



Администрация  
Томской области



ДЕПАРТАМЕНТ ЗАЩИТЫ И ОХРАНЫ  
ДЕТСКОЙ ОБЛАСТИ  
WWW.ZDRAV.TOMSK.RU



ЦЕНТР  
МЕДИЦИНСКОЙ  
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ



Надгробный  
исследовательский  
Томский  
государственный  
университет



# памятка для родителей

# ПРОФИЛАКТИКА

# ДЕТСКОГО СУИЦИДА

- депрессия
- ошибки в воспитании
- сигналы тревоги

## Часть 2





## ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО СУИЦИДА

В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых.

Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности, стрессов и утраты смысла жизни.

Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедии.

## ТИПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Демонстративное суицидальное поведение не связано с желанием умереть. Это способ привлечь к себе внимание близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то причинам говорить нельзя.
  2. Аффективное суицидальное поведение — совершается на пике эмоций, на фоне острого психотравмирующего события, которое может служить последней каплей.
  3. Истинное суицидальное поведение — преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни. Ему чаще всего предшествует длительное депрессивное состояние, чувство безнадежности, утрата смыслов, детальная проработка психотравмирующей ситуации
- Скрытый суицид (косвенное самоубийство) ориентировано на риск, на игру со смертью (экстремальные виды спорта, самоизоляция, употребление сильных наркотиков и т.д.).



## Этапы формирования суицидального поведения

1. Под влиянием острых или длительных психотравмирующих ситуаций у человека возникают антивитаальные переживания («жизнь бессмысленна», «ничего хорошего уже не будет», «я никому не нужен», «не живешь, а существуешь» и т.п.).
2. Затем могут формироваться пассивные суицидальные мысли («хорошо бы, если бы сбила машина», «если бы уснуть и не проснуться»).
3. На следующем этапе начинают формироваться активные суицидальные мысли: человек интересуется способами самоубийства, обдумывает более подходящий для себя, принимает решение о совершении суицида.
4. Далее происходит более детальная разработка плана — выбирается место, время, конкретный способ, могут предприниматься действия, чтобы попытке никто не помешал.
5. Далее может следовать непосредственная суицидальная попытка, которая в случае «неудачи» может быть неоднократной.
6. Непосредственному акту самоубийства предшествует период, называемый специалистами «пресуицид», и включающий две фазы:

**Первая** не сопровождается суицидальным поведением. Подросток активно ищет «точки опоры», стремится найти выход из мучительной ситуации, ищет поддержки окружающих. Постепенно, исчерпывая различные варианты, он убеждается в безвыходности и неразрешимости своей проблемы. Остро ощущается невыносимость существования, одиночество, безысходность. На этом этапе работа с психологом дает наиболее высокие результаты

**Вторая** фаза включает в себя собственно весь суицидальный процесс - от мыслей до попытки самоубийства. По мнению специалистов, на этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению суицида, как правило, малоэффективны. Требуется вмешательство врача-психиатра и подключение медикаментозной терапии.



### Вербальные сигналы тревоги

- Фразы, в которых проскальзывает нежелание жить: «скоро все закончится», «я больше не буду никому обузой», «пора выпиливаться из реальности», «надоело жить, лучше уйти», «тебе больше не придется обо мне волноваться».
- Комментарии или высказывания негативного характера о себе или своей жизни: «я ничтожество», «эта жизнь отвратительна», «моя жизнь не имеет смысла», «вам было бы лучше без меня».
- Комментарии или высказывания негативного характера о своем будущем: «у меня нет будущего», «ситуация никогда не станет лучше», «у моих проблем нет решения».
- Неожиданные вербальные или письменные прощания: «хочу, чтобы ты знал, что все это время ты мне очень сильно помогал».

### Невербальные сигналы тревоги

- Резкая смена поведения. Чаще всего это проявляется в двух аспектах:
- Значительное повышение раздражительности, несдержанности, агрессивности, неуважение к границам, бессонница или проблемы со сном.
- Внезапное затишье, период спокойствия после периода сильного возбуждения. Это кажущееся спокойствие часто бывает связано с уже принятым решением о прекращении жизни.
- Потеря интереса к школьным занятиям, которые раньше нравились, отказ от включения в какие-либо виды деятельности и группы.
- Пассивное поведение в классе, апатия, грусть.
- Отчуждение, что можно заметить на переменах, — замкнутость, отделенность от других.
- Несвойственное раннее употребление алкоголя и наркотиков как способ преодолеть страх смерти и совершить суицид.
- Снижение успеваемости, снижение мотивации, необоснованные пропуски занятий, неадекватное поведение на уроке, которое не свойственно этому ребенку.
- Раздаривание любимых и ценных личных вещей.
- Неожиданные прощания (например: «я всегда тебя любил») с помощью любого средства связи (мессенджеры, смс, социальные сети или лично, например, неожиданные сильные объятия).
- Закрывание аккаунтов в социальных сетях.
- Доделывание «висящих» дел, решение вопросов, которые тянутся годами.

### ГИПОПРОТЕКЦИЯ

В крайней форме - полная безнадзорность. Чаще недостаток опеки и контроля за поведением. Скрытая гипопротекция - контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом.

### ДОМИНИРУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ

Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой, каждой мыслью вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком, достигающего иногда постыдной для него слежки.

### ПОТВОРСТВУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ

В крайнем варианте – воспитание по типу «кумира семьи». Здесь дело не столько в постоянном контроле, сколько в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей.

### ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ

Подросток постоянно ощущает, что им тяготея, что он – обуза в жизни родителей, что без него им было бы лучше. Ситуация усугубляется, когда есть рядом кто-то другой – брат или сестра, особенно сводные, отчим или мачеха, кто гораздо дороже и любимее (воспитание по типу «Золушки»).

### УСЛОВИЯ ЖЕСТОКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Эти условия нередко сочетаются с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение может проявляться открыто – суровыми расправами за мелкие проступки, а еще более тем, что на ребенке «срывают зло» на других. Но жестокие отношения не избирательно касаются только самого ребенка или подростка – они господствуют во всей атмосфере непосредственного окружения, хотя в семье могут быть и скрыты от посторонних взоров.



### **ПОВЫШЕННАЯ МОРАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они часто лелеют мысль о том, что их потомок воплотит в жизнь собственные несбывшиеся мечты. Подросток чувствует, что от него ждут очень много.

### **ПОТВОРСТВУЮЩАЯ ГИПОПРОТЕКЦИЯ**

Бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к подростку сочетается с некритическим отношением их к его поведению. Родители стараются всегда оправдать подростка, при всех его проступках переложить вину на других, оградить его от общественного порицания и тем более от вполне заслуженного наказания.

### **ВОСПИТАНИЕ В АТМОСФЕРЕ КУЛЬТА БОЛЕЗНИ**

Преувеличенные заботы о здоровье, возведение в культ режима и лечения имеющихся заболеваний по сути дела является одной из форм доминирующей гиперпротекции. В итоге такое воспитание способствует инфантилизации, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье.

### **ПРОТИВОРЕЧИВОЕ ВОСПИТАНИЕ**

Члены семьи в таких случаях применяют несовместимые воспитательные подходы и предъявляют к подростку порою противоречивые требования. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом.



## ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ

Депрессия является психическим расстройством, которое характеризуется сниженным фоном настроения, неспособностью получать удовольствие от жизни, а также замедлением психических процессов. Депрессия может возникнуть как в результате тяжелого психического заболевания, так и на фоне психической травмы, острого и хронического стресса.

Особенности депрессий у подростков определяются сочетанием целого комплекса факторов — наследственного, конституционально-характерологического, психофизиологического, психогенного, возрастного и др.

### Особенности депрессий подросткового возраста

- Нестабильность настроения с многократной его сменой в течение нескольких недель, дней, а иногда даже часов.
- Частая представленность, а иногда и сосуществование таких неоднородных проявлений, как апатия, безразличие, грубость, раздражительность, выраженная тревога, расстройства пищевого поведения.
- Переживания несовершенства и несостоятельности собственной личности, несоответствия внешности современным стандартам красоты.
- Переживание проблем со своей половой идентичностью, сексуальностью.
- Формирование особого депрессивного философского мировоззрения, включающего переживания бессмысленности жизни.

### Первые признаки подростковой депрессии:

- повышенная утомляемость, жалобы на постоянную усталость
- вялость, апатия
- рассеянность
- пропуск занятий, потеря интереса к учебе, снижение успеваемости; в некоторых случаях успеваемость может оставаться хорошей, в результате чего у окружающих не возникает повода для беспокойства
- нарушение сна, бессонница, что порой объясняется сбитым «из-за компьютера или смартфона» режимом сна и бодрствования
- нарушение аппетита, пищевого поведения (изменение пищевых привычек, отказ от еды, чрезмерное употребление сладкого и пр.)любые внезапные изменения поведения, образа жизни, интересов, круга общения, мировоззрения, внешнего вида (подросток перекрашивает волосы, делает пирсинг);
- употребление алкоголя, ПАВ, наркотиковнегативизм, оппозиция, которые не были свойственны подростку ранее;
- чрезмерное увлечение компьютерными играми



В ряде случаев депрессия в подростковом возрасте сопровождается нанесением несуицидальных самоповреждений. К наиболее распространенным самоповреждениям относятся самопорезы, ожоги, удары о стену, углы, острые предметы, прикусывание щек и губ, выдирание волос и т.п. По словам самих подростков, таким образом они пытаются «сбросить напряжение», восстановить самоконтроль.

**Суицид** может иметь место, если проблема остается актуальной и нерешенной в течение нескольких месяцев, и при этом ребенок ни с кем из своего окружения не делится личными переживаниями.

Суждение, что люди, решившиеся на суицид, никому не говорят о своих намерениях, неверно. Большинство людей в той или иной форме предупреждают окружающих. А дети вообще не умеют скрывать своих планов. Разговоры вроде «никто и не мог предположить» означают лишь то, что окружающие не приняли или не поняли посылаемых сигналов. Ребенок может прямо говорить о суициде, может рассуждать о бессмысленности жизни, что без него в этом мире будет лучше.

**Уважаемые родители! Будьте бдительны!**

## ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

### ■ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В ТРУДНЫХ СИТУАЦИЯХ

Единый круглосуточный общероссийский детский телефон доверия для детей, подростков и их родителей  
8-800-200-01-22

■ **Медико-педагогический центр ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»** (детское диспансерное отделение)  
г. Томск, ул. Северный городок, 52.

**Это психиатры и психологи, которые ведут прием по разным вопросам.**

**Регистратура:**

+7 (3822) 469-127 (дети – до 14 лет)

+7 (3822) 468-487 (подростки – с 15 лет)

**Заведующая ДДО:** +7 (3822) 468-769 (Кульбакина Татьяна Александровна)

■ **Полезные ресурсы:**

травлинет.рф

pobedish.ru





Изготовлено  
ОГАУ «Центр медицинской и фармацевтической информации»  
Тираж: 100 000 экз.  
Томск, 2022 г.

