исследовании депрессивных пациентов, совершивших суицид, был обнаружен дефицит серотонина в спинно-мозговой жидкости. В ряде исследований было показано, что лица, совершившие суицидальную попытку и имеющие дефицит серотонина в 10 раз чаще повторяли суицидальную попытку, чем пациенты с более высоким уровнем серотонина. Было доказано, что низкий уровень активности серотонина отмечается среди лиц, склонных к суициду без клинических признаков депрессии [13].

Генетическая гипотеза основывается на том, что суицидальные наклонности - это генетически закрепленная предрасположенность к определенным формам поведения и отягощенность наследственности в отношении возникновения психических расстройств или использование социального, семейного опыта.

Американские суицидологи Н. Фейбероу и Саймон установили, что у 6% суицидентов один из родителей совершил суицид, что в 88 раз превосходит показатели в популяции. Так, Эрнест Миллер Хемингуэй застрелился из того же ружья, что и его отец, а в начале 1990-х добровольно ушла из жизни его внучка [21, 48].

Таким образом, сторонники медицинской модели считают, что для осуществления успешных профилактических программ необходима своевременная диагностика и адекватное лечение психического расстройства.

Еще одной моделью суицидального поведения является модель экологии человека. С точки зрения этой модели самоубийство рассматривается в качестве конечного этапа ряда независимых, но взаимосвязанных факторов. Поэтому профилактика суицидальных актов включает любое действие, вносящее вклад в уменьшение частоты суицидов, независимо от того, чем они обусловлены и что их спровоцировало.

Роль личностных особенностей в формировании аутоагрессивного поведения является непреложной истиной. Безусловно, стиль воспитания в детстве, тип самоопределения личности и выбор стратегии поведения в той или иной стрессовой ситуации, динамика личностных изменений в кризисные периоды жизни и ряд других факторов, участвующих в формировании личности оказывают значительное влияние на решение вопроса о добровольном уходе из жизни.

Представители различных направлений психологии, психотерапевты и психиатры по-разному трактуют механизмы суицидогенеза. Психологические концепции самоубийств включают психодинамическую, экзистенциально-гуманистическую и бихевиоральную модели.

Основателем психодинамического направления в современной психологии является З. Фрейд. Он рассматривал самоубийство как проявление "инстинкта смерти", который, в свою очередь, выражается в агрессии и, в частных случаях, в аутоагрессии. Другие представители этого направления представляли суицидальные наклонности, как результат действия психологического защитного механизма. В целом, психоаналитические представления сводятся к связи суицида с утратой любовного объекта, и именно эта связь в суицидальном поведении является пусковым механизмом.

Представители экзистенциально-гуманистического направления полагают, что основная причина самоубийств кроется в утрате жизненного смысла. Ключевыми фигурами в этом направлении являются В. Франкл и И. П. Павлов. Так И. П. Павлов считал, что "рефлекса цели" является главной формой жизненной энергии человека; жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель.

Представители бихевиоральнуй модели в причинах самоубийства видят роль ригидного мышления, которое ведет к невозможности выработки альтернативных оптимальных решений своих проблем, единственным верным решением является самоубийства.

Безусловно, тема суицида обширна и требует к себе внимания как со стороны интегрального подхода, систематизации всех полученных знаний о суициде, так и изучения суицида в каждом конкретном случае, на примере отдельно взятого члена общества, совершившего подобный поступок или же попытку покушения на собственную жизнь.

Не подлежит сомнению многофакторность и многогранность причин самоубийства. Говоря на эту тему невозможно также не упомянуть Э. Берна и его разработки о жизненных сценариях, основоположника суицидологии в СССР А.Г. Абраумову, американского психолога Э. Шнейдмана, представителя индивидуальной психологии А. Адлера и многих других.

Таким образом, рассмотрение суицидального поведения в историческом и онтогенетическом аспектах позволяет выйти за узкие рамки психопаталогических трактовок этого феномена и выявить ряд факторов, знание которых необходимо для профилактики суицидов у подростков.

1.3 Сущность и психологические механизмы суицидального поведения подростков

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. Например, кризисные периоды жизни, такие как юность или начало старости, характеризуется повышением суицидальной готовности. Остановимся более подробно на характеристике суицидального поведения в подростковом возрасте.

Самоубийство, в переводе с латинского означает "себя убивать", является умышленным, осознанным действием, направленным на лишение себя жизни [4]. Под суицидальным поведением людей, чаще всего, понимаются различные формы их активности, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, возникшего при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших потребностей.

Обычно самоубийство рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциальных конфликтов. Под суицидальным поведением А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко понимают (в широком значении) любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [4,151]. Внутренние формы включают в себя суицидальные мысли, суицидальные представления, суицидальные переживания, суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. А внешние формы - суицидальные высказывания, суицидальные попытки и завершенные суициды.

Одной из предпосылок возникновения суицидального поведения у подростков, является затрудненность эмоционального развития, отсутствие эмоциональной глубины, которые затрудняют освоение получаемого потока информации, снижают уровень обеспеченности абстрактного, обобщающего мышления, что в свою очередь, приводит к возникновению трудностей ориентации в ситуации, сдвигает и уплощает личностную установку; лишает в стрессовой ситуации подростка активности поиска конструктивного выхода из нее, усиливает его отчужденность и изоляцию. В результате складывается такое мироощущение, при котором искажается структура ценностей и само представление о смерти, как о дискретном событии, не связанном с процессом жизненной, социальной адаптацией. Само представление об уважении к жизни требует определенного уровня оптимизма. А этот уровень - при искажении системы ценностей - оказывается трудно достижимым.

Подчеркивая стремительность развития и скорость изменений, многие англоязычные авторы называют подростковый возраст "стрессом развития" ("developmental stress"). Сутью подросткового возраста Л.С. Выготский считал несовпадение трех точек созревания полового, общеорганического и социально-культурного. Он указал типичные черты подростка: возникновение интроспекции, ведущей к самоанализу, появление особого интереса к своим переживаниям, неудовлетворенность внешним миром, уход в себя, появление чувства исключительности, стремление к самоутверждению, противопоставление себя окружающим, конфликты с ними. Все эти изменения, происходящие в личности подростка, могут служить основаниями различных отклонений в поведении. Поведенческие реакции подростков могут быть следствием заострений, акцентуаций характера (И.С., Личко А.Е., Мудрик А.В, Реан А.А. и др.). Если раньше акцентуации считались аномалией личности, то теперь они входят в критерий нормы, поскольку характерны для 90% подростков (Иванов Н.Я., Личко А.Е., Иванова Т.В) [27].

Подростки с высоким суицидальным риском превосходят остальных подростков по уровню экстремальности поведения, им свойственны нарушения адаптивности в отношениях к окружающим, трудности в приспособлении к условиям социальной среды. Следует отметить, что эффективность адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи, искаженное или недостаточно развитое представление о которых, ведет к нарушениям адаптации. Такие дети воспринимают мир в узком диапазоне своих отрицательных, болезненных переживаний. В свою очередь невозможность справиться с какой-либо стрессовой ситуацией нередко приводит к суицидальной попытке. Для суицидента кажется, что для него более не существует будущего, невозможно справиться с навалившимся грузом проблем, и единственным выходом видится полное самоуничтожение.

В подростковом возрасте представления о смерти больше совпадают с аналогичными представлениями у взрослых. Отличительной особенностью данного периода является повышенный интерес к теме смерти, размышления о смысле жизни, увлечение философскими проблемами этого направления. А.Е. Личко выделяет три типа суицидального поведения у подростков: демонстративное, аффективное и истинное.

Демонстративное суицидальное поведение выражает не всегда осознанное подростком стремление привлечь внимание к положению, в котором он оказался, вызвать сочувствие, избежать ожидаемых неприятных последствий за какие-либо поступки, выйти из трудной ситуации, а также напугать своих недругов (шантаж, угрозы, вымогательство и т. п.). Нередко такая демонстрация оканчивается завершенным суицидом вследствии недоучета реальных обстоятельств.

Аффективное суицидальное поведение является одной из форм острых психогенных реакций, возникающих на фоне акцентуаций характера, психопатий или остаточных явлений органического поражения головного мозга. В отличие от демонстративных суицидальных реакций, суицидальные реакции протеста совершаются в одиночестве. Если смертельный исход не наступил, то подростки, как правило, стыдятся своего поступка, стараются его скрыть.

При истинном суицидальном поведении намерение подростка покончить с собой нередко долго вынашивается, предпринимаются меры, чтобы никто этому не помешал. В качестве конечного результата предполагается смерть. Однако, степень действительной желаемой смерти чрезвычайно различна, что отражается на условиях и способах реализации суицидальных тенденций. Заметно чаще истинное суицидальное поведение у подростков проявляется при депрессивных состояниях, имеющих различное происхождение [6].

Рассматривая особенности подросткового суицидального поведения, как наиболее значимо опосредующие специфику деятельного акта, необходимо учитывать такие характерные возрасту проявления, как эмоциональные расстройства или депрессия. В её основе лежит подавленность всех психических и физических проявлений человека, у подростков имеет существенные особенности, отличающие ее от депрессии у взрослых. Психологи выделяют несколько типов подростковой депрессии.

Делинквентный вариант - это довольно быстро развивающиеся нарушения поведения, не свойственные прежде этому подростку, которые

проявляются в грубости и непослушании старшим, особенно родным и учителям. Грубость, непослушание, агрессия, озлобленность отдаляют подростка от близких, а это, в свою очередь, усиливает чувство одиночества, оторванности, неприкаянности и толкает на агрессивные, в том числе аутоагрессивные, поступки. Такое состояние, встречающееся как проявление

психогенной (реактивной) депрессии при лабильной, шизоидной, истероидной, элептоидной акцентуациях, может длиться до нескольких недель и даже месяцев.

Ипохондрический вариант подростковой депрессии характеризуется сочетанием незначительных соматических нарушений с многочисленными жалобами, отражающими сверхценный характер переживаний. Возникает это расстройство часто как реактивная депрессия на фоне астеноневротической, конформной, лабильной, истероидной и психоастенической акцентуаций характера, а также при вялотекущих эндогенных заболеваниях.

Астеноапатический вариант депрессии у учащихся обычно начинается с ухудшения успеваемости в школе. Возникают ухудшения внимания и осмысления учебного материала, ухудшаются запоминание и воспроизведение выученного. Утрачивается интерес ко всем прежним увлечениям. Нередко на фоне этого состояния возникают мысли о "нежелании жить", о самоубийстве. Причины, лежащие в основе проявлений такого типа депрессии, различны, и потому каждый случай подобного состояния нуждается в тактичной психиатрической консультации.

Меланхолическая депрессия проявляется в болезненно угнетенном настроении, чувстве безысходной тоски, малоподвижности, застывшей скорбной позе и мимике, тихом голосе, замедленности лаконичных ответов, застывшем, устремленном в одну точку взгляде [10].

Также немаловажную роль в формировании суицидального поведения у подростков играет так называемая "суицидально опасная референтная группа". Сюда включаются: молодежь с нарушением межличностных отношений, "одиночки", злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие; сверхкритичные к себе; лица, страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат; подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями; люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

Бесспорно, для того чтобы предотвратить попытку суицида в любом возрасте требуется проведение диагностики, которая позволила бы выявить суицидальную наклонность. Однако подростковый возраст в силу своей специфичности обладает некоторыми особенностями. Эти особенности были выделены А. Г. Амбрумовой и Л.Я. Железняковой.

В первую очередь, это недостаточно адекватная оценка своих действий. Понятие "смерть" в этом периоде обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон; у подростков отсутствуют четкие границы между истинно суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком.

Второй особенностью является несерьезность, мимолетность и незначительность мотивов, которыми суициденты подросткового возраста объясняют свои мотивы.

Третья особенность заключается в том, что суицидальные попытки в этом возрасте не имеют прямолинейной зависимости от наличия и характера симптоматики; чрезвычайно важная роль отводится влиянию окружающей среды.

И, в-четвертых, самоубийства у лиц подросткового возраста, прежде всего, связаны с некоторыми видами отклоняющегося поведения: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, конфлитными отношениями с родителями и так далее [8].

Также, имея дело с подростковым суицидом необходимо учитывать, что самоубийства в данной возрастной категории носят подражательный характер.

Для того, чтобы разработать эффективную программу профилактики суицидального поведения необходимо определить основные характерные черты суицидального поведения. Такие черты были выделены Э. Шнейдером и заключаются в следующем:

1. Общая цель всех суицидов - поиск решения. Суицид не является случайным действием. Его никогда не предпринимают бессмысленно или бесцельно. Он является выходом из затруднений, кризиса или невыносимой ситуации

2. Общей задачей всех суицидов является прекращение осознавания безвыходности в сложившейся критической ситуации. Отчаявшемуся человеку приходить в голову мысль о возможности прекращения существования в качестве выхода из ситуации. Идея постепенно разворачивается в активный суицидальный сценарий.

. Общим стимулом при суициде является психическая (душевная) болезнь. Если прекращение сознания - это, то к чему стремится суицидент, то невыносимая душевная боль является тем, от чего он убегает.

. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид кажется логичным фрустрированному человеку, так как он не видит иного способа удовлетворения своих важных психологических потребностей и избавление от состояния фрустрации.

. Общими суицидальными эмоциями являются беспомощность и безнадежность. При работе с человеком, находящемся в душевном смятении с явными суицидальными тенденциями, нецелесообразно использовать увещевания, разъяснительные беседы, поощрение или оказание давления.

. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Человек может одновременно хотеть умереть и желать спасения через вмешательство других.

. Общим состоянием психики является сужение когнитивной сферы. Сознание становится "туннельным". Варианты выбора поведения, обычно доступные сознанию человека, резко ограничиваются.

. Общим действием при суициде является бегство (эшрессия). Человек намерен уйти из зоны бедствия. К вариантам эгрессии относится уход из дома, из семьи. Суицид является предельным, окончательным бегством.

. Общим коммуникативным актом при суициде является сообщение о намерении. Практически в каждом случае люди, намеревающиеся совершить суицид, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия: жалуются на беспомощность, взывают к поддержке, ищут возможности спасения.

. Общей закономерностью суицида является его соответствие общему стилю поведения в жизни [7].

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения у лиц подросткового возраста большинство исследователей выделяют такие переживания, как обида, одиночество, отчужденность, утрата родителей или уход из семьи одного из родителей, неразделенная любовь, чувство вины, оскорбленного самолюбия, ревность, страх наказания, желание отомстить, сексуальные эксцессы и подражание. Таким образом, можно сказать, что суицидальное поведение в подростковом периоде отличается определенными возрастными особенностями. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических процессов формирующейся индивидуальности, а также особенностями психопатологических расстройств в пубертатном периоде. Динамичность, незавершенность, неустойчивость нервно-психических функций в этом периоде, является почвой для развития психопатологической реакции и формирования социально психологической дезадаптации. Это обусловлено тем, что в подростковом возрасте в период физиологического пубертатного кризиса преобладают утрированные способы эмоционального реагирования, особенно затрагивающие интимно-коммуникативную сферу, что может формировать субъективно неразрешимый конфликт и способствовать суицидальному способу реагирования. общей причиной суицида в подростковом возрасте является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Однако для детей и подростков это чаще всего не тотальная дезадаптация, а нарушения общения с близкими, с семьей. В заключении главы хотелось бы отметить, что причины суицидального поведения в целом очень сложны и многообразны. Истоки их можно искать в биологических, психологических и социальных сферах человека. Также не вызывает сомнений, положение о том, что каждая возрастная группа имеет свою специфику суицидоопасных состояний и собственно суицидального поведения. Знание о возрастных особенностях представлений о смерти и своеобразии мотивов суицидального поведения необходимы при разработке и создании эффективных программ профилактики суицидального поведения. А в контексте данной научной работы изучение возрастных особенностей подростков.

2. Методы профилактики суицидального поведения подростков: направления, формы, структура

2.1 Сущность профилактики суицидального поведения: отечественный и зарубежный опыт

В связи с тем, что в настоящее время сохраняет свою актуальность проблема самоубийств среди лиц подросткового возраста, одним из важных направлений деятельности органов, осуществляющих управление в сфере образования, образовательных учреждений в области охраны здоровья, формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников является профилактика суицидального поведения.

Профилактика суицидального поведения - это система мероприятий, направленных на предупреждение различных проявлений суицидального поведения, в том числе и суицидальных действий, а также предупреждения повторных суицидальных актов

Согласно классификации А. П. Чуприкова, Г. Я. Пилягина, В.Ф. Войцех различают несколько видов профилактики суицидального поведения. Если брать во внимание содержательный критерий, то выделяют специализированные психиатрические, психологические, общемедицинские, социальные и информационно образовательные [21].

Специализированные психиатрические или суицидологические - это медикаментозные и психотерапевтические методы воздействия, направленные на лечение психических и поведенческих расстройств, которые спровоцировали суицидальное поведение, и на профилактику формирования и рецидивирования суицидальной активности.

К психологическому виду профилактику суицидального поведения относят психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидального поведения, изменение личностных установок, самооценки, уровня притязаний и так далее.

Общемедицинские включают в себя лечебные мероприятия, направленные на устраннение соматических и неврологических последствий совершенной суицидальной попытки и на профилактику инвалидности.

Социальные виды профилактики суицидального поведения применяют меры, направленные на изменение социально экономического статуса потенциальных и реализовавшихся суицидентов. Осуществление данных мероприятий невозможно без привлечения ведомств и организаций, отвечающих за социальное обеспечение, образование, трудоустройство и другие.

Информационно-образовательные - мероприятия, направленные на информирование всех групп населения о необходимости и способах укрепления психического здоровья, о преимуществах здорового образа жизни, о первых при знаках сиицидоопасных состояний и стратегиях поведения в этой ситуации. Кроме того, этот вид профилактики включает в себя образовательные программы по диагностике суицидоопасных состояний и неотложных мерах по его предотвращению для врачей, для преподавателей школ и других учебных заведений, для работников детских домов, социальных работников и т. д.

По последовательности осуществляемых мероприятий выделяют первичную, вторичную и третичную профилактики.

В случае первичной профилактики речь идет об общей популяции, и тогда профилактика суицида заключается в продвижении ценности здоровья и жизни. Такой вид профилактики адресован широкой аудитории, в том числе группам подростков и молодежи. Превентивные вмешательства включают себя многочисленные мероприятия, наиболее важными среди которых являются следующие: формирование здорового образа жизни; обращение должного внимания на развитие личности; информационные и образовательные программы, направленные на обучение продуктивным поведенческим стратегиям в кризисных ситуациях; ограничение доступа к веществам и средствам самоубийства; идентификация групп повышенного риска. Сюда же можно отнести различные образовательные программы в школах, а также на рабочих местах, направленные на повышение осведомленности о суициде.

Вторичная профилактика нацелена на тех людей, кто уже предпринимал попытки совершить суицид, так как наличие попыток является весомым признаком, позволяющим предсказывать последующие попытки. Основная цель, которая преследуется здесь, - помочь клиенту найти выход из кризисной ситуации, преодолеть дистресс, в котором он находится. Такого рода интервенции как раз и должны осуществляться в кризисных центрах, посредством телефона доверия. Здесь же речь может идти о тренинговых программах, адресованных тем, кто имеет опыт попыток суицида. Так же здесь применима кризисная психотерапия.

Кризисная психотерапия - это набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения, и в первую очередь суицидальных попыток. Она характеризуется неотложным характером психотерапевтической помощи, целенаправленностью на выявление и коррекцию неадаптивных психологических установок, приводящих к формированию суицидоопасного поведения, а также поиском и тренингом не опробованных ранее человеком способов разрешения актуального межличностного конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обесмпечивающих личностный рост и устойчивость индивида к будущим кризисам [15].

Третичная профилактика большей степени адресована близкому окружению суицидента, ее цель - помочь близкому окружению суицидента пережить это событие, использовать адекватные способы совладания с трагической ситуацией. Здесь же можно фокусировать внимание на средствах, с помощь которых был совершен суицид, на роде деятельности жертвы, на ее психологическом портрете и пр. Также третичная профилактика суицидального поведения осуществляется с уже совершившими суицид. Она представлена комплексом реабилитационных программ, направленных на предотвращение инвалидизирующих последствий суицидальных попыток, и комплексом мер, способствующих налаживанию внутрисемейных отношений.

В отечественной практике профилактика суицидального поведения всегда находилась в сфере пристального внимания органов власти. В настоящий момент данное направление профилактической работы в соответствии с "Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года", утверждённой Указом Президента РФ от 9 октября 2007 года № 1351 [40], является одной из наиболее значимых задач демографической политики государства.

Кроме того, для предупреждения и недопущения суицидального поведения несовершеннолетних организуется комплексная профилактическая работа на межведомственной основе, направленная на повышение компетентности педагогов, психологов, на активизацию работы с родителями, снижение общего уровня агрессии в детской среде, своевременное выявление кризисных явлений и групп риска в детских коллективах.

В данное время Минздравсоцразвития России разработан проект государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", где в рамках подпрограммы "Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни" на 2013-2020 гг. [41]. предусмотрен комплекс мероприятий, направленных на снижение самоубийств, депрессивных состояний, потребления алкоголя, наркотиков, токсичных веществ среди несовершеннолетних. Также завершено формирование трёхуровневой системы профилактики кризисных состояний и медицинской помощи лицам с суицидальным поведением, а именно - круглосуточные "телефоны доверия", кабинеты социально-психологической помощи, отделения кризисных состояний, формирование специальной службы психологической помощи в школах и вузах, а также обучение родителей распознаванию кризисных состояний у детей и защита детей от информации, наносящей вред.

Отдельное внимание уделяется системе образования, т.к. подростки не защищены от воздействия информации в отношении суицида, которая в избытке имеется в Интернете и на телевидении. Поэтому совместными усилиями Минздрава, МЧС России, Минобрнауки, Минкомсвязи проводится работа согласно утверждённой концепции создания интернет-службы психологической помощи населению и комплексному плану мероприятий по её реализации.

В настоящий момент комплекс профилактических мер в отношении суицидального поведения подростков находится на начальной стадии своей реализации. Поэтому оценить эффективность проводимых мероприятий возможно будит только спустя время.

Серьёзность сложившейся ситуации, относительно проблемы суицидального поведения, и необходимость реагировать соответствующим образом способствовали тому, что появилось значительное число различных профилактических программ, но при этом вопрос об их эффективности до сих пор остается открытым. И тем не менее рассмотрение имеющегося опыта крайне важно для формулирования ряда рекомендаций при создании превентивных и профилактических программ.

На международном уровне под эгидой ВОЗ действует одна из них. В рамках этой глобальной программы можно говорить о существовании как мер, предполагающих психологическую основу, так и мер, которые такой основы не предполагают. В качестве примера последних можно привести рекомендации, согласно которым предлагается контролировать различные средства, которые могут быть доступным людям, планирующим суицид, - будь то лекарственные средства5, бытовые предметы, доступ на крыши зданий и пр. [14].

Одно из основных предназначений программы по предотвращению суицида в рамках ВОЗ - повлиять на научное сообщество и на население всего мира с целью продвижения идеи о том, что суицид можно предотвратить. По сути, сопряженной задачей здесь является оказание влияния на политическом уровне.

В качестве другой глобальной задачи программы ВОЗ в области суицида можно назвать воздействие на общественное мнение. Эта мера позволила бы повысить уровень осознания опасности суицида и необходимости предпринять соответствующие действия.

Наконец, к еще одной задаче, на разрешение которой направлены усилия программы ВОЗ и партнеров (ряда ассоциаций, в частности - Международной ассоциации по предотвращению самоубийств), можно отнести разработку и реализацию ряда мер по отношению к людям, которые уже предпринимали попытки суицида. Здесь речь идет как о создании кризисных центров, так и о лечении депрессии, а также алкоголизма и наркомании. Кроме того, речь идет о разработке и реализации мер, направленных на социальную поддержку людей с суицидальными мыслями и попытками.

В США действуют так называемые скрининговые программы для выявления и лечения депрессии. В фокус внимания таких программ попадают подростки.

В рамках действий Европейского альянса против депрессии существуют аналогичные программы, реализующиеся в различных регионах семнадцати европейских стран.

Европейский альянс разрабатывает и предпринимает меры на четырех уровнях:

Первый уровень: работа с терапевтами и педиатрами. Цель - обучение этой профессиональной группы тому, как опознать депрессию и выявить суицидальные тенденции в ситуации взаимодействия с пациентами.

Второй уровень: разработка и реализация кампаний по информированию различных групп населения. Информационная кампания предполагает разработку видеоматериалов, рекламных постеров и Интернет-сайтов, ориентированных на соответствующие целевые аудитории. Главная задача здесь - повысить информированность людей о лечении депрессии, снизить стигматизацию людей, страдающих депрессией.

Третий уровень: работа с представителями групп риска. Она предполагает раздачу подросткам, а также людям, предпринявшим попытку суицида, так называемых "карт скорой помощи", гарантирующих незамедлительное получение профессиональной помощи в кризисных центрах.

Четвертый уровень: обучающие программы для представителей ряда профессиональных групп (в частности - различного рода социальных работников и консультантов, полиции, религиозных деятелей и пр.). Их предназначение - просвещать эти группы в отношении того, что такое депрессия. В рамках этого же направления разрабатываются специальные меры, ориентированные на родителей и учителей. Их цель - обеспечить этих социальных агентов, оказывающихся рядом с детьми и подростками, информацией о причинении себе вреда и о суицидальном поведении. Наконец, в рамках данного направления разрабатываются рекомендации для представителей средств массовой коммуникации относительно того, как освещать случаи суицида, что позволило бы предотвратить так называемый "имитирующий суицид" [14].

ВОЗ также выступает за более взвешенное освещение случаев суицида в средствах массовой коммуникации. Основная цель таких программ - повышение самооценки подростков, развитие у них навыков по совладанию с кризисными ситуациями, обучение подростков стратегиям по принятию решений, улучшению коммуникативных навыков.

В 2005 г. в рамках европейской конференции под эгидой ВОЗ по проблемам психического здоровья было решено предпринимать действия в двух направлениях: организация групп помощи, создание телефонов доверия и сайтов - как мера, способствующая снижению суицида; выявление специфических групп риска [14].

Наряду с глобальными задачами, сформулированными ВОЗ и разрешаемыми под эгидой этой международной организации, существуют национальные, региональные и городские программы, которые также направлены на разработку мер для профилактики суицида.

Итак, профилактика суицидов и суицидального поведения не ограничивается вышеперечисленными моделями. Они являются лишь малой частью большой программы превенции самоубийств, для реализации которой необходимо активное участие и взаимодействие государственных и общественных организаций, социальных служб, волонтеров, средств массовой информации и деятелей культуры, а также создание групп само- и взаимопомощи.

2.2 Профилактика суицидального поведения подростков в деятельности специалиста по социальной работе

На современном этапе развития страны в качестве важных социальных задач стоящих перед обществом и государством являются улучшение благосостояния людей, формирование здорового образа жизни людей и воспитания гармонично развитой личности. Осуществление этих задач требует постоянно возрастающей заботы об охране физического и психического здоровья населения, решения проблем нравственного воспитания подрастающего поколения, борьбы с различными социальными отклонениями, включая суицидальное поведение.

Значительная роль в решении этих задач отводится социальной профилактике. Обращаясь к Российскому Энциклопедическому словарю "Социальная работа", можно сказать, что "… Профилактика социальная. Совокупность государственных общественных, социально-медицинских и организационно воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение, устранение или нейтрализацию основных причин и условий, вызывающих различного рода социальные отклонения негативного характера: Социально политического, криминального или морально нравственного типа (преступность, алкоголизм, наркомания и токсикомания, проституция) и другие социально опасные и вредные отклонения в поведении" [12, 298].

В соответствии со спецификой девиантного поведения, коим и является суицидальное поведение подростков, можно выделить следующие принципы социально-профилактической работы:

Во-первых, это комплексность проводимых мероприятий, то есть организация воздействия на различных уровнях социального пространства, семьи, личности и т. д.

Во-вторых, адресность, производится учет как возрастных, половых, так социальных характеристик.

В-третьих, это массовость, групповая работа является приоритетной, и позитивность информации.

Также принципами социально-профилактической работы являются принцип минимизации негативных последствий, принцип личной заинтересованности и ответственности участников и принцип устремленности в будущее, то есть необходимость в оценке последствий поведения, актуализации позитивных ценностей и целей и планирование будущего без девиантного поведения [14].

Основой социальной работы с подростками в реабилитационном пространстве по профилактике суицидального поведения является оказание помощи подростку: в социализации, в развитии умений контролировать свои негативные чувства и эмоции, в обучении анализировать любую социальную ситуацию, делать правильный осознанный выбор, принимая на себя ответственность за принятое решение, а также формирование у подростков устойчивой негативной реакции к суицидальному поведению.

Специфика организации социальной работы с лицами подросткового возраста, склонных к суицидальному поведению заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению социальной изоляции и уменьшению суицидальных тенденций.

Под профилактикой в социальной работе понимается прежде всего научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия направленные на предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных обстоятельств у отдельных индивидуумов и групп риска, а также сохранение, поддержание и защита нормального уровня жизни и здоровья людей и содействии им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутренних потенциалов.

В концептуальном плане в мероприятиях по профилактике суицидов у подростков выделяются следующие подходы:

Во-первых, информационный - основывается на том, что одним из главных направлений работы должно стать информирование подростков о способах решения проблем, выхода из депрессий и затруднительных состояний;

Во-вторых, социально-профилактический, который в качестве основных целей рассматривает выявление, устранение и нейтрализацию причин и условий, вызывающих суицидальные масли и намерения;

В-третьих, медико-биологический - его сущность состоит в предупреждении возможных отклонений от социальных норм целенаправленными мерами лечебно-профилактического характера по отношению к лицам подросткового возраста, страдающих различными психологическими отклонениями;

И, в-четвертых, социально-педагогический. Он заключается в восстановлении или коррекции качеств личности, особенно нравственных и волевых [8].

Поскольку суицидальное поведение подростков обуславливаются многими причинами, то и профилактические мероприятия в данной проблемной области также разнообразны и требует комплексного подхода.

В обобщенном виде, по своей сущности и стадии предупредительного воздействия, они могут быть определены как нейтрализующие; компенсирующие; предупреждающие возникновение обстоятельств, способствующих суицидальным мыслям и намерениям; устраняющие эти обстоятельства; мероприятия способствующие осуществлению последующего контроля за профилактической работой и ее результатами.

Исключительно ответственным этапом профилактики самоубийств в подростковом возрасте выступает помощь суициденту со стороны эмоционально близких и значимых лиц. Существует четыре основных метода оказания психологической помощи человеку, думающему о суициде:

1. Своевременная диагностика и соответствующее лечение суицидента.

2. Активная эмоциональная поддержка человека находящегося в состоянии депрессии.

. Поощрение его положительных устремлений, чтобы облегчить ситуацию.

. Обучение социальным навыкам и умения преодоления стресса.

Как известно виды профилактической деятельности, по предложению ВОЗ, разделяются на первичную профилактику, вторичную профилактику и третичную профилактику.

Можно выделить следующие направления комплексной профилактической работы с подростками в рамках первичной профилактики суицидального поведения подростков:

 своевременное выявление подростков группы риска;

 создание благоприятных социально-педагогических условий для всестороннего развития личности, формирования мировоззрения и гражданской позиции, а также доверительное искреннее общение с подростками и создание стимулирующей творческой атмосферы в работе;

 проведение активной работы с родителями и членами семьи;

 проведение психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, пассивной стратегии избегания (в наиболее доступной форме с учетом особенностей подросткового возраста);

 проведение социально-психологических тренингов по овладению практическими умениями и навыками по преодолению стресса, увеличению уровня самоконтроля, поиску социальной поддержки;

 профилактику вредных привычек;

 пропаганду здоровьесберегающих технологий и развитие умений, обеспечивающих практику здорового образа жизни и препятствующих суицидальному поведению, употреблению алкоголя, табакокурению и применению психоактивных веществ (ПАВ).

Социальному работнику необходимо знать существующие методы профилактической работы и уметь эффективно использовать накопленный опыт для решения практических задач.

В рамках вторичной профилактики суицидального поведенния у лиц подросткового возраста может быть осуществлена психологическая помощь. Психологическую помощь человеку с уже сформированным суицидальным поведением принято называть кризисной интервенцией. Ведущим методом в этом случае выступает кризисное консультирование, а его целью - удержание человка в живых. Это может быть телефонная служба медико-психологической помощи - "Телефон доверия". Также кризисное консультирование осуществляется в условиях специализированных центров и кабинетов. Для страдающих психическими заболеваниями имеются суицидологические кабинеты при психоневрологических диспансерах и специализированные отделения психиатрических больниц.

Главная цель неотложной помощи - предотвратить дальнейшее развитие реакций и покушения на собственную жизнь у подростка. Для этого подростку необходимо помочь овладеть ситуацией, а также скорректировать неадаптивные личностные установки, обуславливающие развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций.

Также в рамках вторичной профилактики проводится реабилитация подростков имеющих тенденцию к совершению самоубийства. "Реабилитация - это система мер, имеющих своей целью возвращение человека к активной жизни в обществе, к общественно полезному труду. Этот процесс является непрерывным, хотя и ограниченным по времени" [8, 161].

Следует различать такие виды реабилитации, как: медицинская, направленная на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма или на возможное замедление прогрессирующего заболевания; психологическая, направленная на психическую сферу суицидента и имеющая своей целью преодоление в его сознании представлений о его ненужности и никчемности; бытовая, обеспечивающая нормальные условия для жизнедеятельности суицидента; социально-педагогическая, включающая систему мер воспитательного характера, направленная на формирование личностных качеств, значимых для жизнедеятельности суицидента, его жизненной позиции, способствующих его интеграции в общество; социально-экономическая, представляющая собой комплекс мероприятий, нацеленных на обеспечение суицидента возможными денежными выплатами, защиту его законных прав и интересов; социальная, содержащая процесс восстановления подростков склонных к суициду, к жизнедеятельности в социальной среде, а также самой социальной среды и условий жизнедеятельности личности, которые привели к психологическим затруднениям, суицидальным мыслям или намерениям.

В зависимости от личностных особенностей подростка, испытывающего психологические затруднения или склонного к суициду, при проведении реабилитационных мероприятий следует учитывать, в каком состоянии он находится. Это может быть предкризисное или кризисное состояние, обусловленное социальной запущенностью вследствие конфликтов семье, с друзьями, в школе, на работе и т.д. Социальный работник должен владеть приемами экстренной диагностики ситуации, выявления причин возникновения психологических затруднений, кот орые привели к суицидальному поведению.

В рамках третичной профилактики проводится комплекс мер, направленный на предотвращение рецидива суицида у подростков и работа с ближайшим окружением суицидента. При работе используются методы социально-психологической-коррекции и реабилитации.

Таким образом, основными видами помощи суициденту является: проведение профилактических бесед, включение подростков, с суицидальными намерениями в тренинговые группы с целью коррекции негативных эмоционально значимых ситуаций; переориентация индивидуальных и групповых интересов; обучение социальным навыкам, способам эффективного общения, взаимодействии с окружающими, конструктивному поведению в конфликтных ситуациях; рекомендации по изучению специальной литературы; привлечение специалистов - психологов, социальных педагогов, юристов, психотерапевтов и т.д.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все существующие методы профилактики суицидального поведения у лиц подросткового возраста, направлены на то, чтобы поставить данную форму девиантного поведения под социальный контроль.

В заключение главы хотелось бы отметить, что проблема суицидального поведения подростков обусловлена комплексом факторов объективного и субъективного характера, и решать ее можно только путем объединения усилий и согласованных действий специалистов разных ведомств, оказывающих социальную, правозащитную, медицинскую, психологическую, информационную и другие виды помощи. В связи с этим профилактика суицидального поведения является ключевым звеном в минимизации суицидальных тенденций и сокращении суицидов у подросткового возраста. При этом крайне важно, чтобы программы, направленные на предотвращение суицида, основывались на какой-то определенной модели изменения поведения

3. Профилактика суицидального риска как направление социальной работы с несовершеннолетними лицами на муниципальном уровне

3.1 Диагностика факторов суицидального риска у несовершеннолетних в городе Белгород

По данным ВОЗ, Россия занимает лидирующие позиции по частоте суицидов среди детей и подростков [43]. Так, в 2014 году на территории Белгородской области, по информации департамента здравоохранения и управления социальной защиты населения области зарегистрировано 2 оконченных и 11 фактов незавершенных суицидов. По фактам 2 оконченных и 5 попыток следственным управлением Следственного Комитета по Белгородской области были проведены проверки. Оба случая завершенных суицидов совершены были юношами в возрасте 16 и 17 лет [42].

В связи с подобной ситуацией подросткового суицида в регионе, в целях данной курсовой работы было проведено социологическое исследование на тему "Факторы суицидального риска у лиц подросткового возраста в городе Белгород".

Согласно современным представлениям, суицидальное поведение является сложным медико-социальным феноменом, в развитии которого принимает участие целый ряд факторов. Ведущими из них являются биологические, личностно-психологические, психопатологические, макро- и микросоциальные, этнокультуральные. Исходя из этого, невозможно выделить какую-либо одну причину, приводящую к суициду, так как каждый случай подразумевает наличие взаимодействия и взаимовлияния вышеперечисленных факторов.

В городе Белгород для того, чтобы выделить наиболее значимые факторы суицидального риска у подростков, проживающих, нами были проведены опросы, в которых приняли участие 10 экспертов, и в массовом опросе - 50 человек в возрасте от 18 до 25 лет. В роли экспертов выступили специалисты по работе с подростками: социальные педагоги и педагоги-психологи ГБОУ для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В ходе исследования нами были изучены факторы суицидального риска у подростков, проживающих в городе Белгород, а также выявили основные детерминанты суицидального поведения у лиц подросткового возраста, определили отношение молодежи к суициду как явлению, совершению суицидов в подростковом возрасте и нашли пути совершенствования профилактических мероприятий суицидального поведения в подростковом возрасте, проводимых в городе Белгород.

Выдвинутая нами гипотеза предполагала, что:ведущее место в ряду факторов риска формирования суицидального поведения у подростков выступает такие группы факторов, как: личностно-психологические, семейные, макросоциальные и психопатологические.

Наша гипотеза подтвердилась результатами экспертного и массового опроса. Ключевым в данном исследовании являлся экспертный опрос, в связи с чем, более подробно остановимся на результатах именно этого вида опроса.

Ведущее место в ряду факторов риска формирования суицидального поведения у подростков по мнению экспертов выступает 4 группы факторов: семейные - 55%, личностно-психологические - 27%, макросоциальные - 13% и психопатологические - 5%.

По мнению респондентов, наибольшее влияние на формирование суицидального поведения у подростков оказывают семейные факторы суицидального риска. Изучение вариантов патологического воспитания показало, что наиболее распространенными являются авторитарный тип и гипопротекция, сочетающаяся с безнадзорностью*.* Суммарно они выделены двумя третями специалистов.

Относительно новым для нашей действительности стал в последние годы вариант "родительская депривация". Как правило, он имеет место в обеспеченных и внешне благополучных семьях, в которых родители заняты бизнесом и собственной личной жизнью. В таких семьях отсутствует личная забота о ребенке, все перекладывается на плечи нянь, гувернанток и других чужих людей. Почти столь же часто роль суицидогенного фактора отводится специалистами деструктивным отношениям в семье, особенно если она неполная. Постоянные скандалы, ссоры, драки, пьянство родителей ведут к развитию либо ущербной и безвольной, либо неуправляемой, вспыльчивой, готовой к любым асоциальным действиям личности с высоким риском суицидального реагирования.

Чтобы выявить состав родительской или заменяющей ее семьи у подростков, склонных к суицидальному поведению экспертам предлагалось выбрать из вариантов ответа на вопрос: "Вероятность суицида выше у подростков проживающих в (у): полная родительская семья; неполная родительская семья; приемная семья; проживающие в семье родственников или проживающие в детском доме".

Таким образом, было выявлено, что наибольшей опасностью обладает неполная семья, так ответили 53% опрошенных экспертов. Вызывает интерес, что, по мнению экспертов, риск суицидального развития при воспитании в детском доме, у родственников или в приемной, но полной семье существенно ниже. Это вызывает обратить особое внимание на неполные семьи, становящиеся источником неблагополучного, неполноценного, в том числе, суицидального развития ребенка.

Не меньшую роль в формировании суицидального поведения подростка отводится психологическому микроклимату в семье. Наибольший суицидальный риск имеется у подростков, живущих в семьях с неблагоприятным психологическим микроклиматом, так ответили 77% респондентов. Он характеризуется постоянными ссорами, скандалами, оскорблениями, унижениями.

Следующим критерием оценки роли семьи в формировании суицидального подростка стало выяснение вопроса, "кто непосредственно занимается воспитанием подростка?". Склонность к развитию суицидального поведения возрастает в следующей последовательности: оба родителя 4% (min)- преимущественно отец 5% - преимущественно другие близкие (бабушки, дедушки)11% - преимущественно мать 18 % - практически никто (max)62%.

Таким образом, по мнению респондентов, ситуации, в которых риск суицида выше всего, является вариант, когда воспитанием подростка в семье не занимается практически никто и преимущественно он остается предоставленным самому себе. В данном случае у подростков не формируются навыки адекватного реагирования на стрессовые ситуации, и при тяжелых эмоциональных переживаниях они не находят социальной поддержки.

По мнению экспертов типов воспитания в семье, наибольший риск для формирования суицидальной готовности несет в себе тип воспитания, характеризующийся гипопротекцией и безнадзорностью, так ответили 48% опрошенных. Достоверно меньшими и практически одинаковыми баллами специалисты оценили авторитарный, включая тип "Золушки" - 19%, вариант и "Родительскую депривацию" - 24%.

Большое значение в формировании личности, склонной к суицидальному поведению, помимо типа воспитания, придается агрессивному и жестокому отношению к ребенку в семье.

Согласно полученным результатам, проявления агрессии в семье по отношению к подростку являются фактором, в значительной мере повышающим суицидальный риск. Также следует обратить внимание, что проявления вербальной(словесной) агрессии более значимы - 43%, чем проявления агрессии физической 31%. Кроме того, отмечается, что агрессия по отношению к другим членам семьи также несет в себе довольно высокий суицидальный риск.

Уделяя столь повышенное внимание ситуации в родительской семье, нельзя не коснуться особенностей межличностных отношений у подростков, склонных к суицидальному поведению. На вопрос "Чаще всего внесемейные межличностные отношения у подростков, склонных к суицидальному поведению, отличаются выраженной конфликтностью:" ответы распределились следующим образом: Конфликтнфликтные отношения со сверстниками вне сферы учебы - 35%, Конфликтные отношения с учителями - 33% и Конфликтные отношения с одноклассниками - 32%. Таким образом, можно сказать, что внесемейные межличностные отношения у подростков, склонных к суицидальному поведению, отличаются выраженной конфликтностью практически во всех коммуникативных сферах.

Среди данных личностно-психологические факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних наибольший процент приходится на повышенную чувствительность и ранимость - 46%. Поэтому подросток является особенно уязвимым при возникновении субъективно неблагоприятных внешних обстоятельств. С точки зрения специалистов, риск существенно повышается в случае, если, несовершеннолетнему присущи черты эмоциональной неустойчивости и импульсивности - 34%. Это обусловлено тем, что в сложных ситуациях доминирующее влияние эмоций приводит к реализации сиюминутных негативных побуждений. Фактор низкой стрессоустойчивости подростков оказался третьим по значимости в этом ряду факторов - 11 %, с одной стороны, связан с их возрастной личностной незрелостью, с другой стороны, с отсутствием формирования этого качества в родительской семье. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации, максимализм и незрелость суждений у подростков проявляется, прежде всего, в "черно-белой" картине мира, недостаточной сформированности механизмов планирования не только собственных отдаленных перспектив, но и ближайших последствий аутодеструктивных действий.

Перечисленные личностно-психологические особенности следует рассматривать в качестве одного из необходимых условий формирования суицидального поведения.

Следующая группа связана с воздействием макросоциальных факторов, оказывающих воздействие на сознание несовершеннолетних с помощью средств массовой информации СМИ) и Интернета. Патогенную роль этих факторов отметили 15% опрошенных. Причем, лидирующее положение среди макросоциальных факторов суицидального риска занимает наличие непосредственно пропагандирующих самоубийство ресурсов в Интернете и коммуникативных социальных сетях - 57%. С одной стороны, это определяется тем, что именно Интернет и социальные сети являются основным, а иногда и единственным, источником информации для подростков. Но с другой стороны, типичные для подростков реакции подражания и группирования способствуют развитию у них суицидальных форм поведения при свободном доступе к суицидоопасной информации.

Следующим значимым фактором является наличие жестокости и криминала на телевидении и в СМИ, приводящее к внедрению в сознание подростков представлений об "обыденности" насилия и смерти, в т.ч., убийства и самоубийства - 29%. Также формированию подобных представлений способствует широкое распространение компьютерных игр, формирующих жестокость, изменение жизненных, этических и моральных ценностей, легкомысленного и романтического отношения к смерти - 14%. Навязываемые телевидением агрессивные модели поведения являются своего рода примером для подражания, формируя у подростков идеал успешного человека.

Психопатологические факторы - следующая важнейшая составляющая в данной группе. Под этим подразумевается нарушения поведения у детей и подростков, сопровождающиеся немедицинским потреблением психоактивных веществ, и в частности относящихся к наркотическим, которые могут быть обусловлены различными психологическими (или психиатрическими) причинами.

В современной суицидологии является общепризнанным то, что лица с психическими расстройствами являются группой повышенного суицидального риска. В частности, согласно данным литературы, суицидальный риск у больных, находящихся под диспансерным психиатрическим наблюдением, в 35 раз выше, чем среди населения в целом.

Что касается детей и подростков, то здесь ситуация еще сложнее, поскольку подавляющее большинство родителей отличается психологической и психиатрической безграмотностью, иногда граничащими с невежеством. Такие люди не могут допустить мысли о том, что их ребенок, даже если он отличается явно аномальным поведением, нуждается в помощи, или хотя бы консультации, психиатра. В значительном числе случаев это приводит подростков к самым тяжелым последствиям или даже завершенному суициду.

По мнению экспертов, среди подростков, совершивших суицидальные попытки, страдали психическими расстройствами, требующими психиатрического лечения и наблюдения -76%.

На вопрос: "Какие нарушения и отклонения у подростков, склонных к суицидальному поведению проявляются чаще всего?" эксперты ответили, что наибольший суицидальный риск имеют такие нарушения, как девиантное поведение - 45%, группирование со сверстниками - 34% и реакции оппозиции - 21%. Девиантное поведение чаще всего выражается ранним началом употребления алкоголя и наркотиков и последующим злоупотреблением их злоупотреблением, не менее ранним приобщением к курению, а также систематическими побегами из дома, являющимися реакцией на условия жизни в родительской семье. У значительной доли потенциальных суицидентов выявляется склонность к реакциям группирования со сверстниками. Такие подростки сообщают о появлении чувства защищенности, которого они не могли получить в собственных семьях. Вместе с тем, наиболее часто подростки пытаются найти его в асоциальных группах. Еще одна распространенная форма поведенческих нарушений - это реакция оппозиции. Единственным, по мнению подростков, способом выразить свой протест на неудовлетворительные отношения в семье становится возможность продемонстрировать антагонистическое поведение( внутригрупповая агрессивность).

Установлено, что, как и во взрослой популяции, ведущее место среди психических расстройств у суицидентов-подростков занимают депрессивные расстройства - около половины всех случаев. Следует отметить, что развитие депрессивных расстройств наблюдается, как правило, начиная с препубертатного возраста, при этом формирование депрессии на данном возрастном этапе нередко сопровождается появлением своеобразного чувства малоценности, являющегося прообразом идей самообвинения и самоуничижения.

Следующим аспектом экспертного опроса стала оценка непосредственных характеристик суицидального поведения подростков, совершавших ранее покушение на самоубийство. Как следует из результатов опроса, у подростков значительно чаще имеют место суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера 73 %. Их личностный смысл состоит в оказании психологического давления на значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для себя сторону (разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, и т.п.). Таким образом, у подростков чаще наблюдаются манипулятивные суицидальные попытки, основанные не на истинном желании умереть, а на желании изменить своим поступком неблагоприятную ситуацию

Как следует из экспертной оценки, наиболее распространенными суицидальными мотивациями у подростков являются неразделенная любовь 55%, недостаток внимания и заботы - 25%, а также несправедливое отношение - 13%.

Оценка экспертами гендерных и возрастных особенностей суицидального поведения у подростков позволила выявить, что чаще всего совершение подростком суицида не зависит от пола, так ответили 5% опрошенных, но при этом 57 % опрошенных экспертов считают, что суициды чаще всего совершаются в возрасте 14-18 лет.

По результатам массового опроса отношение молодежи к подростковому суициду является отрицательной, так ответило 73% опрошенных.

На вопрос: "Какими мотивами определяется суицидальное поведение у подростков?" респонденты ответили: неразделенная любовь - 58%, недостаток внимания и заботы - 24%, а также несправедливое отношение - 18%. Это полностью согласуется с приведенными выше анализом ответов экспертов.

На вопрос: "Как Вы думаете, что может удержать подростка от совершения попытки самоубийства?", ответы распределились следующим образом: любовь к близким - 54%, страх боли - 14 %, страх смерти - 12%, остальные респонденты ответили, что затрудняются ответить или предложили свой вариант ответа.

В целом полученные результаты массового опроса подтверждают данные полученные в результате экспертного опроса.

Таким образом можно сделать вывод, что ведущее место в ряду факторов риска формирования суицидального поведения у подростков выступает 4 группы факторов: семейные, личностно-психологические, макросоциальные и психопатологические.

Дополнительно к этому хотелось бы добавить еще одну группу факторов, условно назвающейся "группой дефицита знаний". Здесь подразумевается отсутствие хотя бы минимально необходимых психологических знаний у подростков и большинства их родителей, недостаток психологов в школах и их недостаточная суицидологическая просвещенность, отсутствие необходимых суицидологических знаний у педагогов. Все это препятствует эффективной профилактике суицидального поведения у подростков и раннему выявлению лиц с риском его развития.

3.2 Направления совершенствования профилактики суицидально поведения подростков на муниципальном уровне

Профилактика суицидов представляет собой систему мер, направленных на предупреждение различных проявлений суицидального поведения, в том числе, первичных и повторных суицидальных действий. В соответствии с современной терминологией ВОЗ, выделяется четыре уровня суицидологической профилактики: универсальный, селективный, антикризисный, индикативный.

Универсальная (первичная) профилактика суицидального поведения в оптимальном варианте должна начинаться еще на этапе планирования семьи (т.е. до рождения ребенка), либо в начальном периоде беременности. Будущим родителям необходимо знать, имели ли место случаи суицидов или покушений на самоубийство, а также тех или иных психических заболеваний (в первую очередь - депрессии) у их родственников. В случае наличия таких фактов следует проконсультироваться с детским психиатром и психологом. Знание этого факта позволит родителям получить все необходимые рекомендации в отношении особенностей воспитания ребенка, факторов риска возникновения суицидального поведения, идентификации суицидоопасных состояний, мерах, которые необходимо принимать в таком случае. Тем самым даные меры снижают наследственный риск совершения самоубийства в будущем.

На следующем этапе универсальная профилактика суицидального поведения должна продолжаться в родительской семье, начиная с младшего (дошкольного) возраста ребенка в период его первичной социализации. Основная роль принадлежит здесь семейному воспитанию, направленному на гармоничное развитие личности. Его основу составляет фактор постоянного, искреннего и уважительного общения с ребенком, начиная с его младенческого возраста.

Учитывая возможность соприкосновения ребенка с недопустимыми ресурсами, в том числе, пропагандирующими суицид, необходимо уже с раннего возраста приучать его к "культуре использования Интернета", как в количественном, так и в качественном отношении, а также осуществлять родительский контроль и блокировать определенные сайты.

Воспитание ребенка должно быть направлено на формирование у него адекватного восприятия собственного Я и окружающего мира, умения адекватно реагировать на обиды и огорчения, находить конструктивный выход из сложных ситуаций, быть открытым и не замыкаться в себе, радоваться любому успеху, быть самодостаточным и уверенным в своих возможностях, испытывать привязанность (но не зависимость) к родителям, а также на выработку установок на здоровый образ жизни. Это позволяет с высокой степенью эффективности предотвратить развитие суицидального процесса даже при наличии биологической предрасположенности к нему.

Вышесказанное определяет особую важность информационно- просветительной работы с семьями как основы универсальной профилактики суицидального поведения у детей и подростков.

Особого внимания заслуживает профилактика суицидального поведения у детей, воспитывающихся в неполных семьях. При разводе родителей важным моментом является стабилизация семейных взаимоотношений как средство смягчения его вредных последствий. Смерть одного из родителей является обоснованным показанием для профилактического вмешательства психолога или психиатра, которое может послужить предупреждением возникновения суицидального поведения и психических расстройств у детей и подростков.

Важной задачей универсальной профилактики является также своевременное выявление социально неблагополучных родительских семей, в отношении которых необходимо обеспечить постоянный контроль общества, обращая особое внимание на условия воспитания в них детей и подростков. С этой целью необходимо улучшать преемственность и обмен соответствующей информацией между родителями, учителями, педиатрами и психиатрами. психологический суицидальный подросток социальный

Основой профилактики суицидального поведения детей и подростков школьного возраста является проведение в учебных учреждениях специальных обучающих программ. Эти программы должны быть дифференцированными и адресованными соответственно учителям, школьным врачам и психологам, ученикам и их родителям. Особое значение имеет обучение детей и подростков методам конструктивного поведения в кризисных ситуациях.

К медицинским мерам универсальной профилактики суицидального поведения относятся своевременное выявление и лечение подростков с психической патологией, особенно с депрессивными расстройствами и различными видами психической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, интернетомания, игромания).

Селективная профилактика суицидального поведения направлена на детей и подростков с повышенным риском его развития. Показаниями для ее применения являются: суицидальная отягощенность наследственности, наличие нарушений развития в дошкольном возрасте, психические расстройства, наличие случаев самоповреждающего поведения, разнообразные характерологические девиации.

Подросткам с высокой степенью риска суицидального поведения целесообразно проведение профилактической психокоррекции.

Антикризисная профилактика суицидального поведения у детей и подростков осуществляется только в условиях стационара и включает в себя купирование угрожающих жизни соматических последствий суицида с последующим проведением антисуицидальной терапии.

В первую очередь, необходимо обеспечить предотвращение смертельного исхода суицидальной попытки посредством общемедицинских мероприятий, оказываемых Скорой медицинской помощью, реанимационными, травматологическими, токсикологическими отделениями общемедицинских больниц.

По миновании угрозы для жизни подростка, необходимо приступать к проведению кризисной психотерапии, представляющей собой неотложную психотерапевтическую помощь пациентам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в купировании суицидальной симптоматики.

К индикативной профилактике относятся реабилитационные меры, направленные на предотвращение повторных покушений на самоубийство и оказание медико-социально-психологической помощи суицидентам и их родителям. Таким подросткам, в первую очередь, необходимо обеспечить динамическое наблюдение и амбулаторное психиатрическое лечение.

В отношении всех суицидентов на первый план на этапе индикативной профилактики выступают меры по укреплению антисуицидального барьера личности. Это предполагает формирование стрессоустойчивости, обучение навыкам копинг-стратегий (стратегий совладания со стрессом, реконструкцию суицидоопасных личностных особенностей и др.). Следующим важнейшим компонентом индикативной профилактики является психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением подростка по налаживанию внутрисемейных отношений.

Особое место должна занимать работа с членами семьи подростка. В первую очередь, следует уделить внимание формированию адекватного отношения родителей к случившемуся. Как правило, здесь требуется проведение психологической коррекции. Она показана, как в случаях развивающегося у родителей чувства вины и постоянных опасений по поводу возможного рецидива суицидального поведения у ребенка, так и в случаях недооценки опасности произошедшего, либо даже негативного отношения к подростку, "опозорившему семью". Для достижения этих целей весьма эффективной формой воздействия является семейная психотерапия.

Организационные формы профилактики суицидального поведения у детей и подростков зависят от конкретных культурно-исторических и социально-экономических условий страны. В ряде стран (Германия, Швеция, Швейцария) получили распространение специализированные суицидологические Центры для подростков, включающие в себя телефонное звено (по типу "Телефона доверия") и кризисный стационар. В большинстве же стран данный вид помощи детям и подросткам оказывается в суицидологических центрах, рассчитанных на общую популяцию.

С целью улучшения суицидальной ситуации, повышения эффективности профилактики суицидального поведения и организации суицидологической помощи детям и подросткам в г. Белгород, на наш взгляд, рекомендуется повысить уровень и придать системный комплексный характер проведению универсальной (первичной) профилактики суицидального поведения у детей и подростков. В реализации этой задачи должны принимать участие все заинтересованные стороны: городские и муниципальные органы управления, образования, социальной защиты, здравоохранения, внутренних дел, профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, уполномоченные по правам ребенка, средства массовой информации, детские фонды, религиозные и другие общественные организации.

Также возможно определить в качестве основных направлений универсальной профилактики такие мероприятия как:

 проведение регулярной просветительной работы с населением по вопросам гармоничного воспитания детей и подростков, психологических особенностей их развития, состояния психического здоровья, факторов риска и начальных проявлений суицидального поведения, необходимости своевременного обращения к психологам и психиатрам в случаях неадекватного или резко изменившегося подростка;

 представление средствам массовой информации (телевидение, пресса, радио) рекомендаций в отношении подготовки специальных программ (материалов) для родителей, посвященных педагогическим основам воспитания детей и подростков; специальных, выполненных в привлекательных для подростков формах программ, ориентирующих на формирование нравственных и духовных ориентиров, развенчивающих культ потребления и насилия;

 возложение на школьных психологов задач по обучению детей и подростков навыкам конструктивного поведения в конфликтных и кризисных ситуациях, проведению профилактической психологической коррекции, а также активному выявлению групп риска суицидального поведения и лиц с подозрением на наличие психических расстройств;

 проведение дифференцированного обучения педагогов, школьных врачей и психологов, других специалистов, занятых работой с детьми и подростками, по вопросам факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий и профилактики суицидального поведения у детей и подростков;

 обучение врачей детских лечебно-профилактических учреждений диагностике депрессивных и иных суицидоопасных состояний;

 включение медико-психологических обследований в программу ежегодной диспансеризации детей и подростков (учитывая существующее законодательство, при соответствующем согласии родителей).

Для минимизации суицида в подростковой среде рекомендуем создать в г. Белгород отвечающую современным требованиям организационную систему оказания суицидологической помощи и предупреждения суицидального поведения у детей и подростков.

Одним из ключевых звеньев в данной системе должно стать наличие Телефонов доверия, оказывающими анонимную психологическую помощь. Помимо анонимного психотерапевтического собеседования, сотрудники Телефонов доверия могут рекомендовать обращающимся подросткам обратиться в соответствующие учреждения медико-психологической помощи при кризисных ситуациях.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что суицид в подростковой среде является неотъемлемой частью нашей действительности. Это явление, которое имеет место быть в нашем мире, нашей стране и в нашей области, безусловно, требует особого внимания специалистов. Решение данной проблемы является длительным и многоступенчатым процессом, требующем межведомственного взаимодействия на муниципальном, региональном и федеральном уровнях власти.

Заключение

Одним из наиболее трагичных видов девиантного поведения является суицид. Обычно суицид рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциальных конфликтов. Под суицидальным поведением людей понимаются различные формы их активности, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, содержанием которого выступает острое эмоциональное состояние при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения её важнейших потребностей. Кризис достигает такой интенсивности, что человек не может найти правильного выхода из сложившейся ситуации.

Один из пиков суицидальной активности - пик молодости. Именно молодые люди составляют одну треть самоубийц. Острота проблемы подростковых суицидов в обществе вызывает необходимость изучения такого явление как суицид, и связанных с ним суицидоопасных состояний личности, а также возрастных особенностей подростковых суицидов.

Самоубийство - это сложный, многоаспектный (философский, социальный, психологический, нравственный, юридический, религиозный, культурный, медицинский и пр.) междисциплинарный феномен. Сложность, многогранность феномена самоубийства, а также нередкое смешение индивидуального и социального уровней суицидальных проявлений обусловливают разнообразие подходов к их объяснению.

Суицидальное поведение в подростковом периоде обусловлено спецификой физиологических и психологических процессов формирующейся индивидуальности, а также особенностями психопатологических расстройств в пубертатном периоде.

Для того чтобы снизить риск возникновения суицидального поведения в подростковом возрасте, необходимо организовывать профилактические мероприятия.

Профилактика суицидального поведения - это профилактика состояний дезадаптации. Под профилактикой суицидального поведения подростков в социальной работе понимаются научно обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных обстоятельств у отдельного ребенка или несовершеннолетних, входящих в группу социального риска, а также сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья ребенка и содействие ребенку в достижении социально значимых целей и раскрытие его внутреннего потенциала.

В связи с необходимостью совершенствования профилактики суицидального поведения у лиц подросткового возраста, в рамках данной курсовой работы было проведено социологическое исследование, направленное на выявление факторов суицидального риска несовершеннолетних в городе Белгород. По итогам исследования было установлено, что ведущее место в ряду факторов риска формирования суицидального поведения у подростков выступает четыре группы факторов - семейные, личностно-психологические, макросоциальные и психопатологические.

На основании этих данных, и данных полученных в результате изучения данной проблемной области нами были разработаны рекомендации по совершенствованию профилактики суицидально поведения у подростков на муниципальном уровне. В соответствии с современной терминологией ВОЗ, нами выделены четыре уровня суицидологической профилактики: универсальный, селективный, антикризисный, индикативный. Однако, хотелось бы отметить, что профилактическая деятельность государственных органов социальной защиты населения, других служб и общественных объединений требует их межведомственного взаимодействия, и в то же время она должна стать всеохватывающей и носить комплексный характер, отвечать современному уровню предъявляемых к ней притязаний.

Целью данной курсовой работы было выявление особенностей суицидального поведения в подростковом возрасте и методов, используемых для профилактики данного явления. А также исследование основных факторов, потенциирующих суицидальное поведение подростков.

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что цель, поставленная в начале изучения данной проблемной области была достигнута, а задачи - выполненными.

Итак, высокий уровень самоубийств среды подростков заставляет задуматься о причинах этого явления и поиске оптимальных средств для его профилактики. Суицидальные реакции обусловлены психологическими и патопсихическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах, а также личностными особенностями индивидуума: акцентуацией личностных черт, системой ценностей, жизненным опытом и отношением к жизни.

Суицидальное поведение, как и любое другое, социально детерминировано, следовательно, имеет под собой определенную социальную почву, психологические и культуральные факторы являются условиями, в которых проявляются те или иные формы или модели суицидального поведения. Каждый суицид индивидуален и затрагивает тысячи различных причин. Факторы, которые влияют на выбор смерти, столь разнообразны, что восстановить душевное состояние суицидента порой невозможно.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации [Текст]: офиц текст. - М.: Феникс, 2014. - 64 с.

2. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд [Текст] / Э. Дюркгейм, пер. с франц. В.А Луков. - СПб.: Союз, 1998. - 496 с.

. Егоров, А.Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико- психологические аспекты [Текст]/ А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. - СПб.: Речь, 2005. - 436 с.

. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / Е.В. Змановская. - М.: Издательский дом "Академия", 2006. - 288 с.

. Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии [Текст] / В.В. Ковалев [и др.]; под общ. ред. В.В. Ковалева. - М, 1984. - 184 с.

. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст] / А.Е. Личко. - Л., 1983. - 238 с.

. Моховиков, А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах [Текст] / А.Н. Моховиков. - М.: Когито-Центр, 2001. - 569 с.

. Павленок, П.Д. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: учеб. пособие [Текст] / П.Д. Павленок, М.Я. Руднева. - М.: Инфра-М, 2012. - 185 с.

. Актуальные проблемы суицидологии [Текст] / А.А. Портнов [и др.]; под общ. ред. А. А.Портнова. - М., 1978. - 240 с.

. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением: учеб.-метод. пособие [Текст] / М.И. Рожкова [и др.]; под общ. ред. М.И. Рожковой. -М.: Владос, 2006. - 240 с.

11. Ромерек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / В. Г. Ромерек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. - СПб.: Речь, 2007. -256 с.

12. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. Т.2. - М., 1997. - С. 298.

. Руженков, В.А. Самоубийства учащейся молодёжи (раннее выявление и предотвращение) [Текст] / В.А. Руженков, В.В. Руженкова -Белгород: Белгород, 2012. - 128.

. Свищева, И. К. Технология социальной работы: учеб. пособие [Текст] / И. К. Свищева. - Белгород: БелГУ, 2007. - 240 с.

. Свищева, И.К. Частные технологии социальной работы: учебное пособие [Текст] / И.К. Свищева, Т.Н. Кузнецова. -Белгород: ГиК, 2012. - 322 с.

. Суринов, А.Е. Россия в цифрах. 2014[Текст]: крат.стат.сб./ А.Е. Суринов, Э.Ф. Баранов, Н.С. Бугакова. - M.,2014 - 558 с.

. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни, пер. с англ. В.В. Старовойтова. - М.: Канон-РООИ, 2012. - 288 с.

. Шелехов, И.Л. Суицидология: учебное пособие [Текст] / И.Л Шелехов, Т.В. Каштанова, А.Н. Корнетов, Е.С. Толстолес. - Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. - 203 с.

. Шнейдер, Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков [Текст]/ Л.Б. Шнейдер. - М: Гаудеамус, 2007. - 336 с.

. Юм, Д. Малые произведения / Д. Юм, пер. с англ. И.С. Нарского. - М.: Канон, 1996. - 464 с.

. Юрьева, Л.Н. Клиническая суицидология: Монография [Текст] / Л. Н. Юрьева. - Днепропетровск: Пороги, 2006. - 472 с.

22. Амбрумова, А.Г. <http://elibrary.ru/author\_items.asp?refid=192793941&fam=Амбрумова&init=А+Г> Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности [Текст] / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. - М. 1978. - С.6-28.

23. Андронникова, О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением [Текст] / О. О. Андронникова // Вестник томского государственного педагогического университета. - 2009. -№9. - С. 120-126.

24. Бойко, Я.А. Суицидальное поведение подростков: предпосылки, проблемы профилактики [Текст] / Я. А. Бойко, И. В. Савельева // Наука и современность. - 2012. - № 19-2. - С. 184-189.

25. Вихристюк, О.В <http://elibrary.ru/author\_items.asp?authorid=288888>. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Текст] / О.В. Вихристюк // <http://elibrary.ru/author\_items.asp?authorid=288888>Современная зарубежная психология <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1118054>. - 2013. - №1. - С. 100-108.

. Егорова, В.Н. Личностные особенности подростков с суицидальными склонностями [Текст] / В.Н. Егорова, А.А. Макарова // Практическая педагогика: гуманизация процессов образования и воспитания. - 2013. - №3. - С. 61-66.

. Ефимова, О.И. Суицидальное поведение в подростковом возрасте [Текст] / О.И. Ефимова // Успехи современного естествознания. - 2005. -№11. - С. 93-95.

. Жезлова Л. Я. Суициды в детском возрасте. // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения: материалы симпозиума [Текст] / Л. Я. Жезлова. - 1974. -С.207-215.

29. Зайцев, В.О. Некоторые подходы к выявлению психических механизмов суицидального поведения и факторов суицидального риска у детей и подростков [Текст] / В.О. Зайцев, Г.И. Лудин, А.А. Грачев // Электронный научно-образовательный вестник здоровье и образование в XXI веке. - 2013. - №11. - С. 4-7.

30. Кондрашихина, О.А. Характерные признаки,уровни и формы конструктивной активности личности в условиях неопределенности [Текст] / О.А. Кондрашихина // Перспективы науки и образования. - 2014. - №2. - С.158-162.

31. Котлярова, А. В. Профилактика суицидального поведения подростков в реабилитационном пространстве: теория и действительность [Текст] / А. В.Котлярова // Современная социальная психология: теоретические подходы и прикладные исследования. - 2012. - №1. - С. 100-115.

32. Куркина, О.В. Интегративный подход к пониманию феноменологии суицидального поведения подростков. Опыт социально-психологического исследования проблемы суицида [Текст] / О. В. Куркина // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=968280>. - 2011. -№8. -С. 168-172.

33. Лапшин, В. Е. Суицид в молодежной среде и проблемы его профилактики [Текст] / В. Е. Лапшин // Вестник Владимирского юридического института. - 2014. - №1. - С. 99-102.

34. Леванова, Е.А. <http://elibrary.ru/author\_items.asp?authorid=366039> Психолого-педагогическая концепция программы "профилактика саморазрушающего поведения детей и подростков" [Текст] / Леванова Е.А., Тарабакина Л.В., Бабиева Н.С. и др. // Преподаватель XXI век. - 2012. - №3. - С. 175-190.

. Орлова Н. А. Отношение к самоубийству в истории общества [Текст] / Орлова Надежда Александровна // Труды Дальневосточного Государственного университета. - 2007.- № 147.- С. 218-222.

. Розанова, В.А. Перспективы предикции суицидального поведения подростков [Текст] / В.А. Розанова // Клинико-лабораторный консилиум. - 2010. - №1. - С. 35-40.

. Фетисова, Л.Н. Влияние семейных факторов на формирование суицидального поведения подростков [Текст] / Л.Н. Фетисова // Альманах сестринского дела. - 2011. - №1-2. - С. 29-30.

. Черепанова, М.И. Социальные условия и факторы суицидального поведения молодежи [Текст] / М.И. Черепанова // Известия Алтайского государственного университета. - 2010. - №2-2. - С. 231-234.

. Чернобавский, М.В. Тенденции смертности российских подростков от суицидов в сравнении с другими внешними причинами смерти [Текст] / М.В. Чернобавский // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2012. - №1. - С. 76-80.

. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]: [Указ Президента Российской Федерации. от 9 октября 2007 г. №1351: по состоянию на 1 июня 2014 г.]. - Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=71673.

. Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие Здравоохранения" [Электронный ресурс]: [Постановление Правительства Российской Федерации. от 15 апреля 2014 г. №294: по состоянию на 1 июня 2014 г.]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_162178/#p14 <http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_162178/>.

. О соблюдении прав и законных интересов детей на территории Белгородской области в 2013 году [Электронный ресурс] / Доклад Уполномоченного по правам ребенка в Белгородской области Галины Пятых. - Режим доступа: http://beldeti.ru/files/video/%D0%94%D0%BB%D0%B0%D0%B4%202013.pdf <http://beldeti.ru/files/video/Доклад 2013.pdf>.

. В отношении каких стратегий профилактики суицида имеются фактические данные, подтверждающие их эффективность? [Электронный ресурс] / Сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/\_\_data/ \_file/0004/184090/e96630-Rus-final.pdf <http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0004/184090/e96630-Rus-final.pdf>.

Приложение 1

АНКЕТА ЭКСПЕРТА

*Участнику исследования!*

*Кафедра социальной работы НИУ "БелГУ" проводит социологическое исследование "Факторы суицидального риска у лиц подросткового возраста в городе Белгород"*. *Просим Вас выступить в качестве эксперта и ответить на вопросы предлагаемой анкеты. Для этого необходимо обвести номер ответа соответствующий Вашему мнению. При необходимости допишите свой вариант ответа на отведенном для этого месте. Анкета является анонимной.*

1. Что на Ваш взгляд оказывает наибольшее влияние на формирование суицидального поведения у подростков?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Компьютерные игры, направленные на формирование жестокости, легкомысленного, либо романтического отношения к смерти у подростков |
| 2. | Наличие жестокости и криминала на телевидении, приводящее к внедрению в сознание подростков представлений об "обыденности" насилия и смерти, в т.ч., убийства и самоубийства |
| 3. | Наличие непосредственно пропагандирующих самоубийство ресурсов в Интернете и социальных сетях |
| 4. | Другое (укажите свой вариант) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

2. Как Вы думаете, какие личностно-психологические особенности оказывают большее влияние на формирование у подростков суицидального поведения? (Укажите не более 4х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Неразвитость механизмов планирования будущего |
| 2. | Максимализм и незрелость суждений |
| 3. | Низкая стрессоустойчивость |
| 4. | Снижение или утрата ценности жизни |
| 5. | Отсутствие навыков конструктивного решения проблем |
| 6. | Повышенная ранимость |
| 7. | Импульсивность и эмоциональная неустойчивость |
| 8. | Сильно развитое чувство вины  |

3. Что является наиболее важным фактором риска в межличностном общении подростков, приводящем к суициду?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Конфликтные отношения со сверстниками  |
| 2. | Любовные конфликты ("несчастная любовь") |
| 3. | Конфликтные отношения с учителями |
| 4. | Вовлеченность в молодежные субкультуры ("Индиго", "Готы", и др.) |
| 5. | Влияние "дурной" компании  |
| 6. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

4. Какие индивидуальные психологические особенности подростка могут послужить катализатором к развитию суицидальных настроений? (Укажите не более 3х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Сензитивность (повышенная чувствительность и ранимость) |
| 2. | Агрессивность  |
| 3. | Низкая стрессоустойчивость  |
| 4. | Импульсивность  |
| 5. | Эмоциональная лабильность (колебания настроения) |
| 6. | Тревожность |
| 7. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

5. Каковы по Вашему мнению, преобладающие формы реагирования подростков-суицидентов в стрессовых ситуациях?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Аутоагрессивная (агрессия на себя) |
| 2. | Гетероагрессивная (агрессия вовне)  |
| 3. | Затрудняюсь ответить  |

6. Как вы думаете, состав родительской семьи или заменяющей ее семьи влияет на формирование суицидального поведение подростка?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, оказывает влияние (продолжайте отвечать на вопросы по порядку) |
| 2. | Нет, не влияет (переходите к вопросу № 9) |

7. Риск суицида выше у подростков проживающих и в (у):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Полная родительская семья |
| 2. | Неполная родительская семья |
| 3. | Приемная семья  |
| 4. | Проживающие в семье родственников |
| 5. | Проживающие в детском доме |
| 6. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

8. Риск возникновения суицида выше у подростка, воспитанием которого в семье занимается: (оцените, в зависимости от частоты встречаемости подростка-суициданта и того, кем он воспитывался)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Очень часто | Часто | Редко | Почти никогда |
| 1. | Оба родителя | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Преимущественно мать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Преимущественно другие члены семьи (бабушки, дедушки) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Преимущественно отец | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Практически никто | 1 | 2 | 3 | 4 |

9. Как Вы думаете, психологический микроклимат в семье влияет на формирование у подростка суицидального поведения?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, оказывает влияние (продолжайте отвечать на вопросы по порядку) |
| 2. | Нет, не влияет (переходите к вопросу № 11) |

10. Какой психологический микроклимат, по Вашему мнению, чаще встречается в семье подростков, склонных к суицидальному поведению?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Благоприятный психологический микроклимат |
| 2. | Неблагоприятный психологический микроклимат |
| 3. | Микроклимат в семье не влияет на формирование суицидального поведения у подростков |

. Какой тип воспитания, на Ваш взгляд, создает наибольший риск формирования суицидальной готовности несет в себе? (выбрать один вариант ответа)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Гипоопека и беспризорность |
| 2. | Родительская депривация  |
| 3. | Авторитарный, в т.ч. "Золушка"  |
| 4. |  Гиперопека  |
| 5. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

12. Какая агрессия в родительских семьях подростков, склонных к суицидальному поведению проявляется чаще?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Вербальная агрессия |
| 2. | Физическая агрессия |
| 3. | Психологическая агрессия |

. Вербальная агрессия в родительских семьях подростков, склонных к суицидальному поведению проявляется в:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Агрессии по отношению к подростку  |
| 2. | Агрессии к другим членам семьи |
| 3. | Отсутствует |

. Физическая агрессия в родительских семьях подростков, склонных к суицидальному поведению проявляется в:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Агрессии по отношению к подростку  |  |
| 2. | Агрессии к другим членам семьи |
| 3. | Отсутствует |

. Какова на Ваш взгляд наиболее приоритетная сфера суицидального конфликта?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Семейная |
| 2. | Взаимоотношения со сверстниками  |
| 3. | Любовная  |
| 4. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

16. Какие поведенческие нарушения у подростков, склонных к суицидальному поведению проявляются чаще всего? (Укажите не более 3х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Девиантное поведение  |
| 2. | Группирование со сверстниками  |
| 3. | Реакции оппозиции  |
| 4. | Реакции имитации |
| 5. | Реакции гиперкомпенсации |
| 6. | Реакции отказа |
| 7. | Делинквентное поведение |
| 8. |  Реакции эмансипации |
| 9. | Патологические увлечения |
| 10. | Отсутствуют |

. Как Вы думаете, кто чаще всего совершает суицидальные действия?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Мальчики  |
| 2. | Девочки |
| 3. | Не зависит от пола |

. Каковы, по Вашему мнению, мотивы суицидального поведения у подростков? (Укажите не более 3х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | "Неразделенная" любовь  |
| 2. | Несправедливое отношение  |
| 3. | Препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности  |
| 4. | Неудачи в учебе  |
| 5. | Психопатологические мотивы  |
| 6. | Самоосуждение за реальный проступок  |
| 7. | Материально-бытовые трудности  |
| 8. |  Недостаток внимания, заботы  |
| 9. | Боязнь наказания и/или позора  |
| 10. | Одиночество, социальная изоляция  |

. Как Вы думаете, к какому типу суицида чаще всего прибегают, подростки при его совершении?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Демонстративно-шантажный суицид |
| 2. | Истинный суицид (намеренный отказ от жизни) |
| 3. | Аффективный суицид |

. Чаще всего внесемейные межличностные отношения у подростков, склонных к суицидальному поведению, отличаются выраженной конфликтностью:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Конфликтные отношения с учителями  |
| 2. | Конфликтные отношения с одноклассниками |
| 3. | Конфликтные отношения со сверстниками вне сферы обучения |

21. Как Вы считаете, какие из психические расстройств у подростков чаще всего сопровождаются суицидальными действиями? (Укажите не более 3х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Депрессивное расстройство  |
| 2. | Патохарактерологическое развитие личности и поведенческие расстройства  |
| 3. | Шизофрения |
| 4. | Невротические и стрессовые расстройства |
| 5. | Органическое расстройство личности, в т.ч. вследствие эпилепсии |
| 6. | Умственная отсталость |

. Как вы думаете, часто ли у подростков возникают мысли о самоубийстве?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Часто  |
| 2. | Ежедневно  |
| 3. | Редко  |
| 4. | Крайне редко |
| 5. | Никогда не возникают |

. Влияет ли наличие психического заболевания у подростка на формирование у него суицидальных наклонностей?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, влияют  |
| 2. | Нет, не влияют |
| 3. | Это маловажно  |
| 4. | Затрудняюсь ответить  |

. Как Вы считаете, оказывает ли влияние на формирование суицидального поведения у несовершеннолетних наличие в семье лиц, покончивших жизнь самоубийством ?

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Да, влияют  |  |
| 2. | Нет, не влияют |
| 3. | Это маловажно  |
| 4. | Затрудняюсь ответить  |

25. Как Вы думаете, какой фактор является наиболее важным при формировании у подростков суицидальных наклонностей? Расставьте варианты ответов в зависимости от степени важности от 1 до 6.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Варианты ответа | Степень важности |
| 1. | Личностно-психологические особенности личности  |  |
| 2. | Биологические (наследственность) |  |
| 3. | Влияние микросреды (ближайшее окружение)  |  |
| 4. | Этнокультурные (этническая принадлежность, традиции, обычаи)  |  |
| 5. | Психопатологические (наличие психического заболевания) |  |
| 6. | Влияние макросреды (СМИ, Интернет) |  |

. Как Вы думаете, в каком возрасте чаще всего подростки пытаются покончить жизнь самоубийством?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 10-14 лет  |
| 2. | 15-18 лет  |
| 3. | Не зависит от возраста  |

*В заключение просим Вас сообщите некоторые сведения о себе.*

. Ваш пол:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Мужской | 2. | Женский |

. Ваше образование:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Высшее и незаконченное высшее  |
| 2. | Неполное высшее |
| 3. | Среднее специальное  |

. Стаж работы в организациях по работе с детьми и подростками?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | от года до 3-х лет |
| 2. | от 3-х до 5-ти лет |
| 3. | от 5-ти до 10лет |
| 4. | от 10 и более |

Спасибо за участие в исследовании!

Приложение 2

АНКЕТА ДЛЯ МАССОВОГО ОПРОСА МОЛОДЕЖИ

*Участнику исследования!*

*Кафедра социальной работы НИУ "БелГУ" проводит социологическое исследование "Факторы суицидального риска у лиц подросткового возраста в городе Белгород"*.

*Просим Вас принять участие в исследовании и ответить на вопросы предлагаемой анкеты. Для этого необходимо обвести номер ответа соответствующий Вашему мнению. При необходимости допишите свой вариант ответа на отведенном для этого месте. Анкета является анонимной.*

1. Как Вы относитесь к самоубийству в подростковом возрасте?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Отрицательно, есть другие способы решения проблем  |
| 2. | Нормально, человек сам распоряжается своей жизнью |
| 3. | Все равно, кто как хочет, так и решает свои проблемы |
| 4. | Затрудняюсь ответить  |

2. Как Вы думаете, часто ли подростки задумываются о самоубийстве?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, очень часто |
| 2. | Да, но крайне редко |
| 3. | Нет, никогда |
| 4. | Затрудняюсь ответить |

3. Как Вы думаете, какие причины оказывают большее влияние на решение подростка покончить жизнь самоубийством? (укажите не более трех вариантов ответа)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Плохое отношение в семье  |
| 2. | Информация, транслируемая в СМИ, в Интернете Плохие отношения со сверстниками  |
| 3. | Влияние авторитетной личности  |
| 4. | Плохие отношения со сверстниками  |
| 5. | Конфликты с учителями / преподавателями |
| 6. | Непонимание со стороны друзей либо их отсутствие |
| 7. | Отсутствие смысла жизни |
| 8. | Эмоциональное истощение, депрессия |

4. Как Вы думаете, оказывает ли влияние СМИ и современные компьютерные технологии на формирование суицидального поведения у подростка?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, оказывает влияние (продолжайте отвечать на вопросы по порядку) |
| 2. | Нет, не влияет (переходите к вопросу № 6) |

5. Что на Ваш взгляд оказывает наибольшее влияние на формирование суицидального поведения у подростков?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Наличие непосредственно пропагандирующих самоубийство ресурсов в Интернете и социальных сетях |
| 2. | Засилье жестокости и криминала на телевидении, приводящее к внедрению в сознание подростков представлений об "обыденности" насилия и смерти, в т.ч., убийства и самоубийства |
| 3. | Компьютерные игры, направленные на формирование жестокости, легкомысленного, либо романтического отношения к смерти у подростков |
| 4. | Другое (укажите свой вариант) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

6. Из каких источников чаще всего подростки впервые узнают о возможности совершения самоубийства?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Из книг  |
| 2. | Из журналов / газет |
| 3. | Из разговоров взрослых  |
| 4. | Из разговоров сверстников |
| 5. | Из Интернета: в социальных сетях / на сайте  |
| 6.  | Из профилактических мероприятий в школе |
| 7 | Другое (укажите свой вариант) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

7. Как Вы думаете, какие цели преследуют подростки, совершая самоубийство?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Истинное нежелание жить |
| 2. | Чтобы достигнуть выполнения поставленных условий (шантаж) |
| 3. | Чтобы привлечь к себе внимание |
| 4. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

8. Каковы мотивы суицидального поведения у подростков? (Укажите не более 3х вариантов)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | "Неразделенная" любовь |
| 2. | Несправедливое отношение сверстников и взрослых |
| 3. | Неудачи в учебе  |
| 4. | Недостаток внимания, заботы  |
| 5. | Одиночество, социальная изоляция |
| 6. | Боязнь наказания и/или позора |
| 7. | Подражательное самоубийство |
| 8. | Потеря "значимого другого", болезнь близких |
| 9. | Косметические дефекты |
| 10. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

9. Риск возникновения суицида выше у подростка, воспитанием которого в семье занимается: (оцените, в зависимости от частоты встречаемости подростка-суициданта и того, кем он воспитывался)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Очень часто | Часто | Редко | Почти никогда |
| 1. | Оба родителя | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Преимущественно мать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Преимущественно другие члены семьи (бабушки, дедушки) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Преимущественно отец | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Практически никто | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. Как Вы считаете, оказывает ли влияние на формирование суицидального поведения у несовершеннолетних наличие в семье лиц, покончивших жизнь самоубийством?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, влияют  |
| 2. | Нет, не влияют |
| 3. | Это маловажно  |
| 4. | Затрудняюсь ответить  |

11. Как Вы считаете, кто из подростков чаще всего совершает суицидальные действия?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Мальчики  |
| 2. | Девочки |
| 3. | Не зависит от пола |

12. Как Вы считаете, для подростков самоубийство - это:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Обдуманное решение |
| 2. | Спонтанное решение  |

13. В Вашем окружении есть люди, пытавшиеся покончить жизнь самоубийством?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Да, есть  |
| 2. | Нет, я не знаю таких людей  |

14. Как вы думаете, что могло бы предотвратить попытку самоубийства?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Наличие "Телефона доверия" и возможности обратиться в эту службу круглосуточно  |
| 2. | Проведение профилактических бесед о суициде и его недопущении с подростками  |
| 3. | Наличие в учебном заведении квалифицированного психолога |
| 4. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

15. Где чаще всего Вы встречаете информацию о подростковом суициде?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Телевиденье, сводки новостей, документальные передачи и т.д.  |
| 2. | Разговоры взрослых  |
| 3. | Разговоры сверстников  |
| 4. | Информация нигде не встречается  |
| 5. | Интернет: в социальных сетях, на информационных сайтах и др. |
| 6. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

16. Как Вы думаете, что может удержать подростка от совершения попытки самоубийства?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Страх боли  |
| 2. | Голос разума |
| 3. | Любовь к близким  |
| 4. | Страх смерти |
| 5. | Другое (укажите свой вариант)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. | Затрудняюсь ответить |

*В заключение просим Вас сообщите некоторые сведения о себе.*

17. Ваш возраст:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 17 -19 лет  |
| 2. | 20-22 года |
| 3. | 23-25 лет |

18. Ваш пол:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Мужской | 2. | Женский |

Спасибо за участие в исследовании!