**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Ж.БАЛАСАГЫНА**

ФАКУЛЬТЕТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИ КАДРОВ

Учебно-методическое пособие

**Профилактика суицидального поведения детей и подростков в образовательной среде**

**Бишкек – 2022**

УДК : 371

ББК : 74

И : 87

Утверждается по решению учебно-методического совета Кыргызского национального университета им.Ж.Баласагына, протокол №6 от 22 июня 2022года

**Исламова Н.Н**. ., руководитель программы «Психология» факультета переподготовки и повышения квалификации кадров Кыргызского национального университета им. Ж. Баласагына .

**Калиева Э.Ш.** Зав. отделением №4 Республиканского центра психиатрии и наркологии,

**Кожогелдиева М.А.** к.пс.н.доцент программы «Психология» факультета переподготовки и повышения квалификации кадров Кыргызского национального университета им. Ж. Баласагына .

**Омурова Ж.Н**. к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины Кыргызского государственного медицинского института подготовки и переподготовки кадров им. С.Б. Даниярова,

**Пантелеева Л.Ю**. к.м.н., доцент кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско-Российского Славянского университета

**Рецензенты:**

**Чоров М.Ж** доктор педагогических наук, профессор Кыргызский государственный университет им.И.Арабаева

**Кожогелдиева КМ.**  кандидат психологических наук, Кыргызский государственный университет им.И.Арабаева

**Дуйшенбекова Г.Д** кандидат педагогических наук, Кыргызский национальный университет им. Ж. Баласагына .

Знания закономерностей психического, личностного развития детей, возможности диагностики и коррекции, деструктивного поведения, позволят специалистам, учителям, социальным педагогам и родителям выбрать правильную тактику поведения для успешного взаимодействия с детьми. Рекомендовано в качестве учебно-методического и практического пособия для педагогов, социальных педагогов средних и средне-специальных образовательных учреждений, студентов обучающихся по направлению «психология», «педагогика,» «социальная работа».

**Адрес для переписки с рабочей группой:**

Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул.Турусбекова 109

nuraim@rambler.ru

Оглавление

[Список сокращений 4](#_Toc116395062)

[Введение. 5](#_Toc116395063)

[Глава 1. Cоциально-психологические факторы формирования личности ребенка. 6](#_Toc116395064)

[1.1. Возрастная периодизация развития психики и личности ребенка. 6](#_Toc116395065)

1.2. [Психологические и физиологические особенности подросткового возраста. 8](#_Toc116395066)

1.3. [Психологический фактор развития личности 10](#_Toc116395067)

[Глава 2. Расстройства, связанные с потреблением психоактивных веществ подростками. 29](#_Toc116395068)

[2.1. Влияние психоактивных веществ на психику человека. 29](#_Toc116395069)

[2.2. Факторы риска и защиты при употреблении психоактивных веществ. 36](#_Toc116395070)

[2.3. Характер потребления веществ 39](#_Toc116395071)

[Глава 3. Депрессия у детей и подростков. 46](#_Toc116395073)

[3.1. Депрессия причины и симптомы. 46](#_Toc116395074)

[3.2. Самоповреждение. Суицид. 53](#_Toc116395075)

[3.3. Депрессивный синдром при ПТСР. 55](#_Toc116395076)

[3.4. Профилактика депрессий у детей и подростков. 59](#_Toc116395077)

[Глава 4. Социально-психологические факторы влияющие на формирование суицидального поведения подростков. 62](#_Toc116395078)

[4.1.Социальные факторы влияющие на формирование личности подростка. 62](#_Toc116395079)

[4.2.Социальные риски влияющие на формирование суицидального поведения подростков. 62](#_Toc116395080)

[Глава 5. Формы профилактики попыток суицида среди детей и подростков. 67](#_Toc116395082)

[5.1. Социально-педагогическая диагностика личности ребенка. 67](#_Toc116395083)

[5.2. Предупреждение побуждений к суициду среди детей и подростков. 69](#_Toc116395084)

[Заключение 71](#_Toc116395085)

[Глоссарий 72](#_Toc116395086)

[Приложение 1. Инструмент CRAFT 77](#_Toc116395087)

# Список сокращений

|  |  |
| --- | --- |
| КР | Кыргызская Республика |
| ВОЗ  НСК | Всемирная организация здравоохранения  Национальный статистический комитет |
| ПАВ | Психоактивные вещества |
| ОПСД | Отдел по поддержке семьи и детей |
| UNISEF | Детский фонд ООН |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| КПНС | Комитеты по предотвращению насилия в семье |
| СП | Суицидальное поведение |
| ПТСР | Посттравматическое стрессовое расстройство |
| ЦЭЗ при МЗ | Центр электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения |
| mhGap | Программа действий по ликвидации пробелов в лечении психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ |
| CRAFT | Скрининг тест употребления ПАВ |

# Введение.

В Кыргызстане в последнее десятилетие сложилась не простая социальная ситуация, обусловливающая рост психических расстройствами среди несовершеннолетних, преимущественно – подросткового возраста. Социальное расслоение населения, сокращение доступа бедных слоев к образованию и здравоохранению, ограниченность действенных мер социальной поддержки семей группы риска, ведут, в свою очередь, к значительному нарастанию отклоняющегося поведения в социально-уязвимых группах населения, особенно – среди детей. Пропаганда потребления ПАВ, отсутствие духовных ценностей и значимых поведенческих ориентиров, направленных на социальную. В течение последних 10 лет в Кыргызстане распространенность суицидов среди подростков и молодежи 15-29 лет остается высокой. В КР суицид стал второй причиной смертности среди молодежи в возрасте 15-29 лет после несчастных случаев, связанных с транспортом (НСК). Поэтому очень важным является обучение элементарным знаниям по особенностям психических и поведенческих расстройств у детей и подростков специалистов образовательных учреждений,формирование системы базовых знаний и навыков о социально-психологических особенностях развития личности и психики детей, необходимых специалистам в их профессиональной деятельности для осуществления работы с детьми**.**

Социальная незащищенность, экономическая нестабильность, политический хаос обуславливают процесс отчуждения подростков. Конфликтные ситуации, возникающие сегодня в нашем обществе на различной почве, ведут к общей моральной дезориентации человека, подчас толкая его на негативные поступки, принятие скоропалительных решений. Взятая в отдельности, сама по себе, каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что подросток, с ней столкнувшийся, обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложнят ему жизнь. У молодого человека, находящегося под прессом хотя бы одной из этих ситуаций или проблем, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид для подростка может стать единственным приемлемым выходом. Какая-либо из форм суицидального поведения может быть присуща каждому человеку, поэтому необходимо помнить - помощь может потребоваться каждому конкретному человеку в период его жизненных трудностей, психологического кризиса и внутренних противоречий, особенно это проявляется в подростковом периоде, когда возрастает риск появления суицидальных тенденций. Рост уровня суицида, выраженность и распространенность аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций среди детей и подростков представляет на сегодня актуальную социально-психологическую проблему.

Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса, направленное на профилактику суицидального поведения обучающихся – это прежде всего, предупреждение возникновения проблем развития личности, профилактика рискового поведения, помощь в решении актуальных задач, преодоление проблем в социализации, преодоление трудностей в учебе, нормализация нарушения эмоционально-волевой сферы, разрешение проблемы со сверстниками, педагогами и родителями.

# Глава 1. Cоциально-психологические факторы формирования личности ребенка.

## 

## **Возрастная периодизация развития психики и личности ребенка**.

Каждый возрастной этап имеет свою точку напряжения — кризис, порожденный конфликтом развития личности ребенка. Кризисы развития – это источник формирования хорошей или плохой приспособляемости к миру и людям. ***Особенностями таких периодов является то, что*** *з*начительная часть детей, переживающих критические периоды развития, с трудом поддается воспитанию. В критические возрасты развитие ребенка часто сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Необходимо учитывать - **кризис возникает** потому, что **у детей появляются новые потребности,** а старые формы их удовлетворения уже не подходят, иногда даже мешают, сдерживают, и поэтому не могут выполнять свои функции.

Каждый психологический возраст ребенка в психологии рассматривается на основе четырех критериев, в таблице 1 описаны проявление этих критериев

.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Социальная ситуация развития | - специфичная, характерная для этого возраста система отношений между ребенком и взрослым |
| 2. | Специфика возраста | - решение возрастных задач развития |
| 3. | Ведущий тип деятельности | - в ней происходит познавательное и личностное развитие ребенка, формируются другие виды деятельности |
| 4. | Центральное новооизменение | - изменения, возросшие возможности, результат развития ребенка на каждом возрастном этапе |

Процесс психического развития ребенка носит поэтапный характер Детство, охватывающее период времени от рождения ребёнка до окончания школы, по возрастной физической классификации делится на следующие семь периодов, таблица 2.

Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Период** | **Возраст** | **Кризис** |
| новорожденный | 0 – 3 месяца | новорожденности |
| младенческий | 4 мес.-1год | 1 года жизни |
| ранний | 1-3года | 3-х лет |
| дошкольный | 4-7 лет | 7-ми лет |
| младший школьный | 8-11лет | 11-ти лет |
| подростковый | 11 – 15 лет | - подростковый |
| старший подростковый | 15 – 17лет | юношеский |

**Психологическая характеристика кризиса новорожденности**. Сохранение жизнеспособности малыша в этот период полностью возлагается на взрослых, находящихся рядом – без их помощи новорожденный не в силах обеспечить себе пригодные для существования условия. **Кризис первого года связан с тем,** удовлетворяются или нет основные физиологические потребности ребенка, В случае нормального удовлетворения потребностей ребенка будет формироваться ***доверие*** к окружающему миру, а в противном случае - ***недоверие***к нему.

**Кризис 1 года.** К концу первого года жизни социальная ситуация полного слияния ребенка с взрослым якобы вспыхивает изнутри Ребенок начинает понимать и разделять: ***я - ребенок, а он - взрослый, мы-разные***. В этом сущность кризиса первого года жизни. В таком возрасте ребенок приобретает определенную степень самостоятельности: появляются первые слова, приобретается умение ходить, развиваются действия с предметами. Капризы ребенка, в действительности, является показателем того, что взрослым пора менять свою тактику поведения и отношение к собственному ребенку.

**Кризис 3 лет***(кризис социальных отношений, становление самосознания ребенка),* ***«Я сам»*** - главная составляющая кризиса трех лет. Ребенок познает различие между «должен» и «хочу». Если родители оказывают поддержку ребенку, не торопят его, не ругают за просчеты, по кризис протекает с положительным итогом  - развитием ***самостоятельности***. Но если родители бранят ребенка, считают его неумелым, или не дают возможности самому достичь желаемого результата, то будет реализован другой полюс, отрицательный. У ребенка возникнет ***чувство стыда и неуверенности*** в своих силах.

В возрасте от **4 до 6-7 лет**. Ребенок этого возраста может взаимодействовать с людьми по правилам и нормам, идет освоение социальных норм, взаимоотношений между людьми. Форма общения детей – внеситуативно-личностная (протекает на фоне игры как ведущей деятельности; потребность во взаимопонимании и сопереживании взрослого, так как совпадение мнений и оценок ребенка со взглядами старших – критерий правильности этих оценок; ведущий мотив общения – личностный).

**Границы младшего школьного возраста**, совпадают с периодом обучения в начальной школе. В этот период происходит физическое и психофизиологическое развитие ребенка, обеспечивающее возможность систематического обучения в школе.  ***Социальная ситуация развития.*** *Ребенок –«общественный »субъект* («социальная роль школьника»). Больше проводят времени со сверстниками, чаще одного с ними пола. Усиливается конформизм, достигая своего **пика к 12 годам**. Взрослые, поощряя тягу ребенка к освоению нового, к достижению результатов поддерживают в нем чувство***компетентности***. Насмешки дома и в школе, неудачи в учебе и дружбе со сверстниками способствуют развитию чувства ***неполноценности***у ребенка, которое будет трудно преодолеть на следующих стадиях развития.

**Кризис 7 лет***(кризис саморегуляции, рождение социального «Я» ребенка).* Этот кризис связан с поступлением в школу, изменением роли ребенка, а также изменением основной деятельности – вместо игровой основной деятельностью для него становится учебная. Меняются авторитетные фигуры: если раньше родитель был для ребенка самой авторитетной фигурой, то теперь появляется еще и учитель, мнение которого подчас даже важнее, чем мнение родителей.

Основными ***причинами*** кризиса являются:

1. Возникновение личного сознания, начало дифференциации внутренней и внешней стороны личности ребенка.

2. Переход к новой социальной ситуации – позиции школьника. Ребенок приходит к осознанию своего места в мире общественных отношений.

3. Возникают такие новобразования как самолюбие, самооценка. ***Уровень наших запросов к самим себе, к нашему успеху, к нашему положению возникает в связи с кризисом семи лет.*** Базальная потребность – уважение: ребенок высказывает претензию на уважение, на отношение к нему как к взрослому, на признание его суверенитета.

Невнимание к ребенку во время кризиса 6-7 лет может привести к риску заболевания [неврозом](http://psyera.ru/chto-takoe-nevroz-1278.htm).

## Психологические и физиологические особенности подросткового возраста.

**Подростковый возраст** (средний школьный возраст) характеризуется бурными изменениями во внешнем облике и в физиологии ребенка.

**Физиологическая основа пубертатного кризиса.** Половое созревание зависит от ***эндокринных изменений в организме***. Особенно важную роль в этом процессе играют *гипофиз* и *щитовидная железа*, которые начинают выделять гормоны, стимулирующие работу большинства других эндокринных желез. Активизация и сложное взаимодействие *гормонов роста* и *половых гормонов* вызывают интенсивное физическое и физиологическое развитие.

**Физическое развитие.** Увеличиваются ***рост*** и ***вес*** ребенка, причем у мальчиков в среднем пик «скачка роста» приходится на 13 лет, а заканчивается после 15 лет, иногда продолжаясь до 17. У девочек «скачок роста» обычно начинается и кончается на два года раньше. Дальнейший, более медленный рост может продолжаться еще несколько лет. Изменение роста и веса сопровождается изменением ***пропорций тела*.** Сначала до «взрослых» размеров дорастают голова, кисти рук и ступни, затем конечности — удлиняются руки и нога — и в последнюю очередь туловище. Интенсивный рост скелета, достигающий 4-7 см в год, опережает развитие мускулатуры. Все это приводит к некоторой непропорциональности тела, подростковой угловатости. Появляются ***вторичные половые признаки*** — внешние признаки полового созревания — и тоже в разное время у разных детей. У мальчиков меняется голос, причем у некоторых резко снижается тембр голоса, временами срывающегося на высоких нотах, что может переживаться довольно болезненно.

**Физиологические перестройки.** В связи с быстрым развитием возникают трудности в функционировании ***сердца, легких, кровоснабжении головного мозга*.** Поэтому для подростков характерны перепады сосудистого и мышечного тонуса. А такие перепады вызывают быструю смену физического состояния и, соответственно, настроения. Вообще в подростковом возрасте ***эмоциональный фон*** становится неровным, нестабильным. Ребенок вынужден постоянно приспосабливаться к физическим и физиологическим изменениям, происходящим в его организме, переживать саму «гормональную бурю».

**Половая идентификация.**  *Эмоциональную нестабильность* усиливает ***сексуальное возбуждение***, сопровождающее процесс полового созревания. Большинство мальчиков все в большей мере осознает истоки этого возбуждения. У девочек больше индивидуальных различий: часть из них испытывает такие же сильные сексуальные ощущения, но большинство — более неопределенные, связанные с удовлетворением других потребностей (в привязанности, любви, поддержке, самоуважении). По мнению западных психологов, подросток еще ***бисексуален.*** Подросток может сочетать в себе как традиционно мужские, так и традиционно женские качества. В этот период ***половая идентификация*** достигает нового, более высокого уровня.

**Эмоциональная сфера.**

После относительно спокойного младшего школьного возраста подростковый кажется бурным и сложным. Главная особенность подросткового возраста — ***личностная нестабильность.***

**Личностные особенности.**

Одним из личностных новообразований подросткового возраста является чувство ***взрослости.*** Подростку еще далеко до истинной взрослости — физически, психологически, и социально. Подросток объективно не может включиться во взрослую жизнь, но стремится к ней и претендует на равные со взрослыми права. Новая позиция проявляется в разных сферах, чаще всего — во внешнем облике, в манерах.

**Подражание внешним формам поведения.** Самый легкий способ достичь цели «быть как взрослый» состоит в подражании внешним формам наблюдаемого поведения. Подростки, начиная с 12—13 лет (девочки несколько раньше, мальчики позднее), копируют поведение взрослых, которые пользуются авторитетом в их кругу. Сюда входит мода в одежде, прически, украшения, косметика, особый лексикон, манера поведения, способы отдыха, увлечения.

Подросток, считая себя уникальной личностью, в то же время стремится внешне ничем не отличаться от сверстников. Он может переживать отсутствие куртки — такой же, как у всех в его компании, — как трагедию. Желание слиться с группой, ***ничем не выделяться,*** отвечающее потребности в безопасности, психологи рассматривают как механизм психологической защиты и называют социальной мимикрией. **Чувство взрослости.** Одновременно с внешними проявлениями взрослости возникает и *чувство взрослости —* отношение подростка к себе как к взрослому, представление, ощущение себя в какой-то мере взрослым человеком. Чувство взрослости становится ***центральным новообразованием*** подросткового возраста. Подросток претендует на *равноправие* в отношениях со старшими и идет на конфликты, отстаивая свою «взрослую» позицию. Чувство взрослости проявляется и в стремлении к *самостоятельности*, желании оградить какие-то стороны своей жизни от вмешательства родителей, появляются собственные *вкусы, взгляды, оценки,* собственная *линия поведения*, он с жаром отстаивает их, даже несмотря на неодобрение окружающих. Поскольку в подростковом возрасте все нестабильно, взгляды могут измениться через пару недель, но защищать противоположную точку зрения ребенок будет столь же эмоционально. Развитие взрослости в разных ее проявлениях зависит от ***сферы самоутверждения подростка.***Это могут быть отношения со сверстниками, использование свободного времени, различные занятия, домашние дела.

***Ведущая деятельность -*** *интимно-личностное общение со сверстниками. Формирование референтных групп.*

Родители и учителя лишаются монополии на авторитетность. Подростки что-то делают сообща. Ценности и мнения референтной группы подросток признает своими собственными. В его сознании они задают оппозицию взрослому обществу. Высокая конформность (ребенок попадает под влияние группы которая для него очень «значима») к мнению группы и ее лидера относятся некритически, инакомыслие исключено..

**Кризис 13 лет***(подростковый кризис, кризис социального развития).* ***Основной причиной кризиса***я вляется переход от «детства» к «взрослости». *Чувство «взрослости», возникновение представление о себе «не как о ребенке»*:

1. Приобретение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых.   
2. Развитие духовности и интеллектуального потенциала.

3. Выбор и подготовка к профессии.

***Два основных пути протекания данного кризиса****:*

1. **Кризис независимости**. Его симптомы - строптивость, упрямство, негативизм, своеволие, обесценивание взрослых, отрицательное отношение к их требованиям, ранее выполнявшимся, протест-бунт, ревность к собственности. Это некоторый рывок вперед, выход за пределы старых норм, правил. **«Я уже не ребенок».**
2. **Кризис зависимости**. Его симптомы - чрезмерное послушание, зависимость от старших или сильных, регресс к старым интересам, вкусам, формам поведения. Это возврат назад, к той своей позиции, к той системе отношений, которая гарантировала эмоциональное благополучие, чувство уверенности, защищенности. «**Я ребенок и хочу оставаться им».** И то, и другое - варианты самоопределения.

С точки зрения развития благоприятным оказывается именно первый вариант.  Хотя он и выглядит наиболее конфликтным, но именно он стимулирует познание себя как такового (начало становления личности) и обеспечивает то чувство взрослости.

**Кризис 17 лет***(юношеский кризис).* Очередной жизненный кризис обычно начинается с момента окончания школы. Это кризис дебюта взрослой жизни, становление авторства в собственной жизни, делает свой выбор - кем быть и каким быть; он психологически готов вступить в самостоятельную жизнь.

***Основная причина кризиса***: стремление доказать свою независимость и самобытность сопровождается типичными поведенческими реакциями: «пренебрежительное отношение» к советам старших, недоверие и критиканство по отношению к старшим поколениям, иногда даже открытое противодействие.

*Практическое задание №1.*

*Составьте таблицу психического развития ребенка в школьном возрасте – дайте характеристику по четырем критериям :*

Таблица 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *младший школьный возраст* | *Подростковый* | *старший подростковый возраст* |
| ***социальная ситуация развития*** *(специфичная, характерная для этого возраста система отношений между ребенком и взрослым) ,* |  |  |  |
| ***специфика возраста*** *(решение возрастных задач развития), личностное* |  |  |  |
| ***ведущий тип деятельности*** *(в ней происходит познавательное и личностное развитие ребенка, формируются другие виды деятельности),* |  |  |  |
| *ц****ентральное ново изменение*** *(изменения, возросшие возможности, результат развития ребенка на каждом возрастном этапе)* |  |  |  |

## 

## Психологический фактор развития личности

**Характерологические особенности личности**

Физиологической основой характера является, с одной стороны, тип нервной системы, с другой — система временных связей, возникающих под влиянием внешних воздействий. Темперамент определяет внешнюю форму выражения характера, накладывая своеобразный отпечаток на те или иные его проявления.

Большинство авторов используют типологию темперамента в терминах, предложенных представителями античной медицины: сангвиник, холерик, меланхолик, флегматик. Датский художник-карикатурист Херлуф Бидструп [8] попытался отобразить проявление темпераментов в шутливой форме таблица 4.

Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип**  **темперамент** | **Основная характеристика** | |
| Холерик | Отличается повышенной возбудимостью, большой эмоциональностью | |
|  | | |
| **Тип**  **темперамент** | **Основная характеристика** | |
| Сангвиник | Быстро приспосабливается к новым условиям, быстро сходится с людьми, общителен. Чувства у сангвиника легко возникают и сменяются, мимика богатая, подвижная, выразительная | |
|  | | |
| **Тип**  **темперамент** | | **Основная характеристика** |
| Флегматик | | Обычно ровен и спокоен, он резко выходит из себя, не склонен к аффектам. Новые формы поведения вырабатываются медленно, но являются стойкими. |
|  | | |
| **Тип**  **темперамент** | | **Основная характеристика** |
| Меланхолик | | Трудно на чем-то долго сосредоточиться. Его реакция часто не соответствует силе раздражителя, особенно сильно у него внешнее торможение. Сильные воздействия часто вызывают продолжительную тормозную реакцию. |
|  | | |

**Понятие о темпераменте**

Темперамент — совокупность индивидуальных особенностей личности, характеризующих динамическую и эмоциональную сторону деятельности и поведения личности. Темперамент является предпосылкой и основой личностных образований более высокого порядка например -характера. Свойства темперамента, основные характеристики проявления темперамента описаны в таблице 5.

Таблица 5

|  |  |
| --- | --- |
| Свойства темперамента | Основная характеристика |
| 1. Сензитивность | характеризует общий способ чувствительности. Об этом свойстве судят по тому, какова наименьшая сила внешних воздействий, необходимых для возникновения психической реакции человека. |
| 2. Активность | определяет, с какой степенью энергичности человек воздействует на внешний мир и преодолевает препятствия при осуществлении целей. |
| 3. Импульсивность или Реактивность | степень непроизвольности реакций на внешние или внутренние воздействия (критическое замечание, угроза, резкий звук, обидное слово) |
| 4. Темп реакций | скорость протекания психических процессов и реакций |
| 5. Пластичность | гибкость, легкость приспособления к новым условиям |
| 6. Ригидность | инертность, косность, нечувствительность к изменению условий |
| 7.Экстравертированность | направленность личности вовне, на окружающих людей, предмет, события |
| 8. Интровертированность | направленность личности на себя, на собственные переживания и мысли |

*Практическое задание №2.* Отработка навыков диагностики личностных качеств*: Составьте таблицу свойств своего темперамента по следующим критериям:*

Таблица 6

|  |  |
| --- | --- |
| *Основная характеристика* | *Степень проявления данного свойства у Вас лично* |
| *1. Охарактеризуйте общий способ Вашей чувствительности. Можете ли Вы заплакать при просмотре фильма, при прослушивании песни?* |  |
| *2. С какой степенью энергичности Вы воздействуете на внешний мир и преодолеваете препятствия при осуществлении целей.* |  |
| *3. Как быстро Вы реагируете на внешние или внутренние воздействия (критическое замечание, угроза, резкий звук, обидное слово и др.).?* |  |
| *4. Скорость протекания психических процессов и реакций , н-р: сколько времени Вам нужно на обдумывание до начало действий?* |  |
| *5. Гибкость, легкость приспособления к новым условиям , н-р: Вы быстро принимаете новые условия работы, новую дорогу на работу?* |  |
| *6. Инертность, косность, нечувствительность к изменению условий , Вы трудно приспосабливаетесь к новой обстановке, ситуации, коллективу? н-р:* |  |
| *7. Направленность личности вовне, на окружающих людей, предмет, события ,н-р: Вы любите шумные компании?* |  |
| *8. Направленность личности на себя, на собственные переживания и мысли , н-р: Вы чаще предпочитаете сидеть в тишине , принимать пищу в одиночестве?* |  |

**Понятие о характере**

Характером - называют своеобразное сочетание устойчивых психических особенностей человека, обусловливающих типичные для него индивидуальные способы поведения в определенных жизненных условиях и ситуациях. Физиологической основой характера является, с одной стороны, тип нервной системы, с другой — система временных связей, возникающих под влиянием внешних воздействий. Темперамент определяет внешнюю форму выражения характера, накладывая своеобразный отпечаток на те или иные его проявления. В структуре характера выделяют несколько групп черт, выражающих такие отношения (по В.Н. Мясищеву) [7:61]. Своеобразие характера человека проявляется в системе его отношений к действительности таблица 7.

Таблица 7

|  |  |
| --- | --- |
| отношение | Сфера проявления: |
| к другим людям | черты, которые проявляются по отношению к другим людям: тактичность, вежливость, чуткость и др.; |
| к делу | черты, проявляющиеся в деятельности: инициативность, трудолюбие, работоспособность и др.; |
| к себе | система отношений человека к самому себе: самокритичность, скромность, гордость и т.д.; |
| к имуществу | черты, характеризующие отношение личности к вещам: аккуратность, бережливость, щедрость, скупость и т.д. |

Эти отношения закреплены в привычных для человека формах поведения, общения и деятельности.

*Практическое задание. №3* Отработка навыков диагностики личностных качеств*: Составьте таблицу особенностей своего характера по четырем критериям, отвечая на вопрос: Какой Я? :*

*Таблица 8*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ваше отношение к:* | *Опишите черты Вашего характера Какой Я?* |
| ***к другим людям*** *(общительность – замкнутость, тактичность - грубость);* |  |
| ***к делу*** *(ответственность – недобросовестность, трудолюбие - ленность);* |  |
| ***к себе*** *(скромность – бахвальство, гордость - униженность);* |  |
| ***к имуществу*** *(щедрость – жадность, бережливость* |  |

**Акцентуации характера**

**Подростковый возраст** является периодом становления характера - в это время формируется большинство характерологических типов. Иногда отдельные черты характера приобретают крайнюю заостренность, настолько сильную выраженность, что могут становиться его слабым звеном - **крайние варианты** нормального развития характера **называются акцентуациями.**

**Акцентуация характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены.**

Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в определенных условиях, когда жизненная ситуация предъявляет повышенные требования к наиболее слабому звену характера, и почти не обнаруживаются в обычных условиях. Подростковый возраст является периодом становления характера - в это время формируется большинство характерологических типов. Именно в этом возрасте акцентуации характера выступают наиболее ярко. Одну из ключевых ролей в формировании акцентуации характера играет наследственность, А.Е. Личко описывал в большей степени психически сохранных людей и людей более молодых, а именно подростков и юношей. [4]

**Типы акцентуаций характера**

Типы акцентуаций характера описывают не только собственно характер, но и личность. В данном материале – мы описывает типологию личности здоровых людей, и подчеркнем, что с такими заболеваниями, как паранойя, эпилепсия, истерия и шизофрения, эти психотипы не имеют ничего общего, речь идет о терминах, **определяющих нормальный тип личности.**

Таблица 9

|  |  |
| --- | --- |
| Классификация акцентуации характера по А.Е.Личко | |
| Тип акцентуации характера- **Гипертимный тип.** | |
| Основные признаки | - гипертимные люди отличаются большой подвижностью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении с людьми. С первых лет жизни они везде вносят много шума, любят компании сверстников и стремятся командовать ими. Главная черта – почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение, высокий жизненный тонус. Это создают благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Избыточная уверенность в своих силах побуждает «показать себя», предстать перед окружающими в выгодном свете, прихвастнуть. Интерес ко всему вокруг делает неразборчивыми в выборе знакомств. Быстро находят контакт со случайными встречными. Стремятся туда, где «кипит жизнь», могут оказаться в неблагоприятной среде, попасть в асоциальную группу. |
| Сильные черты | - стороны: общительность, активность, оптимизм, высокий жизненный тонус, щедрость, отсутствие внутренних конфликтов. |
| Слабые черты | - поверхностность, легкое отношение к морали и законам, необязательность, фамильярность, легкомысленность, готовность на безудержный риск, грубость (но без всякого зла). |
| Конфликтные ситуации | - Строгая регламентация, жесткое подчинение дисциплинарным требованиям; ограничение двигательной активности, вынужденное безделье; резкое ограничение общения, одиночество, однообразная обстановка, монотонный труд, требующий тщательной кропотливой работы; |
| Рекомендации | - Активность у подростка должна проявиться. Надо поручать руководство в организации дел, развлечений, где требуется быстрота, разнообразие, находчивость, полезны занятия спортом.. Повседневная навязчивая опека, постоянные нравоучения и наставления, «проработка» на виду у других могут вызвать только усиление непослушание и нарочитое нарушение правил и порядков. В воспитании противопоказан мелочный контроль, но недопустим и недостаток контроля. Избегать чрезмерной директивности. Беседы лучше вести в живом и быстром темпе, не задерживаясь долго на одной теме, чаще передавая инициативу в разговоре самому (не любят, когда «мямлят»). Особое внимание нужно обращать на соблюдение дистанции, достаточной для продуктивного взаимодействия. Нельзя допускать панибратства.  ***Предпочитаемая деятельность****:* работа, связанная с постоянным общением: организаторская деятельность, служба сбыта, спорт, театр и т.д.; склонны к смене профессий, места работы; не нравится работа, требующая точности, систематичности. |
| Тип акцентуации характера **- Истероидный (демонстративный) тип.** | |
| Основные признаки | - Главная черта этого типа - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения. Нравится даже негодование или ненависть, направленные в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие–только не перспектива остаться незамеченным  - Ярко выраженная тенденция к вытеснению неприятных для него фактов и событий, лживость, фантазирование и притворство, используемые для привлечения к себе внимания, авантюристичность, тщеславие, «бегство в болезнь» при неудовлетворенной потребности в признании. |
| Сильные черты | - упорство и инициативность, коммуникабельность и целеустремленность, находчивость и активность, хорошие организаторские способности, самостоятельность и готовность взять на себя руководство, энергичность (хотя истероид быстро выдыхается после выплеска энергии). |
| Слабые черты | - чувствительны к невниманию, потери комфорта, склонность к интригам и демагогии, лживость и лицемерие, задиристость и бесшабашность, необдуманный риск (но только в присутствии зрителей), учет только собственных желаний, явно завышенная самооценка, обидчивость (когда задевают его лично). |
| Конфликтные ситуации | - ситуации задевающие самолюбие; равнодушие со стороны окружающих людей, сознательного игнорирования его, критика достижений, таланта или способностей; ограничение круга общения, вынужденное одиночество; ситуации нелепого или смешного положения; разоблачение, особенно публичное, его вымыслов, а тем более их высмеивание |
| Рекомендации | - Повышенная потребность во внимании. Для установления контакта необходимо дать почувствовать, что к нему испытывают интерес как к личности. Взаимодействие должно быть ровное, спокойное, деловое, без особого выделения. Исключить атмосферу обожания, необоснованного признания. Положительные оценки, поощрения должны даваться – только за реальные достижения и способности. Игнорировать всяческие попытки уклониться (например, используя болезнь) от работы.  - ***Предпочитаемая деятельность****:* работа с постоянно меняющимися кратковременными контактами, актерская деятельность. |
| Тип акцентуации характера **- Психастенический тип.** | |
| Основные признаки | - высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу и постоянным сомнениям, тенденция к образованию ритуальных действий. В детстве робкие, пугливые, рассудительны.  В подростковом возрасте у них проявляется нерешительность, тревожная мнительность.  Принять решение или сделать выбор – это для них самая трудная задача, причем даже после принятия решения вновь следуют долгие сомнения и раздумывания о правильности сделанного выбора.  Люди этого типа – прирожденные пессимисты, опасающиеся будущего и ожидающие неудач. Защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально выдуманные приметы и ритуалы. |
| Сильные черты | - дисциплинированность, исполнительность, аккуратность, серьезность, добро­совестность, рассудительность. |
| Слабые черты | - чувствительность к различного рода испытаниям, нерешительность, безынициативность, склонность к бесконечным рассуждениям, самокопание, наличие навязчивых идей и опасений**.** |
| Конфликтные ситуации | - необходимость принять самостоятельного решения; быстрого переключения с одного занятия на другое; выполнения заданий без четких указаний и инструкций; сильного беспокойства или страха; критики самого или его поведения; длительных физических или психологических перегрузок |
| Рекомендации | - помощь должна быть направлена на преодоление чувства нерешительности, иногда даже неполноценности, закомплексованности. Необходимо помочь освободиться от необоснованных сомнений и опасений, которые значительно осложняют его жизнь., в общении не надо постоянно обращаться к его чувству ответственности, необходимо поддерживать любой положительный почин, ни в коем случае нельзя высмеивать или подавлять инициативу . Необходимо обеспечить ощущение успеха. Сравнивать его нужно только с ним самим и хвалить за улучшение его собственных результатов.  **Благоприятными являются ситуации** спокойной, заранее регламентированной работы, когда нет необходимости самостоятельно принимать ответственные решения. Однако следует поощрять решительные высказывания , готовность самостоятельно принимать решения и в дальнейшем действовать в соответствии с ними. Чаще хвалить за успехи, предоставлять возможность больше заниматься любимым делом. ***Предпочитаемая деятельность:*** индивидуальные виды деятельности; **не рекомендуются** руководящие должности, профессии, связанные с большой ответственностью |
| Тип акцентуации характера **- Эпилептоидный тип.** | |
| Основные признаки | - Главными чертами эпилептоидного типа являются вязкость мышления, скрупулезная педантичность, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, которая проявляется в виде аффектов, приступов гнева и ярости, конфликтности.  - Аффекты не только очень сильны, но и продолжительны – эпилептоид долго не может остыть. Повод для гнева может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением интересов. Лидерство проявляется стремлением властвовать над сверстниками (чего добиваются чаще всего физической силой). У таких людей замечается бережливость ко всему «своему», любые попытки покуситься на их собственность могут вызывать крайне злобную реакцию |
| Сильные черты | - дисциплинированность, аккуратность, тщательность, бережливость (часто переходящие в излишний педантизм), надежность (всегда выполняет свои обещания), пунктуальность, внимание к своему здоровью. |
| Слабые черты | - непереносимость длительного состояния внутреннего напряжения, чрезмерная требовательность к другим, жестокость, нечувствительность к чужому горю, бурное реагирование против ущемления своих интересов |
| Конфликтные ситуации | Ограничение самостоятельности, ущемление прав и интересов, замечания, задевающие самолюбие, проигрыши в игре, обещания, которые остаются невыполненными, Изменение устоявшихся порядков и правил, Ограничение возможности проявить свой авторитет, свою власть над другими людьми. Обстоятельность и неторопливость, чуткость и тактичность –Контакт целесообразнее всего устанавливать вне периодов аффективного напряжения, побуждая его в начале беседы «выговориться» на одну из наиболее интересных для него тем |
| Рекомендации | Очень важно такому подростку найти подходящее дело, которое отвлекает его от отрицательных эмоций, снимает напряжение, желательно привлекать к занятиям спортом. Хорошо помогает доброжелательное авансирование его будущих успехов, поощрение его реальных достижений, которые помогают подростку самоутвердиться. Можно поручать руководство небольшими группами. Так как у него затруднено переключение с одного занятия на другое, вхождение в любую новую деятельность, то надо давать ему достаточно времени для включения в работу, не «дергать» и не торопить.  ***Предпочитаемая деятельность****:* военизированные структуры, физический труд, ручной труд, атлетические виды спорта; работа, дающая гарантированный рост, ощущение независимости и возможность проявить себя |
| Тип акцентуации характера **- Сензитивный тип.** | |
| Основные признаки | - повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполноценности. Людей этого типа отличают чрезмерная чувствительность и высокие моральные требования к себе. В детстве они пугливы, стараются избегать чрезмерно подвижных игр, предпочтение отдают тихим играм или играм с малышами, очень замкнуты среди посторонних. Чрезвычайно привязаны к родным. У них рано формируется чувство долга, поэтому учатся они очень старательно, но побаивают­ся контрольных. |
| Сильные черты | - доброта, спокойствие, внимательность к людям, чувство долга, высокая внутренняя дисциплинированность, ответственность, добросовестность, самокритичность, повышенная требова­тельность к себе, стремление преодолеть свои слабые стороны |
| Слабые черты | - мнительность, пугливость, замкнутость, склонность к самобичеванию и самоуничижению, растерянность в трудных ситуациях, повышенная обидчивость и конфликтность на этой почве. Внутренняя неуверенность в себе может компенсироваться внешней бравадой. |
| Конфликтные ситуации | насмешки или подозрения в неблаго­видных поступках недоброжелательное внимание или публичные обвинения |
| Рекомендации | - Основной целью педагогической помощи является постепенное повышение самооценки, преодоление чувства собственной неполноценности. Такие люди не идут на установления контакта, но естественная потребность поделиться своими затаенными переживаниями у них бывает достаточно сильна. Поэтому необходимо проводить многократные беседы с детальным разбором и анализом ситуаций, помогающие людям осознать свою мнительность и ложное чувство неполноценности. Важно создавать ситуации самоутверждения в тех сферах деятельности, где они могут проявить себя наиболее полно и естественно. Но вместе с тем следует помогать утверждаться и в тех сферах, где он чувствует себя наиболее слабым. Создавать ситуации, стимулирующие убежденность подростка в том, что он нужен другим. Необходимо дозировать нагрузки, поскольку люди с этим складом личности подвержены астенизации (психофизиологическое истощение). Желательно оберегать от чрезмерно сильных впечатлений. При общении противопоказаны чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой.  ***Предпочитаемая деятельность:*** работа, не требующая широкого круга общения. |
| Тип акцентуации характера **- Лабильный тип.** | |
| Основные признаки | Резкая смена настроений в зависимости от ситуации. Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и аппетит, и сон, и трудоспособность, и желание побыть одному или только вместе с близким человеком или же устремиться в шумное общество, в компанию, на люди.  Лабильный тип –«люди настроения» и от настроения у них все зависит. Лабильному типу свойственна преданная дружба, от друга они ждут понимания и способности выслушать их, когда им хочется «поплакаться в жилетку». Друг у таких людей обычно бывает один. Похвала таким людям совершенно не вредна, - она не приводит к за­носчивости. Велика потребность в сопереживании. |
| Сильные черты | общительность, добродушие, чут­кость и привязанность, искренность и отзывчивость (в периоды приподнято­го настроения). |
| Слабые черты | раздражительность, вспыльчивость, ослабленный самоконтроль, склонность к конфликтам (в периоды подав­ленного настроения |
| Конфликтные ситуации | - сильной конкурентности; ущемления чувства собственного достоинства; полной дисгармонии его настроению (всем весело, а он в это время страдает); угрозы наказания, страха перед чем-либо или кем-либо; эмоциональное отвержение со стороны значимых для него людей, утрата близких или разлука с теми, к кому привязан |
| Рекомендации | - Так как ярко выражена потребность в сочувствии и сопереживании, то желательно соответствующее эмпатийное поведение окружающих. Как правило, проявлением эмоциональной отзывчивости, сочувствия и сопереживания можно достичь того, что не удается сделать никакими другими способами и усилиями. Проявление эмпатии ведет к быстрому установлению доверительных отношений , но следует учитывать чрезвычайную эмоциональную чувствительность , и вследствие этого, высокую изменчивость настроения. Установление контакта возможно, если подросток видит доброжелательное отношение к себе, находит сочувствие. Обычно вслед за эмоциональным реагированием наступает душевное расслабление, в таком состоянии становится доступным для продуктивного контакта.  Особое внимание необходимо уделять их взаимоотношениям с людьми. Следует учитывать, что для него важны эмоциональная поддержка, сопереживание окружающих. Лабильный тип легко выходит из подавленного состояния при ободрении, утешении и появлении приятной перспективы (пусть не всегда реальной).  *Предпочитаемая деятельность:* творческие занятия, сфера искусства, профессии, связанные с близостью к природе, медицина, воспитание и обучение |
| Тип акцентуации характера **- Неустойчивый тип** | |
| Основные признаки | Характеризуется безволием, которое отчетливо выступает, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей. В поиске развлечений также не обнаруживают напористости, а скорее плывут по течению. В детстве отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказания, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваиваются с трудом.  Обычно у них нет желания учится. Только при непосредственном и строгом контроле, нехотя подчиняясь, они выполняют задания, всегда ищут случая отлынивать от занятий. Вместе с тем рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью  **Слабоволие является** одной из основных черт неустойчивых. Именно слабоволие позволяет удержать их в обстановке сурового и жесткого регламентированного режима. Когда за ними непрерывно следят, не позволяют отлынивать от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда, да и вокруг все работают – они на время смиряются. Но как только опека начинает ослабевать, они немедленно устремляются в ближайшую «подходящую компанию».. |
| Сильные черты | открытость, быстрота переключения в делах и общении, любопытство, общительность, доброжелательность. |
| Слабые черты | - безволие, тяга к пустому времяпрепровождению, болтливость, лень, хвастовство, безответственность, трусостьСлабое место неустойчивых – безнадзорность, обстановка попустительства, открывающая просторы для праздности и безделья. |
| Конфликтные ситуации | - жесткое подчинение дисциплинарным требованиям, необходимость длительных усилий и концентрации сил на какой-то работе, необходимость принимать конкретные решения и нести за них ответственность. Ограничение в общении с людьми, которые помогают развлекаться. |
| Рекомендации | - В детстве нельзя оставлять без внимания, он должен быть всегда на виду (постоянный контроль). Необходим суровый, жестко регламентированный режим. Нельзя позволять уклонятся от выполнения порученного дела, исключать возможность уклоняться от работы, если заняты все. Только при постоянных и слаженных усилиях может быть получен положительный результат.  ***Предпочитаемая деятельность****:* профессии, не требующие усилий, самостоятельно устанавливающие режим работы ( работа «на дому», охранник). |
| Тип акцентуации характера **- Циклоидный тип.** | |
| Основные признаки | - чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом.  В детстве циклоиды ничем не отличаются от сверстников, но с наступлением подросткового возраста у них возникает первая субдепрессивная фаза, субдепрессия - это маловыраженная депрессия, для которой характерны склонность к апатии, вялость, ощущение, что все валится из рук. В этот период циклоиды начинают тяготиться обществом и компанией, у них резко снижается работоспо­собность. Серьезные неудачи в период субдепрессии могут вызвать аффективную реакцию и суицидальные попытки.  **Субдепрессивная фаза длится 2-3 недели**, после чего настроение по­вышается, циклоиды становятся по поведению гипертимами и начинают наверстывать упущенное в период субдепрессивной фазы. |
| Сильные черты | - инициативность, жизнерадостность, общительность в периоды хорошего настроения. |
| Слабые черты | - непоследовательность, неуравновешенность, безразличие, вспышки раздражительности, чрезмерной обидчивости и придирчивости к окружающим (в периоды подъема настроения). Грусть, задумчивость, вялость, упадок сил, трудности в учебе и в жизни, раздражаемость компаниями сверстников (во время спада). |
| Конфликтные ситуации | - повышенная требовательность, сравнивание с другими детьми; ситуации грубо выраженных конфликтов, реальные неудачи, отрицательные отзывы об их работе; ситуации внезапного физического и психического напряжения, когда смеются над слабостями, ошибками, неумелыми действиями.изменение внешних обстоятельств, ломка стереотипов. |
| Рекомендации | - Основной целью помощи является создание ситуаций, в которых подросток может проявить уверенность, твердость, смелость. Маленькие успехи должны быть замечены. Иногда может быть оправданной и немного завышенная самооценка в целях повышения уверенности в себе. Нуждаются в похвале. Особенно важным является спокойная обстановка, доброжелательное отношение, продуманный режим труда и отдыха, разумное чередование нагрузок с тем, чтобы ребенок не переутомлялся, предоставление возможности быть одному. Аффективные вспышки возможны в условиях соревнования, когда подросток начинает понимать, что он не в состоянии стать победителем. Поэтому не следует создавать или провоцировать ситуации соревнования.  ***Предпочитаемая деятельность:*** работа, не требующая широкого круга общения. Интеллектуально – эстетическая деятельность |
| Тип акцентуации характера **- Шизоидный тип.** | |
| Основные признаки | - отгороженность, замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющиеся в отсутствии сопереживания, труд­ностях установления эмоциональных контактов; недостаток интуиции в процессе общения.  Шизоидные черты проявляются раньше других - с раннего возраста такие дети предпочитают играть в одиночестве. Они тянутся к взрослым, где легче молчать и как бы оставаться наедине с собой. В подростковом возрасте есть трудности с развитием *эмпатии* (сопереживание чужим радостям и печалям), они не умеют вступать в неформальные контакты, их внутренний мир остается закрытым и непонятным для окружающих.  Подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному для него распорядку жизни и режиму, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, увлечений и фантазий. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность. |
| Сильные черты | серьезность, несуетливость, немногословие, устойчивость интересов и постоянство занятий. |
| Слабые черты | замкнутость, холодность, излишняя рассудочность. |
| Конфликтные ситуации | установление неформальных эмоциональных контактов, насильственное вторжение посторонних в его внутренний мир; критика его образа жизни, его «системы». |
| Рекомендации | Не выносит попыток «залезть в душу», следует избегать излишней настойчивости, напористости. Признак установления контакта - когда ребенок начинает говорить сам, по своей инициативе, подчеркивая свою точку зрения на ту или иную проблему, чем больше он говорит, тем больше раскрывает свой внутренний мир, тем легче направить дальнейшую часть разговора в нужное русло. Для развития коммуникативных способностей подростка необходимо включать его в различные групповые и коллективные формы деятельности.  *Предпочитаемая деятельность:* узкий круг общения, интересы к теоретическим наукам, философским размышлениям, коллекционированию, шахматам. |
| Тип акцентуации характера **- Астеноневротический тип.** | |
| Основные признаки | быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессиям и ипохондрии (повышенному вниманию к своему здоровью). С детства характерны признаки невропатии (капризность, ночные страхи, заикание), повышенная утомляемость, раздражительность. Такие дети раздражаются по любому поводу, но потом быстро раскаиваются. Люди с такой акцентуацией плохо переносят поездки в общественном транспорте, быстро устают от компании. Они не стремятся к близким отношениям из-за своей пугливости и неуверенности в себе, не проявляют инициативы. Круг друзей у них ограничен, прежде всего, из-за их внезапной раздражительности и частых капризов. |
| Сильные черты | аккуратность, дисциплинированность, скромность, покладистость, исполнительность, дружелюбие, незло­памятность. |
| Слабые черты | капризность, плаксивость, неуверенность в себе, вялость, забывчивость. Такие люди робки, стеснительны, с явно заниженной самооценкой, не могут постоять за себя. |
| Конфликтные ситуации | повышенная требовательность, сравнивание с другими детьми; ситуации грубо выраженных конфликтов, реальные неудачи, отрицательные отзывы об их работе; ситуации внезапного физического и психического напряжения, ситуации, когда смеются над ее слабостями, ошибками, неумелыми действиями. изменение внешних обстоятельств, ломка стереотипов. |
| Рекомендации | Основной целью помощи является создание ситуаций, в которых подросток может проявить уверенность, твердость, смелость. Маленькие успехи должны быть замечены. Иногда может быть оправданной и немного завышенная самооценка в целях повышения уверенности в себе. Нуждаются в похвале. Особенно важным является спокойная обстановка, доброжелательное отношение, продуманный режим труда и отдыха, разумное чередование нагрузок с тем, чтобы ребенок не переутомлялся, предоставление возможности быть одному. Аффективные вспышки возможны в условиях соревнования, когда подросток начинает понимать, что он не в состоянии стать победителем. Поэтому не следует создавать или провоцировать ситуации соревнования.  *Предпочитаемая деятельность:* работа, не требующая широкого круга общения. Интеллектуально – эстетическая деятельность |
| Тип акцентуации характера **- Параноидальный тип** | |
| Основные признаки | -  высокая степень целеустремленности. Такие подростки подчиняют свою жизнь достижению цели (достаточно масштабной), при этом способны пренебрегать интересами окружающих. Готовы пожертвовать благополучием, отказаться от развлечений, комфорта и других обычных для детей радостей. Совершенно несентиментальны, дружбу рассматривают как продолжение общего большого дела. Друзья — только соратники. |
| Сильные черты | высокая энергичность; независимость; самостоятельность; надежность в сотрудничестве, когда цели совпадают со стремлениями людей, с которыми работают |
| Слабые черты | - раздражительность, гневливость, если что-то или кто-то оказывается на пути к цели; слабая чувствительность к чужому горю; авторитарность. |
| Конфликтные ситуации | «Слабое звено» психотипа: чрезвычайно честолюбивы по большому счету, а не по мелочам. Вступая в контакт, часто подавляют собеседника, бывают излишне категоричными в своих суждениях, могут ранить, словом, окружающих. Собственной конфликтности не замечают |
| Рекомендации | Тщательно изучают лишь те учебные предметы, которые нужны сейчас или потребуются в будущем. Для этого могут ходить в библиотеку, на дополнительные занятия, покупать много книг, читать на переменах. А все остальное в школе не представляет ценности. Наибольших успехов достигают в индивидуальной творческой работе. Непревзойденные генераторы крупных идей, нестандартных подходов к решению сложных зада |
| Тип акцентуации характера **- Конформный тип** | |
| Основные признаки | - Доминирующие черты характера: чрезмерная приспособляемость к окружению, почти полная зависимость от семьи, компании. Жизнь протекает под девизом: «Думать, как все, делать, как все, и чтобы все было как у всех».  - соглашаются со всем, что предлагает ближайшее окружение, но стоит попасть под влияние другой группы — меняют отношение к тем же вещам на противоположное. Причем они не выделяются, не навязывают своих суждений, представляя массу, согласную с лидером.Это распространяется на стиль в одежде, манеру поведения, взгляды на важные проблемы. Эти подростки привязываются к группе сверстников и безоговорочно принимают систему ее ценностей без критики.  Если микроколлектив кажется значимым, имеет положительную направленность, то вместе с ним могут достичь серьезных успехов, например, занимаясь в какой-либо секции. |
| Сильные черты | Хорошо уживается с людьми, сливается с толпой, неконфликтный, ограниченный, приспосабливается к требованиям окружающих. Легко устанавливают контакты с людьми, при этом подражают лидерам. Приятельские отношения непостоянны, зависят от складывающейся ситуации. Не стремятся первенствовать среди друзей, не проявляют интереса к новым знакомствам.  Привлекательные черты характера: дружелюбие, исполнительность, дисциплинированность, покладистость. Они не будут источником конфликтов или раздоров. |
| Слабые черты | - Собственной смелости и решительности им недостает. |
| Конфликтные ситуации | не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа. Слушают рассказы ребят о «подвигах», соглашаются с предложениями от лидеров, охотно участвуют в «приключениях», но потом могут раскаяться |
| Рекомендации | Отношение к учебе и работе. Если в окружении все учатся хорошо, то и они будут прилагать усилия, чтобы не отстать от друзей. К работе относятся тоже в зависимости от настроя коллектива; способны демонстрировать трудолюбие, исполнительность, творчество и изобретательность, выполнять все, что поручено. А могут и отлынивать или делать работу формально, если рядом лодыри. |

*Практическое задание №4* Отработка навыков диагностики личностных качеств  *: Задача 1:*

В школу, к школьному-психологу, пришла мама Алины 13- летней девочки, по словам мамы, Алина часто жалуется на постоянные головокружения, головные боли. Классный руководитель рассказывает, что девочка часто чуть не падает в обморок, особенно часто это происходит в школе или на занятиях театральном кружке, так же девочку часто беспокоят боли в желудке. При обследовании не выявляется никакой патологии –девочка вполне здорова. Мама говорит, что дочка очень общительна, любит выступать на сцене, танцевать, петь, любит быть в центре внимания, в театральном кружке всегда играет главные роли, но в последнее время ее стали меньше занимать в постановках говорит, что «в студии появилась новенькая, у которой состоятельный отец и теперь ей достаются все лучшие роли и не потому, что та лучше, а потому, что ее папа купил костюмы для спектакля»

Вопрос. :Определите ведущий тип акцентуации характера подростка (Для работы используйте таблицу 9)

*Задача 2 :Определите, о какой акцентуации характера идет речь:*

«Ученик 11 класса 17 лет на приеме у школьного психолога :

Я считаю, что надо жить так, как живут все и не отрываться от всех, не отставать от окружающих, но и не забегать вперед. Я не люблю оригинальничать. Я люблю, чтобы у меня было всё как у людей: хорошая, в меру модная одежда – но не такая, чтобы все оборачивались на улице. Стараюсь жить так, чтобы обо мне никто не мог сказать ничего плохого: ни друзья, ни соседи, ни близкие. Не люблю тех, кто ломает устоявшийся порядок, гонится за новизной. Считаю, что мнение большинства всегда правильно и противопоставлять себя большинству всегда плохо и вредно».

*Вопрос. :Определите ведущий тип акцентуации характера подростка (Для работы используйте таблицу 9)*

Изучение **психотипа человека** дает реальную возможность предвидеть, прогнозировать в определенной степени его поведение в той или иной ситуации. Знание особенностей психотипа позволяет более оптимально взаимодействовать с ребенком, помогать становлению и развитию его личности, не нарушая при этом естественного природного начала в каждом человеке

Литература:

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология: учеб. для вузов / Г. С. Абрамова. – М.: Юрайт, 2010.
2. Бокум Д., Крайг Г., Психология развития. - 9-е изд. Издательство «Питер» 2011.
3. Кулагина, И. Ю. Возрастная психология. Развитие человека от рождения до поздней зрелости: учеб. пособие для студентов высш. спец. учеб. заведений / И. Ю. Кулагина, В. Н. Колюцкий. – М.: Сфера, 2009
4. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. — СПб.: Речь, 2009. — 256 с.
5. Палагина Н.Н. Психология развития и возрастная психология: учебное пособие для вузов –М., Московский психолого-социальный институт, 2005.
6. Першина, Л. А. Возрастая психология: учеб пособие для вузов. – М.: Академический проект; Альма Матер, 2015.
7. Возрастная психология: учеб пособие для вузов по направл. подгот. (спец.) «Психология» / Т. Д. Марцинковская и др.; под ред. Т. Д. Марцинковской. – М.: Академия, 2011.
8. https://bidstrup.ru/content/0305.html

# **Глава 2. Расстройства, связанные с потреблением психоактивных веществ подростками.**

## **2.1. Влияние психоактивных веществ на психику человека.**

В настоящее время проблема потребления психоактивных веществ молодыми людьми приобретет все более и более серьезные масштабы во всех уголках мира. Во многих странах молодые люди начинают использовать данные вещества все в более раннем возрасте, а их ассортимент все время расширяется. Потребление этих веществ более распространено среди молодых людей, нежели среди старших групп населения. Если в одних странах большой проблемой является потребление в раннем возрасте табака, то в других странах такой проблемой, которая не может не тревожить, является распространение практики потребления среди молодых людей стимуляторов на основе амфетаминового ряда.

ПАВ – химические вещества, влияющие на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния (изменение внимания, сознания, памяти, эмоций, поведения и др. функций). По определению Всемирной организации здравоохранения, данному в 1989г, ПАВ – это “…любое химическое вещество, вызывающее физические и/или психологические изменения при попадании в организм…” Следует учитывать термин ПАВ включает как разрешенные, так и неразрешенные психоактивные вещества. Наиболее распространенные вещества можно разделить на депрессанты, стимуляторы, опиоиды и галлюциногены. Ниже в таблице 10 приведено несколько примеров:

Таблица 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Депрессанты** | **Стимуляторы** | **Галлюциногены** |
| Алкоголь | Амфетамины | LSD, диметилтриптамин |
| Бензодиазепины | Метамфетамин | Мескалин |
| Опиоиды | Кокаин | Фенциклидин |
| Растворители | Никотин | Кетамин |
| Барбитураты | Кат | Каннабис (большие дозы) |
| Каннабис (малые дозы) | Кофеин | Галлюциногенные грибы |
|  | MDMA | MDMA |

Эти классы основаны на главном воздействии вещества на ЦНС.

Стимуляторы повышают активность ЦНС. Они, как правило, приводят к увеличению частоты пульса и дыхания и вызывают ощущения возбуждения, эйфории.

Опиоиды селективно подавляют ЦНС. Эти анальгетики понижают чувство боли и вызывают сонливость.

Депрессанты понижают активность ЦНС. Они вызывают уменьшение частоты пульса и дыхания, и расслабленное, порой сонливое состояние, чувство благополучия или эйфории.

Галлюциногены производят целый спектр ярких чувственных искажений и заметно изменяют настроение и мысли.

Классификационная система дана как общее руководство, некоторые психоактивные вещества могут не подходить под основную классификацию.

**Например,**

• Марихуана может быть умеренно седативным или снимающим напряжение веществом при малых дозах, но может вызвать галлюцинации при больших дозах.

• Мираа (кат) может вызывать легкую эйфорию и возбуждение при малых дозах, но при больших дозах может вызвать маниакальное поведение и гиперактивность.

• Диссоциативные анестетики (или PCP) могут иметь галлюциногенное действие, но могут также иметь депрессивное или стимулирующее воздействие.

• Летучие веществ (Ингалянты) в целом обладают депрессивным действием, но также могут обладать стимулирующим или галлюциногенным действием.

Приведенные выше вещества могут быть как разрешенными, так и неразрешенными, и содержаться в следующих продуктах:

* медицинские препараты (отпускаются по рецепту или без него);
* лекарственные средства (отпускаются без рецепта);
* табачные продукты (например, сигареты, жевательный табак, сигары, «биди»);
* алкоголь (например, спиртные напитки, пиво, домашние настойки); химические продукты (например, кофеин, клей, жидкости для полоскания рта, содержащие алкоголь, аэрозоль);
* другие продукты, которые могут быть выращены на местности (например, «кат», листья коки, каннабис).

Систематическое потребление подростками веществ редко ограничивается каким- либо одним веществом. Зачастую они потребляют несколько фармацевтических препаратов одновременно или периодически. Одно вещество может потребляться для того, чтобы нейтрализовать нежелательные эффекты другого вещества, и само по себе являться причиной вредных последствий для здоровья.

**Негативные последствия потребления веществ**

Воздействие веществ на потребляющих их молодых людей определяют четыре фактора:

* Вещество: фармакология или свойства вещества.
* Способ применения (пероральный, инъекционный, назальный и т.д.)
* Индивидуум, потребляющий вещество: внешнее влияние, личные качества, семейное положение.
* Окружение: непосредственное окружение, в котором данный индивидуум использует вещества, а также факторы риска и защиты более широкого окружения, в котором живет этот индивидуум.

**Личностные особенности подростка**

Аспекты, связанные с личностью молодых людей, которые могут повлиять на потребление и последствия потребления ими веществ:

* их состояние здоровья и рацион, режим питания;
* другие потребляемые ими вещества;
* потребление в прошлом рассматриваемого вещества и других веществ;
* потребление вещества в кругу семьи, партнерами и сверстниками;
* поддержка со стороны семьи, школы, друзей, сверстников.

**Способ применения психоактивных веществ:**

Аспекты, связанные со способом применения, которые могут повлиять на потребление и последствия потребления веществ:

* наиболее распространенный способ применения среди сверстников;
* доступность препаратов, которые могут потребляться особым способом;
* для инъекционных препаратов: наличие программ обмена игл и шприцев с целью сократить риск заражения инфекциями, переносимыми с кровью.

**Социальное окружение подростка**

Аспекты, связанные с окружением, которые могут повлиять на потребление и последствия потребления веществ:

* настроение во время потребления вещества;
* материальное окружение (безопасность, поддержка и т.д.);
* потребляется ли вещество в одиночку или в группе;
* настрой группы (поддержка, нажим со стороны сверстников, жестокость и т.д.);
* факторы риска и защиты более обширного окружения, в котором живет индивидуум.

Эти факторы также непосредственно усиливают как физические, так и психосоциальные негативные последствия потребления веществ.

**Физические последствия употребления психоактивных веществ:**

* Травмы, возникающие во время интоксикации (например, вследствие падений, дорожно-транспортных происшествий, утоплений), передозировка, обмороки, небезопасный секс, повреждение органов (например, печени, легких, нервов).
* Инфекции, передаваемые с кровью (например, ВИЧ, гепатит) и местные инфекции (например, абсцессы, флебиты).

Вредные последствия могут негативно влиять и на здоровье окружающих (например, пассивное курение, причинение телесных повреждений пассажирам в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии алкогольного опьянения или интоксикации).

**Психосоциальные последствия употребления психоактивных веществ:**

* Ссоры в семье, социальное отчуждение, неуспеваемость в школе, потеря работы и заработка, криминальные действия, жестокость, преступления, совершенные с целью добыть деньги для покупки веществ.
* Беспокойство, проблемы с памятью и невозможность сосредоточиться, психотические приступы (навязчивые иллюзорные идеи, галлюцинации), депрессия, склонность к самоубийству.

Потребление веществ может привести к обширному ряду серьезных и хронических проблем со здоровьем как у подростков, так и у взрослых, а также к острым социальным проблемам. Тем не менее, возникновение серьезных проблем у молодых людей наиболее вероятно из-за интенсивности и уровня потребления ими веществ, а также по следующим причинам:

* Хотя опыт потребления веществ подростками невелик, они все же зачастую потребляют их в таких количествах, которые подвергают их высокому риску летального исхода и заболевания — например, из-за ДТП, падений, утоплений, травм, обмороков или небезопасных половых сношений.
* У подростков меньше опыта потребления данных веществ, при том, что их организм более чувствителен к этим веществам, что может привести к неожиданной передозировке (например, при потреблении кокаина или героина) и к психическому кризису или к ухудшению физического и психического состояния (например, при потреблении ЛСД или каннабиса).
* Подростки чаще становятся участниками драк и проявляют агрессивное поведение, что наиболее вероятно в состоянии интоксикации или под воздействием рассматриваемых здесь веществ.
* Существуют риски, обусловленные потреблением алкоголя, связаны с травмами, жестокостью, небезопасным сексуальным поведением, дорожно-­транспортными и другими происшествиями, полной утратой трудоспособности и смертью. Систематическое потребление алкоголя в течение нескольких дней может привести к гастриту, острой форме гепатита и другим проблемам со здоровьем.

Чрезмерное потребление алкоголя на протяжении нескольких лет связано с гораздо большим количеством заболеваний и повышенной вероятностью возникновения зависимости. Как правило, подростки более расположены к тому, чтобы обсуждать свои насущные проблемы, если педагог или психолог акцентирует их внимание на непосредственных рисках, а не на долгосрочных последствиях потребления алкоголя, например, таких как рак или цирроз печени.

Таблица 11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вещество** | **Действие** | **Последствие** |
| Алкоголь  Седативные/  снотворные  средства Летучие растворители | Приятное расслабление, релаксация, раскрепощение и снятие тревоги | Сонливость, невнятная речь, головная боль, ухудшение способности к умозаключениям, нарушение памяти и координации. Похмельный синдром, обмороки, острая интоксикация, угнетение дыхания, гастрит, панкреатит, ухудшение течения уже существующего диабета или эпилепсии, бессознательное состояние, сильная зависимость, смерть от интоксикации. Агрессивные посягательства сексуального характера со стороны сверстников, почти или ничего не помнящих о них. |
| Никотрин  Кокаин  Амфетамины  Кофеин  Плод бетельной пальмы, кава, «бури» | Оживление, снятие усталости, успокоение, стимуляция, половое возбуждение, потеря аппетита и веса | Повышенный пульс и кровяное давление, раздражительность, бессонница, дрожь, паранойя, гиперактивность, истощение, потеря веса, остановка сердечной деятельности, ухудшение способности к умозаключениям. Психотический опыт, повышенная агрессивность и буйное поведение, изменение личности, необратимые изменения ЦНС, кровоизлияние в мозг, мышечная недостаточность, заражение/перфорация носовой перегородки, дисфункция органов (ЦНС, печени, почек]. |
| Героин  Морфин  Опиум,  Бупренорфин  Метадон  Петидин  Микстура от кашля с кодеином | Избавление от боли, эйфория,  расслабление, потеря аппетита | Раздражительность, сонливость, тошнота, ухудшение способности к умозаключениям, агрессивная паранойя,угнетение дыхания, инфаркт миокарда, припадки, перебои в работе сердца и мгновенная смерть. |

**Некоторые признаки потребления отдельных веществ**

■ Депрессанты. Сонливость, смятение, отсутствие координации, дрожь, невнятная речь, пониженный пульс, угнетение дыхания, расширенные зрачки

Алкоголь. Невнятная речь, нарушение способности к умозаключениям и моторных функций, отсутствие координации, смятение, дрожь, сонливость, возбуждение, тошнота, рвота, угнетение дыхания, депрессия.

* Летучие растворители. Невнятная речь, отсутствие координации, тошнота, рвота, замедленное дыхание.
* Стимуляторы. Возбуждение, дрожь, бессонница, потливость, сухость во рту, сухость губ, затрудненное дыхание, расширенные зрачки, потеря веса, паранойя, галлюцинации.
* Табак. Запах дыма в воздухе, от одежды и в дыхании, желтеющие зубы, кашель, учащение астматических припадков, одышка и ухудшение физических способностей. Всего после нескольких недель потребления жевательного табака, может обнаруживаться растрескивание губ, во рту могут появиться белые пятна, язвы и кровотечение.
* Кокаин. Возбуждение, эйфория, разговорчивость, беспокойство, учащенный пульс, расширенные зрачки, паранойя, чрезмерная активность, галлюцинации.
* Опиоиды. Апатия, сонливость, эйфория, тошнота, запоры, суженные зрачки, замедленное дыхание.
* Галлюциногены. Состояние близкое к трансу, возбуждение, эйфория, учащенный пульс, бессонница, галлюцинации.
* Каннабис. Изменения настроения, эйфория, замедленное мышление и реакция, расширенные зрачки, повышенный аппетит, сухость во тру, учащенный пульс, бред, галлюцинации.

**Причины, по которым потребляют вещества**

Некоторые из причин, по которым подростки могут потребляют психоактивные вещества, рассматриваются ниже:

Жажда новых открытий и экспериментов

Подросткам свойственно желание изучить самих себя и окружающих, что толкает их на эксперименты, связанные с некоторыми аспектами образа жизни и правилами поведения в обществе взрослых. Однако зачастую они не знают и не понимают возникающих рисков. Подобное поведение на этой стадии их развития может показаться молодым людям неким обрядом посвящения, свидетельствующим о достижении ими половой зрелости. Потребление психоактивных веществ может восприниматься ими как своего рода доказательство того, что они как раз и достигли такой «зрелости».

Большинство молодых людей, поэкспериментировав с психоактивными веществами, прекращают их дальнейшее потребление, и в этом случае больших проблем у них не возникнет. Однако важно помнить, что чем раньше молодые люди начинают потреблять вещества, тем:

* больше риск возникновения у них проблем со здоровьем в будущем;
* сильнее зависимость, если она у них развивается;
* серьезнее последствия интоксикации;
* хуже организм поддается лечению.

Подростки подражают другим людям, потребляющим вещества

Существует несколько факторов развития, которые определяют стремление молодых людей к потреблению веществ. В переходном возрасте, когда заканчивается детство и начинается взрослая жизнь, подростки зачатую перенимают манеру поведения и поступки окружающих их взрослых людей. Таким образом, в процессе становления личности, подростки зачастую имитируют поведение и поступки взрослых. Они наблюдают за взрослыми, потребляющими разрешенные и неразрешенные вещества, за условиями, в которых они их потребляют, и за их воздействием. Родители, другие взрослые люди, сверстники, звезды телевидения и спорта, потребляющие психоактивные вещества, могут также служить примером для молодых людей, желающих поэкспериментировать с веществами и потреблять их систематически.

Пропаганда потребления веществ

Люди с определенными коммерческими интересами на самом деле хорошо осведомлены о существующих среди подростков и молодежи потребностях и всячески поощряют потребление ими веществ, доступных для взрослых. Потребление алкоголя и табака поддерживается мощными программами маркетинга, нацеленными на молодых людей, которые придают этим веществам признак «модных» для потребления. В определенных культурных контекстах, потребление алкоголя и пребывание в состоянии опьянения воспринимаются как признак, присущий «настоящим людям».Программы маркетинга, призванные стимулировать потребление рассматриваемых веществ, предлагают потенциальным покупателям некий образ богатой, яркой, взрослой и независимой жизни, который привлекает молодых людей. Это особенно отчетливо просматривается в рекламных кампаниях алкогольной и табачной продукции, которая с каждым днем набирает во многих странах все большие масштабы. Маркетинг играет ключевую роль в целенаправленном увеличении масштабов потребления алкоголя и табака среди молодых людей. В телевизионных программах и фильмах также часто показывают потребление данных веществ, но его негативные последствия обходят молчание

Причины, по которым молодые люди потребляют вещества, весьма многочис­ленны. Они определяются их желанием:

* возбудиться, развеселиться или раскре­поститься;
* бодрствовать или заснуть;
* притупить боль (физическую или душевную).

Тем не менее, как и взрослые, молодые люди могут потреблять психоактивные вещества и без особых на то причин, просто тогда, когда им представляется такая возможность. Причины и условия потребления подростками и психоактивных веществ могут быстро меняться. В различных местах и в различное время подростки могут потреблять целый ряд веществ, зачастую те из них, которые наиболее доступны и недороги. Например, дети на улицах часто потребляют такие летучие растворители, как клей, который стоит недорого и его легко достать.

Особое внимание необходимо обратить на потребление психоактивных веществ молодыми девушками. В прошлом очень немногие девушки потребляли рассматриваемые здесь вещества. Однако сегодня в большинстве стран мира эта тенденция меняется, поскольку все больше и больше девушек потребляют различные виды веществ. В целях предупреждения, оценки и сокращения их потребления очень важно уделять равнозначное внимание всем - как юношам, так и девушками. Молодые девушки, потребляющие психоактивные вещества, попадают в «опасную зону» риска , так как увеличивается риск проституции и полового насилия. Это может явиться причиной более частых случаев незапланированных и нежеланных беременностей, а также повышенного риска заболеваний, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ.

## 

## 2.2. Факторы риска и защиты при употреблении психоактивных веществ.

Эффект и воздействие в результате потребления подростком психоактивных веществ обусловлены следующими четырьмя взаимосвязанными компонентами: индивидуумом; способом потребления, окружением, веществом.

В процессе любого анализа эффекта и воздействия, обусловленного потреблением данных веществ, необходимо принимать во внимание как эти факторы, так и факторы риска и защиты. Факторы риска и защиты зависят от того, «какой подросток, где он живет и чем он занимаетесь».

**Факторы защиты действуют посредством:**

* обеспечения личного или общественного контроля в отношении проблемного поведения;
* поощрения альтернативной деятельности, несовместимой с проблемным поведением;
* укрепления ориентации и обязательств по отношению к общественным институтам, как например, семья, религиозные организации или школы.

Например, если родители молодой девушки курят, — это фактор риска, который поощряет ее начать курить. Однако если у нее есть сверстники, которые неодобрительно относятся к курению, — это фактор защиты. Их неодобрение, возможно, не удержит ее от курения, но, вероятно, она будет меньше курить (т.е. негативный эффект будет уменьшен), или сыграет определенную роль в ее решении отказаться от курения (т.е. эффект фактора риска, обусловленного курением ее родителей, будет нейтрализован). Факторы защиты играют независимую роль в общем влиянии на поведение молодых людей, которое может предотвратить потребление ими веществ или обусловить его сокращение.

Факторы риска и защиты могут проявляться в пяти аспектах, приведем перечень некоторых факторов риска и защиты, влияющих на молодых людей и на потребление ими психоактивных веществ в каждом из этих аспектов.

**Одним из факторов риска являются личностные и психические особенности ребенка.** Даже если у ребенка нет симптомов характерных психических нарушений, предвещающих вредное потребление веществ в будущем, все же те из них, у кого имеются нарушения психики, с большей вероятностью будут потреблять вещества, и это потребление в большинстве случаев усугубит состояние их душевного здоровья. Такие эмоциональные переживания, как горе, ощущение беззащитности, а также стрессовые ситуации, например, смерть одного из родителей, серьезные аварии, война, физическое и сексуальное насилие, оскорбления и попытки покончить жизнь самоубийством, могут подтолкнуть молодых людей к потреблению веществ как к некоему способу, позволяющему им легче перенести нагрянувшие перемены.

***Факторы риска****:*

* низкая самооценка и отсутствие четких личных устремлений;
* стресс, ощущение безнадежности, горе, депрессия;
* жестокое обращение со стороны родителей;
* ожидание позитивных последствий потребления веществ.

*Факторами защиты, употребления психоактивных веществ, для подростка является -* неприемлемость недопустимого поведения, ребенок не будет употреблять психоактивные вещества если у него сформированы советующие ценности и жизненные позиции такие как:

* положительное отношение к здоровью;
* религиозная вера и духовная жизнь;
* положительная ориентация на школу, то есть регулярное ее посещение и участие в жизни коллектива;

ожидание негативных последствий потребления веществ

**Семья**

Тесные взаимоотношения с семьей являются фактором защиты в контексте таких проблем, как потребление веществ, с которым сталкиваются подростки. Однако способность родителей поддерживать близкие обоюдные отношения со своими детьми могут оказаться под угрозой насущных материальных и социальных проблем. Часто подростки стремятся добиться независимости от семьи, права на самоопределение, они пытаются найти свой путь в жизни и сформировать собственные личные качества. В попытке достичь всего этого они могут отдалиться от семьи и проявлять непослушание.

*Факторы риска:*

* пример опасного поведения среди членов семьи;
* наличие в доме веществ;
* напряженная и грубая обстановка в семье;
* нищета.

*Факторы защиты:*

* пример хорошего поведения и здорового образа жизни со стороны родителей;
* нормы и правила поведения, установленные родителями, которые следят за их соблюдением;
* ожидания родителей, что их ребенок будет хорошо учиться;

присутствие родителей дома и их поддержка

**Сверстники**

Подростки и молодые люди испытывают потребность в развитии, которое позволяет им укрепить их общественные связи (с друзьями, сверстниками, своей компанией). А это значит, что примеры для подражания могут определять для них как позитивные, так и негативные последствия, в зависимости от поведения их сверстников и общественных связей. Большинство характеристик молодых людей, связанных с тем или иным риском, имеют отношение к так называемому поиску своего «я». По мере того как молодые люди взрослеют, они берут на себя новые роли в обществе. Стремясь определить для себя новое место в обществе, найти новые примеры для подражания и не упустить ни одной возможности для приобретения нового опыта, они подвергаются сильному воздействию внешних факторов. В процессе поиска своего нового места в обществе молодые люди могут отождествлять себя с некоторыми людьми, являющимися для них примером для подражания, или целыми группами сверстников, которые, в конечном счете, могут напрямую или косвенно привести их к потреблению веществ.

*Факторы риска:*

* пример проблемного поведения среди друзей и сверстников;
* более сильное влияние со стороны сверстников, нежели со стороны родителей.

*Факторы защиты:*

* примеры хорошего поведения и здорового образа жизни среди сверстников;
* осуждение проблемного поведения среди сверстников;
* контроль проблемного поведения со стороны сверстников.

**Школа**

Важными инструментами предупреждения потребления веществ и раннего выявления факта потребления веществ среди молодежи является школьное окружение и социально-образовательная политика.

*Факторы риска:*

* примеры проблемного поведения в школьном окружении;
* агрессивное поведение со стороны других учеников;
* стресс и низкий уровень безопасности в школе.

*Факторы защиты:*

* осуждение проблемного поведения среди сверстников и учеников;
* регулирование и контроль со стороны школы;
* воспринимаемые ожидания педагогов, касающиеся поведения в школе;
* воспринимаемые нормы поведения учеников в школе;
* воспринимаемое количество школьных мероприятий и участие в них учеников;
* воспринимаемое участие родителей в жизни школы.

**Сообщество**

Наличие веществ в сообществе является важным фактором, связанным с их потреблением молодыми людьми. Легкий доступ как к разрешенным, так и неразрешенным веществам (например, обусловленный ценой, законом и его применением, а также культурными нормами общины) напрямую открывает молодым людям возможность поэкспериментировать с потреблением данных веществ и делать это снова и снова.

Многие молодые люди живут в нестабильном и неопределенном контексте (как-то: иммигранты, беженцы, беспризорные дети). Вполне вероятно, что дезорганизованное сообщество окажет молодым людям меньшую поддержку, предложит им по окончании школы лишь ограниченный набор альтернатив и не будет уделять должного внимания проблеме потребления веществ или, наоборот, будет слишком строгим в этом отношении, что приведет к отчуждению потребителей веществ как источника общих проблем. Кроме того, продажа веществ может быть важным источником дохода для молодых людей (и их семей), стремящихся добиться стабильного материального положения.

*Факторы риска:*

* рекламная деятельность и стимулирование сбыта разрешенных веществ;
* спонсорство различных мероприятий производителями табачной и алкогольной продукции;
* наличие в общине незаконных веществ;
* деятельность группировок на уровне сообщества, способствующая потреблению веществ;
* нищета и низкий уровень безопасности в сообществе.

*Факторы защиты:*

* неприемлемость проблемного поведения для сообщества;
* общественный контроль на уровне сообщества;

наличие в сообществе возможностей, представляющих интерес для молодых людей

* (спортивные, развлекательные, творческие мероприятия и т.д.).

Не все факторы риска и защиты равнозначны. Некоторые из них оказывают на молодых людей большее влияние, чем другие. Например, как показывает практика, наличие друзей, потребляющих наркотики, является очень существенным фактором, подталкивающим подростков к тому, чтобы начать потребление наркотиков. Это намного более весомый фактор, чем наличие в общине веществ. Однако следует учитывать относительную важность каждого фактора риска и каждого фактора защиты, поскольку это позволяет медицинским работникам расставить приоритеты в своей работе. Данная мера имеет целью укрепить факторы защиты, ослабить факторы риска и сконцентрировать внимание на конкретных мероприятиях в интересах молодых людей, подверженных наибольшей опасности.

## **2.3. Характер потребления веществ**

Характер потребления веществ указывает на тот или иной способ потребления молодыми людьми веществ, который основан на частоте приемов и количестве принимаемых веществ. В настоящем пособии рассмотрено три разновидности характера потребления веществ:

* опасное потребление;
* вредное потребление;
* зависимость.

Понимание характера потребления веществ каждым отдельным человеком является важнейшей составляющей оценки. Тем не менее, в течение определенного периода времени люди, особенно в молодом возрасте, могут изменять характер потребления ими различных веществ в ту или иную сторону. Например, подросток уже может испытывать зависимость от табака и в то же время пробовать курить каннабис.

**Опасное потребление**

Опасное потребление — это такой характер потребления, который повышает риск вредных последствий для потребителя веществ. Одни определения ограничиваются физическими и психическими последствиями (например, для вредного потребления), другие включают и социальные последствия. Опасное (или потенциально опасное) потребление является наиболее распространенным видом потребления веществ подростками. Потребление веществ, как правило, начинается с пробного потребления, когда подросток пробует вещество из любопытства или из-за желания испытать новые ощущения. Тем не менее, пробным потреблением можно назвать лишь первый или первые два случая приема вещества. После этого их потребление становится потенциально опасным.

Большинство молодых людей, экспериментирующих с разрешенными или неразрешенными веществами, не становятся зависимыми и не продолжают их потреблять в дальнейшем, когда они достигают зрелости. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что чем в более юном возрасте будет иметь место первый эксперимент с потреблением веществ, тем больше вероятность возникновения серьезных проблем или развития зависимости. Большинство взрослых курильщиков табака начинают курить еще в подростковом возрасте. Таким же образом непродолжительный эксперимент с потреблением веществ, может негативно сказаться и на успеваемости в школе. Он может нарушить способность к умозаключениям и повысить вероятность поведения, связанного с риском, например, небезопасные половые связи или вождение автомобиля в состоянии интоксикации. Во время первого потребления организм некоторых подростков очень сильно и негативно реагирует на воздействие того или иного вещества или сочетания нескольких веществ. Никаких гарантий их «безопасного потребления» не существует.

Опасное потребление может включать и так называемое функциональное потребление, которое подразумевает прием психоактивного вещества в конкретных целях в жизни того или иного человека (например, психоактивное вещество позволяет работать). Среди подростков функциональное потребление не распространено. Они могут потреблять психоактивное вещества в некоторых случаях (например, чтобы расслабиться, не заснуть или, наоборот, чтобы крепче спать), при этом другие аспекты их жизни остаются неизменными (например, они все так же посещают школу или ходят на работу). Скорее всего, они хорошо знают употребляемые ими вещества и, в случае потребления неразрешенных веществ, имеют постоянный источник, где они всегда могут их приобрести.

Во время опасного потребления подростки видят только приносимую веществом пользу, но отнюдь не связанные с ним проблемы. Поэтому зачастую у них нет никаких мотивов останавливаться, поскольку они еще не испытали никаких проблем, связанных с потреблением вещества, или не осознали возможность их возникновения.

**Вредное потребление**

Вредное потребление — это такой характер потребления веществ, который причиняет вред здоровью. Причиняемый ущерб может быть физическим (например, гепатит, вызванный инъекциями наркотика) или психическим (например, похмельная депрессия, следующая после обильного приема алкоголя). Потребление психоактивных веществ может повлиять на личные связи (например, вызвать драки или ссоры), а также на учебу в школе, работу или профессиональную подготовку (например, привести к исключению из школы, временной потере работы, перерыву в занятиях). Вредное потребление веществ наиболее распространено среди подростков. Определенную эффективность, особенно в отношении табака и алкоголя, показали краткосрочные меры вмешательства. Они также могут оказаться действенными и в отношении других веществ. На опасное поведение, связанное с потреблением подобных веществ, включая совместное использование игл и незащищенные половые отношения, можно повлиять путем проведения кратких консультаций и информационно-образовательных программ.

Причиной ущерба, причиняемого потреблением психоактивных веществ, может быть:

-интоксикация;

способ применения (например, передача переносимой с кровью инфекции через общую иглу; местная инфекция);

-отсутствие поддержки со стороны друзей и семьи (например, в связи с отчуждением подростка);

-обострение других проблем со здоровьем — физическим здоровьем (например, хронические заболевания) или психическим здоровьем (например, депрессия).

**Зависимость**

Зависимость — это совокупность поведенческих, когнитивных (связанных с мышлением и памятью) и физиологических нарушений, которые могут развиться после периодического потребления веществ. Она появляется, когда индивидуум испытывает непреодолимое желание потребить вещество и уже не способен контролировать ни свое желание, ни характер потребления. Зависимость от веществ, особенно от алкоголя и табака, весьма распространена среди молодых людей.

**Интоксикация**

***Алкоголь*** Потребление алкоголя молодежью — явление весьма распространенное, однако его чрезмерное потребление, вызывающее интоксикацию, может привести к смерти (вследствие передозировки). Алкоголь является одним из депрессантов центральной нервной системы. В достаточно больших дозах он может затруднять дыхание, вызывать рвотный и кашлевой рефлекс. Он также негативно воздействует на сердечно-сосудистую систему и приводит к аритмии. Молодые люди зачастую потребляют алкоголь неумеренно (согласно общепринятому определению, это прием не менее 5 доз алкоголя подряд для мужчин и не менее 3 доз для женщин), что может привести к потере сознания. В случае тяжелой интоксикации, возможно замедление дыхания, человек может подавиться пищей, жидкостью или рвотными массами, что представляет серьезную проблему для подростка, находящихся в полусознательном или бессознательном состоянии. При оказании медицинской помощи, необходимо держать дыхательные пути открытыми и предотвратить аспирацию.

***Летучие растворители***

Несмотря на то что воздействие отдельных компонентов этих соединений может быть разным, общий эффект для большинства растворителей — это депрессия центральной нервной системы. При вдыхании больших доз, они могут привести к коме и смерти. Эффект от воздействия растворителя наступает очень быстро, а центральная нервная система, как правило, восстанавливается уже через несколько часов после ингаляции. Эффект включает первоначальное возбуждение и эйфорию, которым сопутствует:

* невнятная речь;
* атаксия (непроизвольные движения);
* сонливость, головокружение;
* повышенное слюноотделение,
* тошнота, рвота;
* смятение,
* дезориентация,
* искаженное восприятие

В некоторых случаях эти симптомы сопровождают галлюцинации и бред. Очень большие дозы могут вызвать конвульсии, угнетение дыхания, вызванное растворителями, и аритмию сердца, что может привести к летальному исходу. Подростки, нюхающие бензин, могут также обнаруживать признаки отравления свинцом.

***Интоксикация стимуляторами***

Рассматриваемые здесь стимуляторы включают амфетамины, дексамфетамины, метилфенидат, кокаин, «крэк» и «экстази» (МДМА). Большие дозы стимуляторов могут вызвать боль в груди, повышенное кровяное давление, аритмию сердца. Также возможна гипертермия и конвульсии. Вслед за стимуляцией центральной нервной системы может наступить угнетение высших нервных центров, что может привести к смерти вследствие передозировки. Паника может вызвать раздражительность, которая, в свою очередь, может привести к причинению вреда себе и окружающим. Подростки, впадающие в состояние бреда, могут проявлять враждебное и буйное поведение.

***Интоксикация опиоидами***

Опиаты оказывают депрессивное воздействие на центральную нервную систему. Они являются сильными анальгетиками, избавляют от кашля и диареи. Из серьезных эффектов опиатов можно назвать обезболивание, эйфорию, безмятежность, запоры, резкое снижение артериального давления, угнетение дыхания и пониженный уровень сознания. Передозировка может привести к угнетению дыхания без особого воздействия на сердечно-сосудистую систему.

**Синдром отмены.**

Этот термин используется для описания физических и психологических симптомов, связанных с прекращением или сокращением потребления веществ. Тяжесть отмены зависит от ряда факторов, включая: тип потребляемого вещества (веществ); метод и интенсивность потребления; длительность применения; наличие у подростка опыта отмены в прошлом; потребление других веществ; физическое здоровье подростка; окружение молодого человека (благоприятное или неблагоприятное).

У большинства подростков, ввиду их возраста и ограниченного доступа к психоактивным веществам, серьезная зависимость, которую можно наблюдать среди старших возрастных групп, обычно не развивается. Поэтому они могут не испытывать серьезных проблем или трудностей, связанных с отменой. Большинству из них нужно будет обеспечить лишь безопасность, покой, отдых, хорошее питание и держать их вдали от улиц или сверстников, потребляющих вещества. Существует немного состояний отмены, для облегчения которых оправдано использование лекарств, при этом очень важно избегать их чрезмерного употребления.

Признаки состояния отмены варьируются для различных категорий потребляемых психоактивных веществ. Зачастую состояние отмены прямо противоположно состоянию, возникающему при интоксикации. После потребления героина, который, как правило, приносит расслабление, удовольствие, спокойствие и избавление от боли, состояние отмены обычно выражается беспокойством, бессонницей, диареей и болевыми ощущениями (особенно в спине и ногах). Потребление амфетаминов вызывает энергетический подъем и тревогу, последующая отмена — депрессию, апатичность и слабость (зачастую ассоциируется с «просыпанием» — длительным беспокойным сном).

Отмена — неприятное состояние независимо от потребляемого вещества. Педагогам и родителям нужно помнить что очень важно убедить подростка в том, что он находится в безопасном и благоприятном окружении, взрослые окружающие его, могут помочь ему перенести это трудное время. Кроме того, понимая, что этот случай отмены может быть не последним в его жизни, важно постараться максимально облегчить страдания ребенка.

**Передозировка**

Работая с детьми, сотруднику образовательного учреждения, всегда нужно учитывать что среди подростков могут быть потребляющими различные психоактивные вещества. Педагогу следует помнить - всегда существует вероятность столкнуться с «передозировкой». «Передозировка» — общий термин, применяемый в тех случаях, когда человек принял значительную дозу вещества, вызвавшую отравление организма. Передозировка может быть случайной или намеренной.

Признаки передозировки для каждого отдельного вещества разные, но, как правило, они могут включать такие симптомы как:

* пониженный уровень сознания;
* затрудненное дыхание;
* нарушение пульса (быстрый/медленный/неровный);
* приступы, припадки, конвульсии;
* галлюцинации, тревога, депрессия;
* тошнота, рвота;
* невнятная речь, сонливость.

Самым грозным осложнением употребления наркотиков и токсических средств является передозировка. В этом случае может наступить смерть от остановки дыхания или при попадании рвотных масс в дыхательные пути. Признаками отравления являются: потеря сознания, резкая бледность, неглубокое и редкое дыхание, плохо прощупывающийся пульс, отсутствие реакции на внешние раздражители, рвота. Бывает, что отравление сопровождается судорогами.

**Первая помощь**:

1. Повернуть на бок.

2. Очистить дыхательные пути от слизи и рвотных масс.

3.Вызвать «Скорую помощь». Приступ судорог нельзя прерывать.

4.Отодвинуть все твердые предметы, о которые он может удариться, постараться сдерживать его движения (не пытаясь их предотвратить).

5. Следить за характером дыхания до прибытия врачей.

6.При частоте дыхательных движений меньше 8-10 в минуту — искусственное дыхание «изо рта в рот».

**При всех неотложных состояниях нужно вызвать скорую помощь и не оставлять подростка одного!!!**

*Практическое задание № 5.:*

*Опираясь на теоретический материал, заполните таблицу 12 как влияют на человека различные психоактивные вещества :*

* *- табак*
* *- алкоголь*
* *- наркотики*
* *- медикаменты (различные аптечные препараты)*

Таблица 12

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Как влияет на человека (подростка). | | | |
| Табак | | Алкоголь | |
| (+) сторона | (-) сторона | (+) сторона | (-) сторона |
| Наркотики | | Различные лекарства | |
| (+) сторона | (-) сторона | (+) сторона | (-) сторона |

Наркотики и спиртное многими подростками рассматриваются как способ расслабления и ухода от действительности. Важной задачей взрослых которые находятся в непосредственной близости от ребенка – противопоставить такому пагубному расслаблению другие способы решения проблем.  Большое значение в профилактике подростковой наркомании имеет влияние педагогов и средств массовой информации. Молодые люди должны понять, что наркомания среди подростков – это путь к разрушению своей жизни. И такую проблему лучше не допускать, чем затем пытаться от нее избавиться.

**Литература:**

1. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. – М.: ACADEMA , 2002. – 410 с.
2. Данилин А.Г. LSD. Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости /
3. А.Г. Данилин. – М.: Центрполиграф, 2003. – 521 с.
4. Диагностика потребления алкоголя и ассоциированных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: учеб.пособие. – Челябинск: ЧелГМА, 2009.
5. Иванец Н.Н. Героиновая наркомания: ( постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: Медпрактика, 2000. – 122 с.
6. Иовчук Н.М. Детская социальная психиатрия для непсихиатров / Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова. – СПб.: Питер, 2008. – 414 с.
7. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – 3-е изд., перераб. и расшир. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2001. – 344 с.
8. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий: (в таблицах)/ Н.Н. Иванец, Н.В. Даренский, Н.В. Стрелец, С.И. Уткин. – М.: Анахарсис, 2000. – 57 с.
9. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия: учеб. лит. для слушателей системы последиплом. Образования / В.Н. Мамцева; под ред. Ю.С. Шевченко. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.
10. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
11. Наркология: нац. руководство + CD-диск / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 719 с.
12. Наркология: нац. руководство + CD-диск / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 719 с.
13. Наркология: пер. с англ. / под. ред. Л.С. Фридмана[ и др. ]. – 2-е изд., испр. – М: Изд-во БИНОМ, 2000. – 320 с.
14. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева. – СПб.: Питер, 2007. – 380 с.
15. Носс И.Н. Руководство по психодиагностике: учеб. пособие для студентов и практ. Психологов / И.Н. Носс. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 683 с.
16. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев; под общ. ред. Г.М. Яковлева, В.К. Шамрея. – СПб.: Элби-СПб, 2005. – 316 с.
17. Психиатрия и наркология: учеб. пособие для студентов мед.вузов / под ред. В.Д. Менделевича. – М.: Академия, 2005. – 367 с.
18. Руководство по наркологии. В2т. – Т.1/ под ред. Н.Н Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – 444 с.
19. Руководство по наркологии. В2т. – Т.2/ под ред. Н.Н Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – 504 с.
20. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). – Т.2 / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 460 с.

# Глава 3. Депрессия у детей и подростков.

## 3.1. Депрессия причины и симптомы.

В психологии депрессия (от лат. depressio — подавление) определяется как аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных (связанных с познанием) представлений и общей пассивностью поведения.

Важно отличать депрессию как клинически выраженное заболевание от депрессивной реакции на психологически понятную ситуацию, когда каждый из нас в течение нескольких минут или часов испытывает сниженное настроение в связи с субъективно значимым событием.

Согласно определению ВОЗ, депрессия (depression) — это распространенное психическое заболевание, для которого свойственно стойкое уныние и потеря интереса к тому, что обычно доставляет удовольствие, неспособность выполнять повседневные дела, сопровождаемая чувством вины, снижением самооценки на протяжении 14 или более дней. [5:12-14]

Признаки депрессии: чувство нерешительности, нарушение концентрации внимания, психомоторная заторможенность или возбуждение, нарушения сна, изменение аппетита и веса.

Неблагоприятная социальная ситуация, обусловливает рост заболеваемости психическими расстройствами среди несовершеннолетних, преимущественно – подросткового возраста. Пропаганда потребления ПАВ, отсутствие духовных ценностей и значимых поведенческих ориентиров, направленных на социальную полезность провоцирует расстройства поведения и среди относительно благополучных детей и подростков

**Ключевые симптомы депрессии:**

1. Возникает подавленное настроение, уныние, тоска, ощущение безысходности, сниженное настроение в течение длительного периода.
2. Повышается утомляемость и усталость в результате привычных или небольших нагрузок.
3. Снижается интерес и способность получать удовольствие от того, что раньше приносило удовлетворение.
4. Кроме того, к признакам депрессии относятся:

* снижение способности концентрироваться;
* заниженная самооценка и неуверенность в себе;
* чувство вины и склонность к самоуничижению;
* мрачное и пессимистическое видение будущего;
* психомоторные заторможенность или возбуждение;
* нарушения сна;
* изменение аппетита и веса.

Повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве, попытки суицида — опасный симптом депрессии. Мышление человека, страдающего депрессией, отличается наличием иррациональных представлений, когнитивных ошибок (означает нелогичное, предвзятое умозаключение или убеждение, которое искажает восприятие реальности, как правило, в негативном ключе:

* Чрезмерная самокритика или необоснованное чувство вины — мысли о собственной никчемности, потеря уверенности в себе, пониженная самооценка, склонность к самообвинению.
* Негативное видение настоящего — ощущение бессмысленности существования, недоброжелательности окружающего мира и людей.
* Негативное видение будущего — ожидание проблем, новых потрясений, неудач и страданий.

**Виды депрессии по степени тяжести:**

* лёгкая;
* умеренная;
* тяжёлая депрессия без или с психотическими симптомами ( слуховые галлюцинации, бред).

При лёгкой и умеренной депрессии человек, как правило, сохраняет трудоспособность, хотя качество жизни снижается. Для тяжёлой депрессии характерны наличие типичных симптомов депрессии: пониженное настроение, снижение интереса и удовольствия от деятельности, повышенная утомляемость, нарушенная трудоспособность, могут присутствовать суицидальные тенденции.

**По типу течения:**

* депрессивный эпизод;
* рекуррентное (повторяющееся) депрессивное расстройство;
* хроническое расстройство настроения.

**Выявление депрессии**.

Есть различия между депрессией и плохим настроением. Низкое настроение является нормальным и проходящим; многие люди могут испытывать плохое настроение время от времени. Депрессия длится дольше и оказывает глубокое влияние на человека способность функционировать в повседневной жизни. Поэтому при выявлении депрессии важно учитывать, как продолжительность симптомов, так и влияние на повседневное функционирование. [5: 14]

Статистика:

1. По оценкам, более 322 миллионов людей во всем мире страдают от депрессии, в результате чего уровень распространенности 4,4% в общем сообществе и что у 10–20% людей, которые посещать клиники первичной медицинской помощи обнаруживается депрессия. Уровень распространенности составляет не менее 10% депрессии среди женщин, которые недавно родили. Это называется после родовая депрессия.

2. К 2030 году ожидается, что депрессия будет нести самое большое бремя во всем мире. Термин «бремя» отражает смертность и инвалидность. Психические расстройства являются чрезвычайно инвалидными, где у людей нарушается полноценное функционирование в своей повседневной жизни.

3. Депрессия влияет на семейную жизнь, в том числе: развитие ребенка (рост, набор веса, развитие способностей), семейные отношения и способ, которым родители пользуются при воспитании своих детей.

4. Депрессия влечет за собой социально-экономические последствия и имеет тесную взаимосвязь с другими состояниями физического здоровья. [15:16]

Депрессия является в настоящее время одним из наиболее распространенных аффективных расстройств. Долгие годы детские психологи и врачи отвергали идею возникновения депрессии в детском возрасте. Считалось, что симптомы депрессии являются нормальными и временными проявлениями, присущими определенным стадиям детского развития. Однако депрессия для детей и подростков представляет собой такую же проблему, как и для взрослых. В настоящее время известно, что сниженное расстройство настроения в детско-подростковом возрасте часто встречающееся, не всегда распознаваемое тяжелое расстройство, распространенность которого постоянно увеличивается и составляет по данным ВОЗ от 20% до 85%. Диагностика депрессии зачастую затруднена из-за крайней изменчивости, неустойчивости и многообразия проявлений, скрытой соматической и вегетативной симптоматикой, влияния множества внешних, средовых факторов. [2:76-78]

Депрессия у детей — это психическое расстройство, которое проявляется следующим образом: плохим  настроением (плаксивостью, капризностью), навязчивыми действиями (медлительностью движений), негативным мышлением, снижением аппетита. В детском возрасте депрессия редко соответствует классическим описаниям депрессии, поэтому не всегда удается выявить данное заболевание на начальном этапе. Дети не могут оценивать свои эмоции и осознавать их, поэтому необходимо обращать внимание на соматические симптомы у ребенка, такие как головная боль, недомогание, нарушение пищеварения. При этом лабораторные анализы остаются без изменений.

**Симптомы депрессии у детей**

Депрессии у детей проявляется по-разному, в зависимости от возраста ребенка и причин заболевания. Например, дети до трех лет могут страдать депрессией из-за поражения центральной нервной системы.  Заболевание развивается в результате повреждений клеток мозга при перенесенных тяжелых заболеваниях, затрагивающих нервную систему,  отягощенная наследственность.

При депрессивном состоянии эмоции у ребенка отличаются повышенной тревожностью, страхами  темноты, одиночества. Маленькие дети плачут, кричат, паникуют, если уходит мама или они общаются с незнакомыми людьми, или  находятся в новой обстановке. Дети могут испытывать затруднения при адаптации к детскому саду, у них могут появляться различные фобии и панические атаки (приступы учащенного сердцебиения, удушья, страха смерти).

Причиной детской депрессии у детей дошкольного возраста нередко становится отношение родителей, тяжелая семейная обстановка, применение физического и эмоционального насилия, переизбыток опеки и контроля или наоборот отсутствие вовлеченности в жизнь ребенка и равнодушие. Причиной депрессивного состояния ребенка может. быть разрыв с матерью: физическое отделение, эмоциональное отчуждение, поэтому депрессий часто страдают дети относящиеся к категории «социальные сироты».

У школьников младших классов депрессия проявляется поведенческими изменениями: замкнутостью и безразличием, пропадает интерес к общению и играм. Ребенок может жаловаться на скуку, а снижение интереса к жизни является явным признаком депрессии.  У детей может быть заметен эмоциональный регресс: постоянно плачет, угрюм, озлоблен.

У детей школьного возраста увеличивается учебная нагрузка, усложняются социальные взаимоотношения, у некоторых детей появляются трудности в выполнении поставленных целей.

Для оказания помощи детям с депрессией, необходимо своевременное выявление депрессивной составляющей патологического состояния. Это осложняется тем обстоятельством, что дети и подростки с аффективными расстройствами с опозданием попадают в поле зрения специалистов, поскольку на первый план выступает нарушение поведения, которые окружающие расценивают как проявление «дурного характера и распущенности». В таких случаях истинную природу патологического состояния часто выявляют в связи с неожиданной для окружающих суицидальной попыткой, которая при депрессивных расстройствах особенно велика. В связи с трудностью распознавания депрессивного состояния подростки длительное время не могут получить необходимую помощь.

Для большинства детей симптомы сниженного настроения носят временный характер, вызваны событиями повседневной жизни, не являются следствием какого-либо расстройства. Однако могут рассматриваться как клиническое проявление, когда депрессия имеет глубокий и длительный характер, далеко выходя за рамки допустимых норм.

Депрессия является многофакторным заболеванием с участием биологических, генетических и психосоциальных причин, последние лежат в основе психотерапевтических методов лечения. [2:38]

Основные факторы возникновения депрессий представлены в таблице 13.

*Таблица 13.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Факторы возникновения депрессий** | **Причины провоцирующие депрессию** |
| *Биологические* | ●биохимические нарушения, связанные с изменением уровня моноаминов (дефицитом серотонина, норадреналина) в синапсах мозга;  ●нарушение суточного ритма расщепления кортизола; ●нарушение циркадного типа секреции нейрогормона мелатонина,  ●морфологические изменения в миндалине и фронтальной коре головного мозга. |
| *Генетические* | ●отягощенная наследственность по аффективной патологии;  ●нейромедиаторная недостаточность, уязвимость к хронически стрессам. |
| *Психосоциальные* | ●недостаток материнской любви;  ●отделение от матери в раннем возрасте;  ●социальные и экономические перемены;  ●массовые катастрофы; военные конфликты  ●острые стрессы: развод родителей, смерть близких, тяжелая болезнь, горе;  ●возрастные критические периоды. |

Социальные отношения могут являться также источником стресса для ребенка. Возникновению депрессии предшествуют *социальных факторы:* отрицательные жизненные события, которые могут носить острый, либо хронический характер.

К острым стрессам относятся:

●развод родителей,

●смерть одного из родителей,

●ссора с близкими людьми,

●конфликты со сверстниками.

Острые психотравмирующие события могут возникать на фоне *хронических негативных жизненных обстоятельств*:

●длительное хроническое соматическое заболевание с частыми госпитализациями в больницу;

●трудности обучения в школе с невозможностью справляться с темпом и требованиями учебной программы,

●насмешки и издевательства или холодное отношение одноклассников; ●нарушение взаимодействия в системе родитель-ребенок, вследствие недостатка внимания и заботы,

●жестокое обращение с ребенком в семье,

●дисгармоничное воспитание без учета потребностей ребенка в эмоциональном и когнитивном восприятии.

Одним из факторов, имеющих отношение к возникновению депрессии, являются стремительные изменения, происходящие в общественной жизни: переполненные города, распадающиеся семьи, рост числа злоупотреблений психоактивными веществами (ПАВ) и перемены, происходящие в профессиональной и трудовой деятельности у родителей. Эти изменения могут делать ребенка более уязвимым по отношению к психотравмирующим воздействиям вследствие потери защитных факторов, таких, например, как поддержка семьи.

Депрессия может начинаться вне связи с какими-то видимыми причинами, на фоне полного физического и социального благополучия. Возникновение этой разновидности депрессий, как правило, связано с нарушениями нормального протекания биохимических процессов в головном мозге.

Наконец, существует группа сезонных или «зимних» депрессий, возникновение которых связано с особой чувствительностью организма к климатическим условиям (данный вид депрессии часто проявляется у детей перенесших гипоксию, получивших различные травмы в родах).

Рост депрессий в детской популяции отражает реальные тенденции, происходящие в современном обществе. Депрессия нередко встречается у близких родственников (особенно матерей), что говорит о возможности существования биологической наследственности, но часто эти факторы встречаются в комбинации с негативным воздействием окружающей среды или недостаточной положительной поддержкой ребенка в период его развития. [2:39-40]

Различают понятия депрессивный синдром, депрессивное расстройство и депрессию как заболевание.

Специалисты отмечают, что признаками депрессии у детей часто являются: потеря аппетита; проблемы со сном (кошмары); проблемы с оценками в школе, которых до этого не наблюдалось; проблемы с характером, агрессивность; у подростков одним из индикаторов также может стать использование наркотиков или алкоголя.

У детей, страдающих депрессией, эмоциональные проявления включают чувства печали, уныния, раздражительность, вину и стыд. Поведение характеризуется беспокойством, тревогой, снижением активности, замедленной речью, чрезмерной плаксивостью, ограничением социальных контактов. Мыслительные процессы нарушаются, возникают трудности концентрации внимания, принятия решения, дети поглощены собственными мыслями и переживаниями, излишне самокритичны и застенчивы, преобладает пессимистический взгляд на будущее, дети могут винить себя за любую неудачу, развивается чувство собственной никчемности и низкая самооценка. У них может измениться отношение к школе, ухудшиться успеваемость. Они начинают бояться будущего и убеждают себя в том, что обречены в жизни на неудачи, часто задавая следующие вопросы: "Что толку беспокоиться об этом?" или "Какой смысл пытаться это делать?". Когда такие переживания становятся интенсивными, возрастает риск суицидальных мыслей и попыток. Сопутствующими симптомами наблюдаются нарушения сна и расстройства приема пищи, с потерей аппетита, частые пробуждениями среди ночи или рано утром, также присутствует постоянное чувство усталости. Типичны такие замечания, как: "Она всегда заторможена" или "Я чувствую постоянную усталость". Также возникают жалобы физического характера: на головную боль и боль в желудке, тошноту, на продолжительные боли разного рода и упадок сил.

У детей сложно выявить депрессию, они плачут тайком, не могут пожаловаться на тоску, апатию, грустное настроение, плохое самочувствие. По изменениям в поведении, нарушениям в повседневной жизни, касающихся сна, еды, игр, обучения можно судить о состоянии подавленности, депрессии. [2:42]

Распространенность депрессивных состояний среди подростков составляет 10%-20%. Особенностями клинических проявлений являются:

●частые депрессивные колебания настроения;

● в пубертатном периоде преобладают у мальчиков, после завершения – у девочек;

● учащаются суицидальные мысли и попытки;

При депрессииведущими проявлениями являются снижения настроения, от легкой печали, грусти до глубокой тоски и отчаяния с тягостными ощущениями в области сердца, груди.

У детей и подростков по разному могут проявятся симптомы депрессии, мысли о себе становятся негативными, с фиксацией на отрицательных сторонах жизни, собственной ненужности, никчемности, обременительности для близких, наблюдается снижение темпа мыслительного процесса, следует отметить что снижение уровня памяти, внимания, часто сопровождаются идеями самообвинения, никакие приятные события не могут изменить ход этих мыслей, ответы на вопросы носят односложный характер с частыми и длительными паузами.

Также при депрессии аффективный компонент проявляется отсутствием радости, ненавистью к себе и всему, что его окружает. У подростков развивается низкая самооценка, преобладают самообвинения, чувство печали, уныния, скуки, потери интересов и удовольствия от вещей, которые ранее их доставляли. Часто можно слышать от подростка: «Я – тупой», «Мне никто не нравится», жалобы на усталость, недостаток энергии, раздражительность, колебания настроения от печали до вспышек ярости; неудовлетворенность. В беседе подростки могут признаться что они несчастливы, им грустно.

Могут случаться попытки суицида. Моторные нарушения проявляются в виде заторможенности. Нарушения характеризуется спадом работоспособности, трудностями концентрации внимания, незаинтересованностью в учебе и играх, проблемы. Трудности самостоятельно принимать решения. Также при депрессии наблюдается замедление движений и речи, с тихим голосом, мимика скорбная, выражение лица печальное. Фигура сгорбленная, поза не меняется и подолгу сохраняется, в тяжелых случаях депрессии у подростка может быть полная обездвиженность вплоть до депрессивного ступора, но может внезапно сменяться приступами возбуждениями, взрывами тоски. Наблюдаются суточные колебания с нарушением режим сна и бодрствования, с бессонницей. Аппетит может исчезнуть полностью или, наоборот, усилиться и приводить к перееданию.

Ребенок в состоянии депрессии может часто испытывать боли в области сердца, желудка, проблемы с пищеварением, высокая утомляемость даже при небольших физических и умственных нагрузках. Могут быть случаи употребление алкоголя и наркотиков, которые создают у подростка ложное ощущение хорошего самочувствия. Депрессия в тяжелых случаях может привести к суицидальным мыслям и попыткам. [2: 48]

Изменяется поведение ребенка, прежде общительные, живые и разговорчивые, подростки становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям. Возникают трудности в социальном взаимодействии («социальная заторможенность»), прогулы в школе и избегание школьных мероприятий.

В высказываниях отмечается пессимистическая оценка будущего, бессмысленность существования, озвучивание мыслей о смерти. Подростки слушают музыку депрессивного содержания, читают соответствующую литературу, появляется ранняя компьютерная зависимость. Молодые люди сталкиваются с асоциальной компанией, пробует курить, употреблять алкоголь, наркотические и токсические вещества.

Ближайшее окружение, в том числе родные, не понимают причин резкого изменения характера подростка и стремительного падения его успеваемости, расценивая эти проявления как лень, избалованность, распущенность или влияние улицы, дурной компании. К такому подростку подходят с дисциплинарными мерами: требованиями, порицаниями, взысканиями, наказаниями, без применения адекватного лечения, тем самым усугубляя патологическое состояние. [2: 54]

В старшем подростковом возрасте депрессия нередко проявляется переживания смысла утраты, рассматривается как личная драма, размышления о смысле жизни и смерти, молодые люди становятся одинокими и отрешенными, нарастает дезадаптация.

В пубертатном возрасте встречаются депрессии с ведущими расстройствами интеллектуальной деятельности, как «юношеская астеническая несостоятельность», неспособность к концентрации мыслей, сильная отвлекаемость, расстройство носит непроизвольный и неуправляемый характер, посторонние мысли воспринимаются как насильственное вторжение, затруднение понимания смысла с невозможностью установить логическую взаимосвязь, понять целое,

Подростковые депрессии скрывают трудность своевременной и адекватной диагностики, построения терапевтической тактики и таят в себе риск совершения молодыми людьми попытки к самоубийству.

Необходимо помнить - есть несколько других заболеваний, которые напоминают депрессию, потребуется направить ребенка к врачу чтобы установить, есть ли у подростка депрессия, физические состояния схожие с депрессией указаны в таблице 14.

Таблица 14

|  |  |
| --- | --- |
| Физические состояния, которые схожи с депрессией | |
| Анемия-  Малокровие | Усталость, вялость, бессонница, физическая боль и ломота в теле, проблемы с концентрацией, сухость и бледность кожи и слизистых |
| Недоедание - недостаточное или неадекватное питание (неполное или частичное голодание). | Усталость, вялость, плохой аппетит, потеря интереса к еде и напиткам, плохая концентрация, плохое настроение, слабость, похудание и снижение веса |
| Гипотериоз-состояние, которое может развиваться при разных заболеваниях щитовидной железы. | Усталость, мышечные боли и слабость, изменение аппетита (набор веса), плохое настроение, проблемы с памятью и концентрацией (замедленность мышления), нехватка энергии. |

## 3.2. Самоповреждение. Суицид.

Суицидальное поведение встречается в подростковом возрасте часто. В последние годы среди лиц юношеского возраста стремительно растет число суицидов, связанных с депрессией. Особенности пубертатного периода, а именно эмоциональная лабильность, гипотимность (стойкое снижение настроения), неустойчивая самооценка, трудности самоидентификации, коммуникативные проблемы, эгоцентризм делают подростка легко уязвимым, ранимым.

В юношеском возрасте совершаются разного рода суицидальные попытки, в значительной мере демонстративного характера. Определяющим условием истинного суицида подростка является наличие у него депрессии. Ранняя диагностика и лечение депрессии является единственной возможностью попытаться предупредить первичную попытку суицида и предотвратить повторение суицидальной попытки. При депрессии подростки демонстрируют значительное ухудшение своего состояния, что делает аффективное расстройство одним из наиболее опасных заболеваний юношеского возраста, препятствующее нормальному развитию, с проблемами психического здоровья, трудностями образовательного процесса и сложностью с системами правосудия.

Диагностика депрессий в подростковом возрасте затруднена скрытыми депрессивными эквивалентами – это состояния, возникающие периодически, характеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами, преимущественно вегетативного характера (головокружение, учащенное сердцебиение, нарушение пищеварения, внезапное чувство страха).

Наиболее усложняют распознавание картины депрессии делинквентные варианты: лживость, конфликтность, агрессивность, жестокость и насилие, уходы из дома, прогулы школы использование ПАВ, совершение самоубийств. Часто с поведенческими расстройствами комбинированы тревожные и аффективные симптомы, которые развиваются позднее, чем нарушенное поведение.

Суицидальные намерения весьма распространены среди детей и подростков, страдающих депрессией, имеют свои особенности и всегда требуют пристального внимания.

**Характеристики подростков с риском самоубийства**:

1. Дети и подростки, переживающие острые, экстремальные или длительные, психологически тяжелые ситуации.

2. Подростки, в поведении которых имеются аффективные расстройства в форме депрессии, дисфории (состояние ничем не обоснованной грусти).

Если факторы риска возрастут, то риск самоубийства увеличивается. Защитные же факторы помогают защитить человека от самоповреждения и самоубийства.

**Список защитных факторов для ребенка от самоповреждения и самоубийства:**

• Участие сообщества - члены семьи, друзья, ближайшее окружение, люди которые могут помочь, слушать и поддержать ребенка.

• Религиозные, культурные убеждения – если у ребенка есть доступ к духовным или религиозным лидерам, уважаемым лидерам в сообществе, которые могут поддержать его.

• Семейные и социальные отношения – если у ребенка в окружении есть люди которые могут дать им надежду и чувство будущности.

Отравление, повешение и ранение огнестрельным оружием являются наиболее распространенными методами самоубийства во всем мире. Поэтому при экстренной оценке попытки самоповреждения или самоубийства ищут признаки отравления, кровотечение, потери сознания и крайней сонливости.

**Суицидальный риск** – мера определения вероятности совершения самоубийства.

Для выявления суицидального риска следует воспользоваться «Алгоритмом действия при подозрении на суицидальный риск»:

1. Оцените наличие намерения членовредительства или самоубийства, если у ребенка наблюдается следующее состояние:

* чрезвычайная безнадежность и отчаяние,
* текущие мысли, план, акт членовредительства, самоубийства или предыстория этих действий,
* акт самоповреждения с признаками отравления или опьянения,
* кровотечение из нанесенной раны,
* потеря сознания или сильная заторможенность.

Или любое из выраженных патологических состояний психического, неврологического и/или соматического спектра, хронические боли или тяжелые эмоциональные расстройства.

2. Окажите первую помощь: восстановление жизненно важных функций (дыхание, сердцебиение), остановка кровотечения из ран. В случае отсутствия необходимого набора для оказания первой помощи переведите ребенка в медицинское учреждение, где этот набор есть!

**Высокий риск совершения суицида.**

1. Планирование суицида;

2. Подготовка к суицидальному акту;

3. Суицидальная попытка или мысли связаны с «тяжелыми способами» (например, повешенье, использование огнестрельного оружия, прыжок с высоты, прыжок под движущийся транспорт)

Действия для предотвращения суицида:

* Поместите подростка в безопасную и благоприятную среду
* НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ подростка одного.
* Окажите первую помощь.
* Если необходима госпитализация, вызовите бригаду скорой помощи.
* Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку.
* Предложите помощь лицам, осуществляющих уход за ребенком (родителям, близким родственникам)
* Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, (психолог, психотерапевт или психиатр)
* Поддерживайте регулярную связь с ребенком и осуществляйте последующее наблюдение.

**Средний уровень риска совершения суицида**

1. Ребенок становиться менее возбужденным и выглядит более стабильным. Однако у детей и подростков, у которых чаще, чем у взрослых наблюдаются импульсивные суициды, этот синдром может быть менее выраженным.

2. Подросток может прощаться с окружающими, просить прощение, раздавать свои игрушки, вещи.

Действия для предотвращения суицида:

* Уберите острые предметы и инструменты.
* Создайте безопасную и благоприятную окружающую среду.
* НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ ребенка в одиночестве.
* Следите за ребенком и назначьте конкретных сотрудников или членов семьи, ответственных за его безопасность на протяжении всего времени.
* Обращайте внимание на психическое состояние ребенка и его эмоциональные переживания.
* Предложите помощь по психообразованию.
* Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку.
* Предложите помощь лицам, осуществляющих уход.
* Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если такой специалист есть.
* Поддерживайте регулярную связь с ребенком и осуществляйте последующее наблюдение.

**Минимальный суицидальный риск**

1. Мысли о смерти;

2. Пассивное желание умереть

3. В разговоре с другими высказывает желание умереть;

4. В интернете интересуется способами лишения себя жизни

Действия для предотвращения суицида:

* Предложите и оказывайте психосоциальную поддержку.
* Проконсультируйтесь со специалистом в области психического здоровья, если есть такая возможность.
* Поддерживайте регулярную связь с человеком и осуществляйте последующее наблюдение.
* Порекомендуйте курс психотерапии.

Опыт зарубежных специалистов доказал, что программы профилактики позволяют снизить распространенность депрессии. К эффективным мерам по работе с населением в целях профилактики депрессии относятся реализуемые на базе школьных учреждений программы, направленные на развитие у детей и подростков навыков позитивного преодоления трудностей. Работа с родителями детей, имеющих поведенческие нарушения, может способствовать снижению депрессивных симптомов у родителей и улучшению состояния их детей.

## 3.3. Депрессивный синдром при ПТСР.

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** - наличие в недавнем прошлом травмирующего события (пытки, взятие в заложники, участие в военных действиях, свидетель смерти близкого человека)

- навязчивые воспоминания о травмирующем событии

- нарушения сна, раздражительность, легкая возбудимость (агрессия, плаксивость). [4: 92]

Люди с ПТСР испытывают частые непроизвольные воспоминания о травмирующем событии, которые могут провоцироваться ассоциациями, например, шумом или вспышкой света. Может возникнуть внезапная потеря памяти, затруднение контроля своих реакций, безрассудное поведение, вспышки злости, сложности с засыпанием, кошмары, перечисленные ниже расстройства, суицидальные мысли. У детей ПТСР диагностируют при наличии воспроизведения аспектов травмирующего события в игре, необычно сильной навязчивости или, наоборот, упорного отчуждения и молчания, ночного диуреза, пугающих снов. Реакцией на стресс у человека может быть состояние ступора, или тремора.

**Ступор** (от лат. stupor «оцепенение, оглу.шённость») — один из видов двигательного расстройства, представляющий собой полную обездвиженность с ослабленными реакциями на раздражение. При ступора человек не реагирует на звуки, на свет, на боль. Причины возникновения ступора бывают разные. Женщины намного чаще, чем мужчины, склонны впадать в эмоциональный ступор. Возникает это состояние обычно из-за ярких душевных потрясений (страх, ужас, горе, разочарование). При этом происходит блокировка двигательной активности и аффективной деятельности, мыслительная деятельность также замедляется. Состояние это может пройти без лечения и без особых последствий, а может привести и к паническому состоянию, во время которого заболевший будет порываться совершать хаотичные действия (бежать, кричать). Последствием этого может стать депрессия. Состояние ступора этого типа может появиться у человека, ставшего свидетелем катастрофы, аварии, чьих то страданий. Ступор может возникнуть у солдат во время боя, а также у детей, например, во время экзаменов.

**Симптомы ступора**: в выраженных случаях - полная обездвиженность с отсутствием реакций на внешние раздражители, в том числе болевые; тонус мышц может быть повышен или понижен; для некоторых видов ступора характерна так называемая «восковая гибкость».- человек застывает в определённой позе.

Психогенный **тремор – это** реакция возникающая в результате воздействия стресса на организм, в ситуации стресса уровень адреналина и норадреналина в организме увеличивается, и это может привести к подергиванию, тряске или дрожанию мышц. Нервная дрожь наступает после сильного напряжения, сразу после события или спустя какое-то время. Сильно дрожит всё тело или его части. Нервная дрожь может служить для сброса лишнего мышечного напряжения. [4: 92]

Во время и после военных действий увеличивается количество детей с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Увеличивается процент депрессий подростков. Депрессия у детей проявлялась чувством беспомощности, безнадежности, неудовлетворения, тревоги, снижением интереса к жизни, мыслями о самоубийстве, усталостью, ночными кошмарами с навязчивыми сценами сражений, чувством вины, агрессивными реакциями, реакциями испуга. Депрессивным эквивалентом часто являлось злоупотребление алкоголем и наркотиками, агрессивное поведение.

Военные конфликты, наряду со стихийными бедствиями, тяжелыми автомобильными катастрофами, сексуальными нападениями, угрозой насилия при ограблении, являются потенциальным пусковым механизмом ПТСР. ''Симптомы посттравматического стресса существуют столько, сколько существует цивилизация и войны. Это не изобретение 21 века''. [8]

В электронном журнале открытого доступа *Frontiers in Psychiatry* (раздел Affective Disorders and Psychosomatic Research) опубликовано исследование о психиатрических проблемах подростков, застигнутых войной (авторы: Nina Winkler et al.). указывают на широкую распространенность ПТСР, депрессии и суицидальных мыслей среди детей подростков оказавшихся в зоне военных действий. Авторы подчеркивают, что все эти дети нуждаются в психологической поддержке через систему образования. [8]

Таким образом школьные учителя социальные педагоги могут оказывать первую психологическую поддержку при депрессии, так как психотравмы военных действий могут стать причиной развития клинической депрессии с боязнью, тоской, подавленностью, угнетением двигательной активности и заторможенностью мышления.

Военные конфликты — это сильно травмирующее событие для физиологии и психики детей. Чтобы помочь справиться ребенку с тревогой, и легче пережить стрессовую ситуацию, психологи, психотерапевты и педиатры рекомендуют взрослым окружающим ребенка, родителям и учителям следовать следующим рекомендациям:

* стараться не ограничивать физическую активность ребенка во время нахождения в пункте размещения беженцев;
* помогать восстанавливать проблемы с дыханием, вместе «дыша по счету 4/4/4/4»;
* любым способом быстро отвлекать внимание и выводить ребенка из состояния испуга;
* проговаривать вслух свои действия, которые выполняются для безопасности ребенка, и несколько раз уточнять вслух, что опасность миновала и взрослые взяли ситуацию под контроль;
* не спрашивать, а говорить, что делать, давая короткие инструкции на 1, максимально 2 «шага» например: *МЫ сейчас будем обедать , потом укладываться спать.. или Мы сейчас будем вместе читать книгу…*
* объяснить и напоминать о том, что ощущать чувство тревожности, боязни, и страха, - это естественно, можно грустить или плакать;
* спокойно отвечать на любое количество одного и того же вопроса, так как стресс существенно укорачивает детскую память;
* позволять ребенку бурно проявлять свои эмоции, но обратить пристальное внимание на его капризы и недопустимые действия, например, сосание пальца или ночное недержание мочи;
* разрешить спать при включенном освещении
* находиться рядом с ребенком в момент утреннего пробуждения, обнимать, говорить ласковые слова — это поможет ему не терять чувство самоидентификации и не некоторое время отодвинуть возобновление ощущения тревожности;
* интересоваться и проговаривать с ребенком его мысли и эмоции, которые он переживает, разрешать и поощрять выражать их письменно, в рисунках или фигурках из пластилина, рефлексировать пережитую ситуацию с куклами и игрушками;
* обеспечивать соблюдение режима и распорядка дня, которые дают ощущение рутинности, защищенности, спокойствия, уверенности в будущем;
* ограждать полностью или ограничивать просмотр новостей;
* уделять ребенку максимум времени — быть рядом, вместе заниматься, готовить еду, убираться, проводить досуг;
* содействовать активным физическим занятиям, поощрять желание заниматься спортом;
* привлекать ребенка, по возможностям его возраста, к составлению планов дня, недели, месяца, обозначать задачи на более длительный промежуток времени;
* следить за тем, чтобы рацион питания был полноценным и разнообразным, контролировать ежедневное употребление достаточного количества чистой питьевой воды
* продолжать соблюдение ежедневных семейных устоев, других традиций и ритуалов, стараться отмечать личные и государственные праздники в любом месте и при любых обстоятельствах;

Взрослые должны помнить, что присутствии детей нельзя паниковать или плакать. Сохраняйте спокойствие и самообладание. Не давайте детям обещаний, которые не сможете сдержать, но высказывайте уверенность в том, что рано или поздно, жизнь наладится и все будет хорошо! Если через месяц нахождения в безопасных условиях у ребенка остаются старые или возникают новые поведенческие или эмоциональные проблемы, в том числе и со сном, следует обратиться за помощью к специалисту в области психического здоровья.

*Практические занятие №7.* Отработка оказания первой помощи при **ПТСР.**Упражнение 1. Помочь справиться с панической атакой, с внезапной сильной тревожность или страхом, поможет дыхательная диафрагмальная гимнастика. При панической атаке эту дыхательную гимнастику выполняют в положении сидя на полу, согнув ноги, упор подошвами в пол, голова опущена:

* глубокий вдох, «надувая» живот — 4 счета;
* задержка дыхания с интенсивным натуживанием — 4 счета;
* полный выдох ртом, втягивая живот — 4 счета;
* пауза с расслаблением мышц живота — 4 счета.
* Сначала считайте быстро, но постепенно замедляйтесь — «раз, два, три, четыре», «раз, и два, и три, и четыре», «раз, тысяча два, тысяча три, тысяча четыре».
* После выполнения дыхательной гимнастики очень полезно «заземлиться», попросите например, перечислить 5 окружающих предметов одинакового цвета, назвать звуки и запахи, которые ощущаются в настоящий момент.

Упражнение 2. Если стресс вызвал ступор, следует вызвать адекватную реакцию дать отреагировать, вернуть человека в реальность. Вывести из ступора поможет следующая последовательность действий:

1.Нужно согнуть человеку пальцы рук, прижав их к ладоням, не затрагивая большие пальцы.

2.Положить свою руку ему на грудь, и подстроить свое дыхание под его ритм. 3.Тихо, медленно и четко говорите ему на ухо то, что может вызвать сильные отрицательные эмоции. Необходимо любыми средствами добиться реакции человеке в ступоре, вывести его из оцепенения. После этого можно применить упражнение №1

*Следует помнить, что справиться с генерализованным тревожным расстройством, клинической депрессией, посттравматическим синдромом или паническим расстройством без психотерапевта не получится. Комплекс лечения, для каждого человека подбирается индивидуально.*

## 3.4. Профилактика депрессий у детей и подростков.

Для профилактики развития депрессии у детей необходима организация психологической помощи в школах, улучшение климата в семье, занятость любимыми делами (походы на природу, спортивные игры). Ребенок чаще должен находиться на воздухе, быть активным при дневном свете и отдыхать в полной темноте. Это благоприятно воздействует на весь организм, нормализует биоритмы. Родителям необходимо интересоваться жизнью ребенка, его увлечениями, знать друзей, но узнавать это ненавязчиво, в форме беседы, когда он сам все рассказывает, обращать внимание на поведение, замечать все новые пристрастия. Самостоятельно дети не смогут выйти из депрессивного состояния, поэтому задача родителей и учителей вовремя увидеть изменение в поведении, личности ребенка и обратиться за медицинской помощью.

*Основная задача профилактической работы* при депрессивных состояниях у подростков заключается в реализации способностей ребенка в период активного течения болезни и после его завершения для достижения максимальной адаптации субъекта в обществе по достижении зрелости. Для этого необходимым является непрекращающиеся, вопреки болезненным расстройствам, приобретение навыков, знаний, обучение на доступном для данной стадии болезни уровне, в щадящих условиях. Прекращение обучения недопустимо даже при тяжелых формах депрессии.

*Первым условием социального реабилитационного подхода* является раннее выявление депрессивного состояния у подростка для своевременного введения терапии и медико-педагогических мер, направленных на профилактику (или восстановление) нарушенных межперсональных связей и учебной дезадаптации. Неверная диагностика, неадекватное лечение и медико-педагогические рекомендации (академический отпуск, дублирование классов, лечение в санатории общего типа – при соматизированных депрессиях, перевод во вспомогательную школу – при неправильной оценке с депрессии как умственной отсталости, жесткие меры принуждения, перевод в школу для "трудных" детей и т.п.) могут служить причиной нарастающей дезадаптации.

*Вторым условием* правильного реабилитационного подхода является вопрос о форме ведения лечения: стационарном, полустационарном или амбулаторном. *Абсолютными показаниями для стационарного лечения* подростка являются депрессии с суицидальными тенденциями, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением или обездвиженностью.

*Относительные показания для госпитализации* при депрессии включают грубые формы школьной дезадаптации, конфликтную ситуацию в семье и школе, отсутствие критики родителей к состоянию ребенка, тяжелые социально-бытовые условия, резистентность психопатологических расстройств к лечению, необходимость введения больших доз психотропных средств.

Начало профилактики школьной дезадаптации и ранней реабилитации по существу совпадает с первым осмотром ребенка или подростка, когда после сбора анамнеза и осмотра врач проводит разъяснительную работу и рациональную психотерапию с родителями. Целью которой является коррекция неправильного отношения, крайними проявлениями которого являются жестокие меры принуждения и наказания или, напротив, стремление защитить, изолировать от сверстников, дать отдохнуть от занятий. Дети и подростки также нуждаются в психологической помощи, в доступной форме направленной на доказательство необходимости медикаментозного лечения, регулярных визитов к врачу и продолжение учебы. Основной принцип реабилитации в этом возрасте заключается в удержании или восстановлении депрессивного ребенка или подростка в школе, в непрекращающемся обучении во временно щадящих условиях, преодолении упорного отказа от школы и "школьных фобий". Наиболее полноценным всегда остается обучение детей и подростков в собственном классе.

*При амбулаторных формах лечения депрессий* необходимо сохранить имеющуюся форму обучения, выработать у школьника и его родителей правильную психологическую установку на обучение в своей школе, проводить разъяснительную работу с педагогами для создания благоприятного психологического климата в коллективе, облегчения учебного режима (2-3 выходных дня в неделю, свободное посещение уроков).

В случаях затяжного субпсихотического состояния с развитием тяжелых форм школьной дезадаптации с падением успеваемости и страхом перед школой в короткие сроки вводится индивидуальное обучение. По мере ослабления выраженности депрессивных расстройств школьник последовательно проходит стадии облегченного обучения: индивидуальное обучение на дому – индивидуальное обучение со свободным посещением класса – индивидуальное обучение по некоторым предметам с обязательным посещением других предметов – обучение в своем классе с 1-3 дополнительными свободными днями в неделю – обычное обучение. При улучшении состояния очень важен своевременный переход к более сложной форме обучения во избежание привыкания к щадящим условиям учебы.

Адаптационные возможности ребенка или подростка после перенесенных депрессий (в том числе депрессий психотического уровня) в большинстве случаев остаются высокими. Дублирование классов является крайне нежелательной мерой, способной вызвать у школьника усугубление переживаний собственной неполноценности. Еще менее переносим для ребенка перевод во вспомогательную школу, поэтому дети с неожиданным падением успеваемости, полной учебной несостоятельностью, но нормальным предшествующим развитием должны особенно тщательно обследоваться не только психиатром, но и психологом, дефектологом.

*Реабилитационно-профилактический подход* к школьникам с депрессивными состояниями является особым процессом основу которого составляет сочетание щадящих условий со своевременной активизацией ребенка для достижения непрекращающегося обучения и воспитания, максимально приближающегося к форме обучения и воспитания здоровых детей, с обязательным пребыванием в коллективе сверстников.

Для профилактики и преодоления школьной дезадаптации у детей и подростков с затяжными и тяжелыми депрессивными состояниями необходим комплекс коррекционных мероприятий, объединяющих усилия различных специалистов: психиатров, психологов, психотерапевтов, в том числе семейных врачей, дефектологов, педагогов – при условии их обязательного тесного контакта с семьей ребенка. [2:76-78]

Литература:

1. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб. пособие для студентов  высш. учеб. заведений/ Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. - М.: ACADEMA , 2002. - 410 с.: ил. - (Высш. образование). - Библиогр.: с. 399-407
2. Депрессия у детей и подростков: диагностика, клиника, терапия. Учебное псобие / . И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина, В.В. Колмогорова -Челябинск.2015 С.97
3. Детская социальная психиатрия для не психиатров/ Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова. - СПб.: Питер, 2008. - 414 с.
4. Мельникова, М. Л. Психология стресса: теория и практика [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / М. Л. Мельникова ; Урал. гос. пед. ун-т ; науч. ред. Л. А. Максимова. – Электрон. дан. – Екатеринбург : [б. и.], 2018.
5. Оказание помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения (MhGAP**):**  Учебно-методическое пособие для преподователей. /Сутуева Г., Мусабаева С.С , Пантелеева Л.Ю., Калиева Э.Ш., Омурова Ж.Н. Бишкек. 2019 С.142
6. Психопатология развития детского и подросткового возраста/Чарльз Венар, Патрисия Кериг - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. -670, [2] с. — .
7. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) . Т.2/ под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2006. - 460 с.: ил. –
8. *Frontiers in Psychiatry*/Affective Disorders and Psychosomatic Research/ Nina Winkler et al. medicalxpress.com) . <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2015.00002/full>

# Глава 4. Социально-психологические факторы влияющие на формирование суицидального поведения подростков.

## 

## Социальные факторы влияющие на формирование личности подростка.

В своей социальной среде ребенок растет развивается и готовится «войти во взрослую жизнь». На формирование личности ребенка влияют следующие факторы:

* Семья,
* Родственники
* Сверстники
* Школа
* Средства массовой информации
* Интернет-пространство
* Посещение религиозных учреждений

Социальная среда помогает ребёнку взрослеть и набираться жизненного опыта и выработки навыков поведения во взрослой жизни. Но часто именно социальная среда является причиной к формированию суицидально поведения

*Практическое занятие №8* (Отработка навыков диагностики социальной и психологической ситуации)  *:**Рассмотрим проблемную ситуацию, классный руководитель обратил внимание на изменение в поведении у своей ученицы.*

*А.К. 12 лет, ученица 7 класса: на переменах стоит одна, ходит с опущенной головой, вздрагивает когда рядом громко смеются, не принимает участие в школьных мероприятиях , из класса уходит последней, разговаривает очень тихо, часто пропускает занятия, болеет - причиной такого поведения ребенка может быть….*

1. *Влюблённость девочки в одноклассника*
2. *Проблемы в семье ребенка*
3. *Конфликты в классе*
4. *.Конфликты с учителем*

## Социальные риски влияющие на формирование суицидального поведения подростков.

Семья: Проблемы в семье: постоянные конфликты в семье, семейное насилие, развод родителей, пренебрежение ребенком. Насилие в семье: избиение, ругательства, унижения , отсутствие эмоциональной поддержки, чувство одиночества часто являются причиной суицида

Родственники : насилие- физическое, эмоциональное насилие, сексуальное насилие

Сверстники : травля (буллинг), насилие- физическое, эмоциональное сексуальное насилие, вымогательство

Школа : конфликты с учителями, конфликты со старшеклассниками конфликты с

учителями, - могут быть причиной гибели подростка. Очень важно чтобы администрация учебного заведения, учителя и родители не игнорировали данную проблему

Средства массовой информации- «синдром Вертера», чем больше СМИ уделяют внимание освещению суицидов тем сильнее растет число последующих самоубийств

Интернет пространство - видеоролики, призывы к уходу из жизни, виртуальные группы в интернет пространстве, (пример:14-летняя Молли Рассел перед смертью просматривала посты о депрессии и самоповреждениях самоубийством, покончила с собой в ноябре 2017 года.. По мнению отца, часть вины за самоубийство подростка лежит на корпорации Facebook, которой принадлежит "Инстаграм")

Посещение религиозных учреждений - высокая внушаемость подростков, повышает риск попадания подростка в экстремистские организации

Наиболее типичные мотивы суицидального поведения у подростков:

• переживание обиды, одиночества, отчужденности, невозможность быть понятым;

• действительная или мнимая утрата родительской любви, ревность;

• переживания, связанные со смертью, разводом, уходом родителей из семьи;

• чувство вины, стыда, угрызения совести, оскорбленное самолюбие, боязнь позора, насмешек, унижения;

• страх наказания, нежелание принести извинения;

• любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность у девочек;

• чувство мести, злобы, протеста, угроза, предупреждение, вымогательство;

• желание привлечь внимание к своей судьбе, вызвать сочувствие к себе, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;

• сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильма.

К особенностям суицидального поведения у детей и подростков относят:

1. Недостаточно адекватную оценку ими последствий своих суицидальных действий из-за отсутствия четкого представления о том, что такое смерть, и предвидения смертельного исхода.
2. Отсутствие в этом возрасте четких различий между истинными суицидальными намерениями и демонстративно-шантажными действиями.
3. Несоответствие между внешним поводом и реакцией на него, т.е. «незначительность», «мимолетность», «несерьезность», с точки зрения взрослых, мотивов суицидальных попыток - отсюда «неожиданность» факта.
4. Опосредующее влияние неблагоприятной, психотравмирующей, микросоциальной среды (семьи, школы, ближайшего окружения сверстников), а не степень выраженности тех или иных психопатологических нарушений.

5. Наличие взаимосвязи самоубийств и суицидальных попыток с некоторыми проявлениями отклоняющегося от нормы поведения: побегами из дома, интерната, прогулами уроков, ранним курением, случаями употребления ПАВ, конфликтными отношениями с родителями, мелкими правонарушениями и др.

## ****Характеристики подростков с риском самоубийства:****

1. Дети и подростки, переживающие острые, экстремальные или длительные, психологически тяжелые ситуации.

2. Подростки, в поведении которых имеются аффективные расстройства в форме депрессии, дисфории (состояние ничем не обоснованной грусти).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **История из жизни современного подростка**  Назрике 15 лет: я не любила жизнь |
| «Зачем я живу? Жизнь не имеет никакого смысла». Вот такие мысли постоянно посещали меня. Тогда я чувствовала себя некрасивой. Я была убеждена, что меня никто не любит, я никому не нужна. У меня была очень низкая самооценка. Я не любила жизнь. Только после того, как поговорила с школьным психологом, я начала понимать важность заботы о себе. Вместо того, чтобы скрывать свои чувства, я начала делиться ими с друзьями, родственниками и специалистами в области психического здоровья. Все были готовы оказать поддержку. Я начала понимать, что меня любят, что я не хуже других.Сегодня у меня больше друзей. Я могу любить и помогать другим. Теперь я понимаю, что жизнь - драгоценный дар, и я живу лишь раз. Я решила, что хочу стать врачом, чтобы поддерживать и помогать другим. Для этого мне нужно много работать, но сегодня я уверена, что у меня все получится. [9.] | |

1. Подростки с патохарактерологическими, психопатическими реакциями и психопатоподобными состояниями с преобладанием возбудимости, неустойчивости, демонстративности и психастенических расстройств в поведений.

|  |  |
| --- | --- |
|  | История из жизни современного подростка  Я споткнулась, но снова встала. Жанерке 15 лет |
| Жизнь похожа на реку - некоторые текут с легкостью, но другие продолжают биться об камни. Что и произошло со мной. Мне казалось, что дома ко мне относятся несправедливо. Я ненавидела всех и чувствовала, что меня никто не понимает. Мне было одиноко. Я начала проводить много времени в темных комнатах. Я носила черную одежду и слушала громкую музыку. Мои мысли стали очень темными - я хотела заснуть и больше не проснуться.  Однажды в наш класс пришла психолог, она дала нам анкету для заполнения. Мне было все равно, но это помогло мне избавиться от негативных мыслей. Позже меня пригласили к психологу. Уверенность в том, что наша беседа была конфиденциальной, помогла мне открыться. Мы много говорили, затем медленно, но верно, я начала смотреть на жизнь с другой точки зрения.  Сегодня я вижу, что хорошое и плохое, печаль и радость как неразлучные друзья, как черное и белое. Я споткнулась, но снова встала. Как однажды сказал поэт: «Каждый человек имеет право встать после своего падения». [9] | |

4. Подростки, употребляющие ПАВ и склонные к асоциальным формам поведения.

5. Подростки из конфликтных семей, а также проживающие с психически больными родственниками, родителями-алкоголиками и наркоманами, в семьях, где были  случаи суицидов у кого-либо из близких.

6. Подростки, страдающие хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями, приводящими к социально-психологической изоляции и сопровождающимися депрессивными переживаниями.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Истории из жизни современного подростка:** |
| * Жардемуллы 16 лет : Унас есть поговорка: «Не бывает дома без ссор». В моем случае ссор бывало слишком много. Постоянное ссоры родителей сделали мою жизнь несчастной. Я хотел оставить свою семью. Смерть казалась единственным выходом. * Назерке 15 лет:«Зачем я живу? Жизнь не имеет никакого смысла». Вот такие мысли постоянно посещали меня. Тогда я чувствовала себя некрасивой. Я была убеждена, что меня никто не любит, я никому не нужна. У меня была очень низкая самооценка. Я не любила жизнь. * Жанерке 15 лет: Жизнь похожа на реку - некоторые текут с легкостью, но другие продолжают биться об камни. Что и произошло со мной. Мне казалось, что дома ко мне относятся несправедливо. Я ненавидела всех и чувствовала, что меня никто не понимает. Мне было одиноко. Я начала проводить много времени в темных комнатах. Я носила черную одежду и слушала громкую музыку. Мои мысли стали очень темными - я хотела заснуть и больше не проснуться. [9.] | |

 7. Подростки, совершившие в прошлом попытку самоубийства, а также высказывающие угрозу суицида.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **История из жизни современного подростка**  Мария (16 лет):**Теперь я знаю, что все проблемы разрешимы** |
| Многие подростки страдают от депрессии. К сожалению, я тоже. В какой-то момент мои проблемы казались неразрешимыми - я постоянно думала о смерти. Мысли поглотили меня и больше не оставляли в покое. Затем однажды я выбрала дату своей смерти и пометила ее в своем календаре.  В то время психолог пришел в класс и рассказал о важности психического здоровья. Впоследствии она подошла ко мне и предложила прийти в ее кабинет. После нашего разговора мне стало лучше. Я пошла домой и вычеркнула дату своей смерти. Я начала регулярно ходить к психологу, и она предложила мне пойти к врачу - психиатру.  Я не могу сказать, что сегодня все мои проблемы прошли или что я отлично справляюсь. Но я уже чувствую изменения, теперь я знаю, что все проблемы в жизни разрешимы. Я снова строю планы. Я хочу быть визажистом и путешествовать по миру. [9.] | |

Подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения, так как в возрасте 11-16 лет проявляются трудности переходного периода, начиная с психогормональных процессов и заканчивая перестройкой Я-концепции под влиянием неопределённости социального статуса и противоречий, обусловленных неумением подростка найти позитивный смысл собственной жизни, отсутствием культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальной ценности жизни

Литература:

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология: учеб. для вузов / Г. С. Абрамова. – М.: Юрайт, 2010.- 256с.

2. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений/ Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. - М.: ACADEMA , 2002. - 410 с.: ил. - (Высш. образование). - Библиогр.: с. 399-407

3. Депрессия у детей и подростков: диагностика, клиника, терапия. Учебное псобие / . И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина, В.В. Колмогорова -Челябинск.2015 С.97

4. Детская социальная психиатрия для не психиатров/ Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова. - СПб.: Питер, 2008. - 414 с.

5. Мельникова, М. Л. Психология стресса: теория и практика [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / М. Л. Мельникова ; Урал. гос. пед. ун-т ; науч. ред. Л. А. Максимова. – Электрон. дан. – Екатеринбург : [б. и.], 2018.

6. Оказание помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения (MhGAP): Учебно-методическое пособие для преподователей. /Сутуева Г., Мусабаева С.С , Пантелеева Л.Ю., Калиева Э.Ш., Омурова Ж.Н. Бишкек. 2019 С.142

7. Психопатология развития детского и подросткового возраста/Чарльз Венар, Патрисия Кериг - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. -670, [2] с. — .

8. Першина, Л. А. Возрастая психология: учеб пособие для вузов. – М.: Академический проект; Альма Матер, 2015.

9. https://www.unicef.org/kazakhstan

# ****Глава 5. Формы профилактики попыток суицида среди детей и подростков.****

## 

## 5.1. Социально-педагогическая диагностика личности ребенка.

Школьный учитель, социальный педагог в своей деятельности должны выполнять диагностическую функцию. Это своего рода постановка «социального» диагноза. Для этого проводится изуче­ние личностных особенностей и социально-бытовых условий жиз­ни детей, семьи, социального окружения, выявление позитив­ных и негативных влияний, проблем.

Многие проблемы социальный педагог, классный руководитель не могут решить самостоятельно, поэтому должны уметь выступать посредником в координации усилий разных специалистов для комплексного решения проблем ребенка

- психолога,

- медицинского работника,

- специалиста по социальной работе,

- юриста и др.

- ведомств и административных органов (образования, здравоохранения, социальной защиты и др.)

Диагностика – это общий способ получения исчерпывающей информации об изучаемом процессе или объекте, важнейший компонент социальной техноло­гии (цель – диагноз – прогноз – программа – внедрение - анализ).

В практике социальной деятельности сформирова­лись технологии диагностики, которые включают принципы, алгоритм процедур и способов проверки различных методов исследования.

Алгоритм процедур типовой технологии диагностики предполагает:

- ознакомление с клиентом, постановку задач, выделение предмета диагностики, выбор основных показателей или критериев;

- измерение и анализ показателей;

- формулирование и оформление выводов, заключение, по­становку социального диагноза.

Одним из объектов диагностики выступает личность (ребенка, подростка, взрослого).

В рамках социально-педагогической диагностики лич­ности необходимо:

Выявление специфических социальных качеств, особеннос­тей развития и поведения;

Уточнение социальной ситуации развития;

Определение степени развитости или деформации различных свойств и качеств, обусловленных, прежде всего, включением человека в различные социальные связи (социальные установки, позиции, процессы адаптации и социализации, коммуникатив­ные способности, психологическая совместимость и т.п.);

Ранжирование, описание диагностируемых особенностей кли­ента, построение «социального портрета» личности.

В числе обязательных документов, составляемых социальным педагогом, относится - медико-психолого-педагогическая характеристика подопечных, которая относится к числу документов внутреннего пользования и не подлежит огласке.

Реализуя диагностическую функцию, социальный педагог руководствуется в своей деятельности следующими требованиями:

соблюдать общие технологические требования: определить цель, выбрать наиболее эффективный диагностический инструмента­рий, непосредственно получить данные и провести их отбор, пе­реработать и интерпретировать данные (статистическая обработ­ка и качественный анализ), установить диагноз, составить про­гноз развития ситуации и определить содержание социально-пе­дагогической деятельности (особенности социально-педагогиче­ской деятельности) с конкретным подопечным; соблюдать этические нормы;

защищать интересы подопечного: соблюдать принцип доброволь­ности при обследовании; сообщать обследуемому цели изучения; информировать его о том, кто будет ознакомлен с полученными данными; знакомить его с результатами исследования, предо­ставляя ему возможность некоторой корректировки этих резуль­татов, а также в собственно педагогических целях;

обладать профессиональной компетенцией: знать теоретические основы, используемые средства диагностики; вести картотеки ис­пользуемых методов, квалификационных нормативов, соблюдать профессиональную этику (сохранять втайне результаты, не до­пускать непрофессионалов к осуществлению методик и т.п.).

Социальный педагог может самостоятельно выполнять диаг­ностические операции, а также прибегать к услугам специалис­тов, применяя их данные в своей работе. Разные лица могут ис­пользовать диагностические данные с разными целями:

социальный педагог — для последующей работы с данным по­допечным;

специалисты-смежники — для формулирования администра­тивного решения, постановки профильного или комплексного диагноза (в медицине, судебной практике, медико-психолого-пе­дагогической экспертизе и т. п.);

сам подопечный — в целях саморазвития, коррекции поведе­ния и т.п.

*Самыми распространенными методами работы социального педагога являются:*

*Метод наблюдения,* который дает больше всего материала для воспитательной работы. Педагог наблюдает за общением ребенка, его поведением в семье, в школе, на уроке, со сверстниками.

*Метод убеждения,* который позволяет педагогу, владеющему основами психологического знания, убедить ребен­ка о ошибочности его опасного поведения.    С помощью этого метода социальный педагог может добить­ся, чтобы воспитанник начал искать путь выхода из сложив­шейся ситуации

*Метод социометрии,* при котором собираются данные бесед, анкетирования, опроса и алгоритмов, оценки кризисного состояния ребенка. При изучении ребенка педагог не может обойтись без анализа его психологического  и социального состояния, того, что исследователи называют “ядром ребенка”

Результаты диагностической деятельности оформляются со­циальным педагогом.

При оформлении результатов диагностики необходимо учитывать:

- Нет единого образца для оформления документа.

- Это может быть «Карта-характеристика личности»,

- «Медико-психолого-педагогическая характеристика личности» и т.п.

Существуют различные варианты, возможно комбинирование или создание собственного варианта, который бы отвечал практическим задачам деятельности.

Для составления этих и подобных карт-характеристик личности используется широкий спектр диагностических методик:

Для составления этих и подобных карт-характеристик личнос­ти социальный педагог, психолог, классный руководитель могут использовать широкий спектр ди­агностических методик: социально-психологических, психологи­ческих, социологических, педагогических, медицинских.

## 5.2. Предупреждение побуждений к суициду ****среди детей и подростков.****

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков группы риска относится к одной из важных задач родителей, социальных педагогов и школьных психологов.

Вот некоторые формы профилактики суицида среди подростков:

• неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя; (помните- к ребенку старше 12 лет следует обращаться на «ВЫ»)

• освоение хотя бы минимума знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии; (учитывайте возрастные кризисы детей, и помните КРИЗИС – это период развития и становления, а не только проблемный период)

• раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;( наблюдение – диагностика - выявление проблем у ребенка )

• активный патронаж семей, в которых проживают учащиеся группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;

• неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах;

• формирование у учащихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;

• повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей.

**Заметив у ребенка следы самоповреждений, педагог не должен давать видимой эмоциональной реакции. Главной задачей становится мотивировать ребенка к обращению за помощью к специалисту. Проводя беседу с таким ребенком, следует:**

**• Успокоиться, избавиться от чувства напряжения и паники.**

**• Не отвлекаться, смотреть прямо на собеседника. Расположиться удобно—не напротив подростка, не через стол.**

**• Не показывать ребенку, что вы куда-то спешите: не смотреть на часы, не выполнять параллельно других дел, не вести никаких записей.**

**Стратегии действий:**

**• Приглашать подростка на беседу лучше напрямую, как бы невзначай, сначала можно обратиться с несложной просьбой или поручением. Например, попросите помочь донести книги до кабинета, таким образом, создавая повод для общения.**

**• Во время беседы вокруг не должно быть посторонних людей и отвлекающих факторов.**

**• Необходимо следить за интонациями. Уговоры и, напротив, директивный тон неэффективны. Наоборот, они лишь убедят подростка в том, что его не понимают.**

**• Не следует перебивать ребенка и делать замечания. Дайте ему возможность высказаться до конца.**

**Как педагогу вести себя с ребенком, оказавшимся в кризисной ситуации?**

**• Позволить выговориться и «излить эмоции», т.к. подростки часто страдают от одиночества и остро нуждаются во внимании и сопереживании.**

**• Вести себя спокойно, правильно и понятно формулировать вопросы, выяснить суть кризисной ситуации и то, какая по мощь необходима.**

**• Не выражать удивления от услышанного, не ругать и не осуждать ребенка за любые, самые шокирующие высказывания.**

**• Не спорить, не высмеивать и не принижать переживания ребенка, не приводить в пример других детей, которым «живется еще хуже» или у которых «точно такие же проблемы». Подобное поведение заставит ребенка испытывать стыд за свои переживания и ощущать себя еще более никчемным.**

**• Не давать большого количества советов, т.к. подростки в депрессивном состоянии просто не способны их воспринимать, но при этом обязательно подчеркнуть, что проблема носит временный характер.**

**• Стремиться вселить в подростка надежду в конструктивные способы решения его проблемы, которые должны быть реалистичными и направленными на укрепление его сил и возможностей.**

**Самое важное: уговорить ребенка и/или его законных представителей обратиться за помощью к специалисту**

# ****Заключение****

На подростковый возраст приходится значительная учебная нагрузка, в этот период большое количество времени ребенок проводит в стенах образовательных организаций, на глазах педагогов, воспитателей, школьных психологов. Именно от них во многом зависит психологическая атмосфера в образовательной организации, они являются важнейшим звеном первичной профилактики аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения детей и подростков, они могут первыми заметить изменения в поведении ребенка, их своевременной и правильной реакции во многом зависит дальнейшее развитие событий и судьба ребенка.

Грамотно простроенная работа педагогов с детьми позволит решить одну из важнейших социальных проблем – нормализацию жизнедеятельности нового поколения, способствующую улучшению качества их жизни и успешной социализации в обществе.

Литература:

1. Антонова О.Г. Теоретические основы изучения самоубийства как социального явления [Текст] / О.Г. Антонова, Р.И. Жидков // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2014. – №4 (32). – С. 75–84.

2. Гилинский Я. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений» [Текст]. – 2-ое изд. испр. и доп. – СПб.: Изд-во Р. Арсланова «Юридический центр Пресс», 2007. – 528 с.

3. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд [Текст] / Пер. с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с

4. Коротун В.Н. Современное состояние проблемы суицидов детского и подросткового возраста (медико-социальные аспекты) [Текст] / В.Н. Коротун, Н.В. Сивогривова, В.И. Перминов // Проблемы экспертизы в медицине. – 2003. – Т. 3. – №3 (11). – С. 37–39.

5. Кузнецов Л.И. Психология суицида [Текст] // Ученые записки Санкт-Петербургского имени В.Б. Бобкова филиала Российской таможенной академии. – 1998. – №3 (7). – С. 271–287.

6. Лысак И.В. Деструктивная деятельность человека: философско-антропологический анализ [Текст]. – Saarbrücken (Germany): LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 272 с.

7. Оказание помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения (MhGAP): Учебно-методическое пособие для преподователей. /Сутуева Г., Мусабаева С.С , Пантелеева Л.Ю., Калиева Э.Ш., Омурова Ж.Н. Бишкек. 2019 С.142

8. Равочкин Н.Н. Проблема подросткового суицида как объект междисциплинарных исследований [Текст] // Молодой ученый. – 2016. – №20. – С. 651–654.

9. Франкл В. Человек в поисках смысла [Текст]. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

10. Шалагин А.Е. Предупреждение социально-негативных явлений, представляющих угрозу здоровью населения и общественной нравственности [Текст] / А.Е. Шалагин // Вестник экономики, права и социологии. – 2015. – №2. – С. 166–168.

# Глоссарий

Агрессивность — качество человека, проявляющееся в чувстве враждебности, в негативном отношении к другим людям, стремление к насильственным действиям, желание нанести ущерб людям.

Адаптация психологическая — приспособление человека к новым условиям жизни, к другим людям и социальным обстоятельствам.

Акселерация — ускоренное физическое и психическое развитие детей, наблюдающееся в последние сто лет, обусловленое действием целого ряда биологических и социальных факторов.

Акцентуация характера — понятие, означающее чрезмерную выраженность у личности отдельных черт характера и их сочетаний; представляет собой крайние варианты нормы. Проявляется в уязвимости личности по отношению к определенным жизненным ситуациям, воздействиям, переживаниям и нервно-психическим нагрузкам при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Ангедония — снижение или утрата способности радоваться, получать удовольствие от любимых вещей, отсутствие интереса к жизни.

Аутоагрессия—намеренные действия, направленные на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Проявляется в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, отказе от удовлетворения потребностей, получения удовольствия, самообвинении, самоунижении. Крайняя форма аутоагрессии—суицид.

Аффект (от лат. Affectus—страсть, душевное волнение)—кратковременная, ярко протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная реакция.

Депрессия (depressio; от лат. deprimo, depressum понижать, подавлять, угнетать)—состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением, снижением психической и двигательной активности, часто сочетающимися с разнообразными соматическими нарушениями (потеря аппетита, похудание, запоры, изменение ритма сердечной деятельности и т.п.)

**Дезадаптация** - какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью.

**Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия** - осознанные преднамеренные поступки, направленные на получение каких-либо выгод от демонстрации намерений лишить себя жизни. Носят суицидоподобный характер, так как их целью не является добровольный уход из жизни. Демонстративно-шантажные суицидальные действия, при недоучете реальной опасности их осуществления, могут закончиться смертью, что должно квалифицироваться как несчастный случай.

Ментальное (психическое, душевное) здоровье — по определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Содержание понятия «психическое здоровье» не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями, в нём всегда отражены общественные и групповые нормы, регламентирующие духовную жизнь человека. Психическое здоровье — это успешное выполнение психической функции, результатом которой является продуктивная деятельность, установление отношений с другими людьми и способность адаптироваться к изменениям и справляться с неблагоприятными обстоятельствами.

**Организация суицидологической помощи** - система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи больным с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Включает следующие этапы:

- первичной помощи: доврачебная (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в больнице скорой помощи или любом другом лечебном учреждении;

- экстренной помощи: неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;

- амбулаторно-консультационной помощи: амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социальнопсихологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в специализированных суицидологических кабинетах при психоневрологических диспансерах;

- госпитальной помощи: стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда аутоагрессивное (суицидальное) поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

Профилактика суицидального поведения (син. Суицидологическая превенция)—различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, предотвращение рецидивов суицидального поведения.

Самоповреждающее поведение (несуицидальное самоповреждающее поведение, селф-харм, от англ. self-harm)—намеренное повреждение своего тела, не связанное с суицидальной попыткой.

**Самоубийство** - осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти таким образом и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий.

Сезонные колебания частоты суицидальных действий - увеличение суицидальной активности (количества суицидальных действий) в определенное время года. Например, количество суицидальных попыток возрастает в весеннее время; в отношении самоубийств данные различных исследований расходятся.

Суицид (от лат. sui caedere—убивать себя, самоубийство)—намеренное, целенаправленное и осознанное прекращение собственной жизни. Профильными специалистами (психологами и психиатрами) суицид рассматривается как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

Суицидальные мысли (син. суицидальная идеация)—это мысли о самоубийстве или излишняя озабоченность самоубийством. Суицидальные мысли могут появляться эпизодически и быстро проходить, а могут стать этапом формирования суицидального поведения. Они бывают пассивными и активными. Суицидальные мысли пассивные носят недифференцированный характер и не связаны с разработкой суицидального плана.

К данной группе могут относиться случаи, когда человек фантазирует о своей смерти, представляет, как с ним происходят несчастные случаи (сбила машина, уснул и не проснулся), размышляет о реакции близких людей на свою смерть. Суицидальные мысли активные связаны с осознанным намерением убить себя («Я покончу с собой, когда представиться удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида

Суицидальное поведение—широкое понятие, которое помимо суицида включает в себя суицидальные попытки и другие суицидальные проявления.

Суицидент—человек, совершивший завершенное или незавершенное самоубийство.

**Суицидальная диагностика** - клинические способы выявления суицидальной активности, формулирующие диагнозы: психологический, социодинамический и дескриптивный (оценка динамики подготовки суицида и нарастания суицидальных тенденций, а также психопатологическая диагностика). Представляет собой анализ не только собственно суицидальных проявлений (особенности, вероятность реализации и т. д.) в их статике и динамике, но и всей совокупности клинических, личностных и средовых факторов, участвующих в суицидогенезе.

**Суицидальная попытка** (Stengel E., 1952) - осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни и нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий, но незавершившиеся смертью. В англоязычной литературе эквивалентом термина суицидальная попытка являются понятия умышленное самоповреждение, умышленное самоотравление, употребляемые в контексте совершения попытки самоубийства, незакончившейся смертельным исходам.

**Суицидальное поведение** (Deshais G., 1947) - вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель - смерть, мотив - разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска (смотри соответствующие разделы) и т. д.

**Суицидальное решение** - момент осознания того, что самоубийство есть единственный путь разрешения психотравмирующей ситуации с последующим формированием суицидального поведения.

**Суицидальные действия** - личностная активность, подчиненная конкретной цели добровольного ухода из жизни. Однако добровольная смерть как мотивация суицидальных действий совпадает с целью только в случае истинных суицидальных действий. В большинстве случаев мотивом суицидальных действий является изменение существующей (сложившейся) психотравмирующей ситуации.

**Суицидальные замыслы** - активная (внутренняя) форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место, дополнительные условия осуществления суицидальных действий).

**Суицидальные мысли** - пассивная (внутренняя) форма суицидального поведения, характеризуется представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

**Суицидальные намерения (тенденции)** - активная (внутренняя) форма суицидального поведения, включает не только суицидальные замыслы, но и самопроизвольные поступки по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению. Предполагает принятие суицидального решения и приводит к совершению суицидальных действий..

Тревога—эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности. В отличие от страха, который является реакцией на конкретную, вполне реальную опасность, тревога часто беспредметна.

**Телефонная психотерапевтическая помощь** - неотложная анонимная психотерапевтическая помощь, оказываемая пи телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суицидоопсных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов, психологическую поддержку одиноких лиц. Носит профилактический характер. Осуществляется службой телефона доверия. К преимуществам телефонной психотерапевтической помощи можно отнести: отсутствие пространственно-временной зависимости контакта пациент - психотерапевт; анонимность; возможность прерывания контакта; «эффект ограниченной коммуникации», обусловленный акустическим контактом и вызывающий необходимость вербализации психотравмирующей ситуации.

**Факторы суицидального риска** - внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), неявляющиеся этиологическими, но способствующие или непосредственно вызывающие формировние суицидальной активности. Различают социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), психологические (личностные особенности), специфические (предшествующая суицидальная попытка, наличие психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

# Приложение 1. Инструмент CRAFT

Скриниг-тест CRAFFT был разработан доктором Дж. Р. Найт, MD и его коллегами в Центре исследований подросткового злоупотребления психоактивными веществами (CeASAR) в Бостонской детской больнице. Их целью было разработать краткий, простой в использовании и оценке инструмент скрининга, который помог бы выявить факт потребления подростком психоактивных веществ, а также определить уровень риска. CRAFFT подходит как для скрининга на потребление алкоголя, так и наркотиков. Он также помогает определить пациентов, нуждающихся в дальнейшей оценке и терапевтическом вмешательстве.

CRAFFT был первоначально разработан для выявления подростков с высоким риском расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ на уровне ПМСП. Тем не менее, необходимость в дальнейшем внедрении инструмента стала очевидна благодаря результатам исследований, в которых говорилось о том, что половина учащихся старших классов имеют опыт потребления алкогольных напитков, четверть опрашиваемых потребляли марихуану. Что касается употребления наркотиков, исследования показывают, что более половины старшеклассников использовали наркотик любого вида. Кроме того, более двух третей старшеклассников подтвердили факт потребления алкоголя в прошлом году. Каждого подростка следует ежегодно спрашивать об употреблении алкоголя и наркотиков.

Методология интервьюирования CRAFFT.

CRAFFT – краткий и легкий в применении инструмент, заполнение которого занимает в среднем около одной минуты. Заполняется самостоятельно, но обсуждение результатов идет в форме интервью. Интервью должно проводиться в приватной обстановке и без родителей. Необходимо заверить пациента в том, что беседа носит конфиденциальный характер, и детали беседы не будут разглашена родителям без разрешения пациента, если только нет серьезного риска для его здоровья. Нужно отметить, что вопросы при краткосрочном консультировании задаются с целью лучшего подбора вмешательства, а не из-за любопытства. CRAFFT подходит для скрининга как мальчиков так и девочек, для младшего и старшего подросткового возраста, а также для молодежи из разных расовых / этнических групп. В версии 2.1 CRAFFT содержит первую часть (часть А), где задают вопрос о факте потребления алкогольных напитков, потребления марихуаны, других наркотиков за прошедшие 12 месяцев. И вторая часть Б, состоящая из 6 вопросов, раскрывающая суть аббревиатуры CRAFFT. На каждый положительный ответ присваивается по 1 баллу.

1. Ездили ли Вы когда-нибудь на машине (Car), управляемой человеком, находившимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Поскольку аварии на автомагистралях, связанные с приемом алкоголя и наркотиков, являются основной причиной смерти среди подростков, CRAFFT включил в себя также вопрос о вождении в нетрезвом состоянии для определения риска дорожно-транспортного происшествия.

2. Вы когда-нибудь употребляете алкоголь или наркотики, чтобы расслабиться (Relax), почувствовать себя лучше, или адаптироваться?

3. Употребляете ли Вы когда-нибудь алкоголь или наркотики в одиночестве (Alone)?

4. Вы когда-нибудь забываете (Forget) то, что делали во время употребления алкоголя или наркотиков?

5. Ваша семья (Family) или друзья (Friends) когда-нибудь говорили Вам, что следует сократить потребление алкоголя или наркотиков?

6. Попадали ли Вы когда-нибудь в неприятности (Trouble) во время потребления алкоголя или наркотиков?

Подсчет баллов по CRAFFT:

В случае наличия отрицательных ответов в части А, необходимо задать первый вопрос из части Б - о факте нахождения в автомобиле подростка, управляемой кем-либо в нетрезвом состоянии или вождения машиной самим подростком в состоянии опьянения. В случае отрицательного ответа на данный вопрос, дальнейшее интервью проводить нецелесообразно. В этом случае результат анкетирования расценивается как низкий риск относительно негативных последствий потребления ПАВ. Необходимо похвалить и поощрить. В качестве примера: «Я горжусь вами. Это очень умное решение. Если оно когда-либо изменится, я надеюсь вы мне достаточно доверяете, чтобы прийти ко мне и поговорить об этом».

Если в первой части А наблюдается неупотребление алкоголя или наркотиков за прошедший год и утвердительный ответ по поводу вождения машины, данный результат интерпретируется как средний уровень риска относительно негативных последствий потребления ПАВ. В этом случае необходимо обсудить вопросы снижения риска посредством «Контракта в целях сохранения жизни». Надо попросить пациента взять его домой, обсудить с родителями, а на повторном приеме рассказать интервьюеру о результатах обсуждения.

Возможен другой вариант ответов, который тоже будет подпадать под интерпретацию «средний риск». Это в случае положительных ответов в части А и отрицательные ответы или меньше 2-х баллов в части Б. Два или более положительных ответа в части А и Б указывают на необходимость проведения дальнейшей оценки и интерпретируются как высокий риск. В случае высокого риска пациент перенаправляется к психологу, наркологу. После подсчета баллов, необходимо данные баллы показать пациенту, интерпретировать результат его теста и обсудить уровень риска в связи с употреблением алкоголя и наркотиков. При проведении краткой консультации нужно просмотреть результаты скрининга и в случае наличия ответов «Да» попросить рассказать об этом факте подробнее. Например, «У вас в анкете отмечено, что вы потребляли алкоголь и выпивали его для расслабления, можете подробнее рассказать об этом?» Одним из элементов краткосрочного вмешательства является рекомендация о прекращении потребления ПАВ. Необходимо подчеркнуть вред и опасность потребления ПАВ. Необходимым элементом краткосрочного вмешательства является формирование само мотивации. Если подросток не потребляет ПАВ, то его необходимо мотивировать на дальнейший трезвый образ жизни. Одним из обязательных компонентов краткосрочного вмешательства является закрепление уверенности в собственных силах. В случае потребления подростком ПАВ, надо задать вопрос о пользе отказа от ПАВ, тем самым формируя чувство амбивалентности..

**Алгоритм по опроснику CRAFFT**

**Шаг 1.**

**Приветствие и знакомство.** Процедура приветствия является оченьважным моментом при проведении скрининга подростка. С первых минут, если разговор не получился, дальнейшее его продолжение будет бесполезным. Поэтому стоит вспомнить все элементы консультирования, начиная от позы, в какой Вы сидите (открытая или закрытая поза), как Вы проявляете открытость или эмпатию по отношению к подростку. Задавайте подростку открытые вопросы, чтобы он мог дать как можно больше информации о себе.

Во время беседы проявляйте интерес и слушайте подростка внимательно.

**ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ ДЛЯ НАЧАЛА РАЗГОВОРА И РАСПОЛОЖЕНИЯ ПОДРОСТКА К КОНСУЛЬТАНТУ:**

**-**Привет!

-Как твои дела?

- Что ты можешь рассказать о своих успехах в школе?

- Какой предмет тебе нравиться больше всего и почему?

- Есть ли у тебя проблемы со сверстниками, если есть то какие?

- Какие отношения у тебя с родителями, как дела у родителей?

- Что интересного у тебя в жизни, можешь поделиться?

- Есть ли среди твоих друзей ребята, которые балуются алкоголем или другими веществами…? (После этого вопроса можно плавно переходить к самому опроснику).

**Переход к опроснику:**

**Шаг 2.**

Если ты не против, я хотел(-а) бы заполнить с тобой одну анкету. Можно я тебе задам несколько вопросов, которые я спрашиваю практически у всех своих клиентов.? Давай договоримся, что ты честно ответишь на все мои вопросы. Все эти вопросы я задаю с целью оказания помощи. … Со своей стороны я тебе обещаю полную конфиденциальность**. О нашем с тобой разговоре никто не**

**Шаг 3. Опросник** может быть заполнен самим подростком или же проведен в виде интервью.

**ЧАСТЬ А.**

За последние 12 месяцев, сколько дней Вы:

1. Пили больше, чем несколько глотков пива, вина или других алкогольных напитков?

(Отметьте “0” если получен отрицательный ответ)

1. употребляли марихуану (уточните: косяк, травку, анашу, гашиш, путем курения, вдыхания паров или употребления «через рот») или синтетическую марихуану (как «К2», «Спайс» или пары гашишного масла? (Отметьте “0” если получен отрицательный ответ).
2. употребляли что-нибудь другое, чтобы получить «кайф» (например, запрещенные наркотики, лекарства (выдаваемые по рецепту или без) или другие вещества, которые можно нюхать, затягиваться или вдыхать). (Отметьте “0” если получен отрицательный ответ).

**ПРИМЕЧАНИЕ: Часть А** является «Фильтр-опросником». Данная часть задается всем опрашиваемым лицам. В случае отрицательного ответа в **части А-**Необходимо задать только один вопрос из части Б –«*Ездили ли Вы когда-нибудь на МАШИНЕ (****Car****), управляемой кем- то (включая Вас), находившимся в состоянии алкогольного или наркотического (под «кайфом») опьянения?* и, в случае отрицательного ответа, завершаем интервью похвалой и поощрением. **(ОТМЕЧАЕМ, как НИЗКИЙ РИСК).**

***Вызовите утверждение для самомотивации****: «Если бы у тебя спросили, почему ты не пьешь или не употребляешь наркотики, чтобы ты ответил?»*

***Закрепите уверенность в собственных силах****: «Я верю, что у тебя есть силы,*

*Чтобы помешать алкоголю или наркотикам увести тебя от достижения твоих*

*целей и мечты. Хвалите и поощряйте: «Я горжусь тобой. Это очень умное*

*решение.*

*Если оно когда-либо изменится, я надеюсь ты мне достаточно доверяешь, чтобы прийти ко мне и поговорить об этом» .Я думаю, ты большой молодец, и останешься верен своим принципам. Я тебе желаю удачи!»*

В случае положительного ответа на вопрос: –«Ездили ли Вы когда-нибудь на МАШИНЕ (**Car**), управляемой кем- то (включая Вас), находившимся в состоянии алкогольного или наркотического (под «кайфом») опьянения? **(ОТМЕЧАЕМ, как СРЕДНИЙ РИСК)** и интервью завершаете выдачей «Контракта в целях сохранения жизни».

***Информирование о рисках нахождения в машине или управления***

***Машиной в нетрезвом состоянии:*** *«Дорожно-транспортные*

*происшествия занимают первое место в причинах смертности среди*

*молодежи. Всем своим клиентам я даю «Контракт в целях сохранения*

*жизни». Забери его домой, чтобы обсудить со своими родителями и*

*составить план того, как безопасно добираться до дома».*

***Вмешательство:*** *обсудите вопросы снижения риска посредством «Контракта в целях сохранения жизни». Попросите подростка взять его домой, обсудить с родителями, а на повторном приеме рассказать вам о результатах обсуждения.*

**Шаг 4**. В случае хотя бы одного положительного ответа в **части А** – переходим на все **вопросы** **части Б.**

**С** Ездили ли Вы когда-нибудь на МАШИНЕ (***Car****),* управляемой кем- то (включая Вас), находившимся в состоянии алкогольного или наркотического (под «кайфом») опьянения?

**R** Употребляете ли Вы алкоголь или наркотики чтобы РАССЛАБИТЬСЯ **(Relax**), почувствовать себя лучше или быть принятым/ быть «своим/своей» в кампании?

**А** Употребляете ли Вы алкоголь или наркотики в ОДИНОЧЕСТВЕ (**Alone**)?

**F** Забываете **(Forget**) ли Вы, когда-либо то, что делали во время употребления алкоголя или наркотиков?

**F** Ваша СЕМЬЯ **(Family**) или ДРУЗЬЯ **(Friends**) когда-нибудь говорят Вам, что следует сократить потребление алкоголя или наркотиков?

**Т** Попадали ли вы, когда-либо в НЕПРИЯТНОСТИ (**Trouble**), когда вы употребляли алкоголь или наркотики?

**Примечание:** необходимо учесть, что по каждому вопросу из опросника CRAFFT в случае положительного ответа начисляется 1 балл.

На каждый вопрос интервью, где получен ответ «Да», попросите рассказать больше о каждой ситуации: «Мог бы ты больше рассказать об этом случае?»

При результате **< 2** баллов опросника, **ОТМЕЧАЕМ, как СРЕДНИЙ РИСК** и проводим краткосрочное вмешательство

**Вмешательство:** Посоветуйте прекратить употребление и обсудите риски для здоровья из-за алкоголя и наркотиков. «Я советую тебе прекратить употреблять алкоголь или наркотики, т.к. они несут большой риск для твоего здоровья, могут повлиять на рост и развитие твоего мозга, отразится на способности обучаться и запоминать, поставит тебя в неловкое положение или опасные ситуации”. Сделайте акцент на внешность (появление прыщей, ломкость ногтей, тусклый цвет волос и пожелтение зубов), отношение со сверстниками и т.д. Попросите подростка попробовать воздержаться на определенный срок (например, 3 мес.), затем прийти на повторный прием, чтобы рассказать как все прошло.

**«Да»** на вопрос об употреблении алкоголя и наркотиков за прошедший год и **положительные** результаты опроса CRAFFT (балл ≥ 2)**ОТМЕЧАЕМ, как ВЫСОКИЙ РИСК.**

**Вмешательство:** выразите озабоченность и назначьте дату следующего приема для проведения оценки. «Твой результат опроса CRAFFT показывает высокий уровень риска. Я очень беспокоюсь за тебя. Я хочу, чтобы ты пришел вновь на следующей неделе, чтобы у нас было больше времени для беседы». Попросите пациента воздержаться от употребления алкоголя/наркотиков до следующего приема.

**Примечание:** Вмешательство зависит от того, кто проводил данный скрининг. Если его проводил специалист, работающий в области наркологии, то вмешательство будет как указано выше, если это проводилось на первичном уровне или другим специалистом (медсестра, соц. работник), то необходимо попросить прийти подростка с родителями и перенаправить к специалисту.

В случае обеспокоенности подростком вопросов конфиденциальности, необходимо объяснить подростку, что результаты скрининга очень беспокоят вас и необходимо пройти консультацию у другого специалиста. Но вся полученная информация от подростка останется между вами.

**Пример:**

Я очень обеспокоен результатами нашего с тобой исследования. И если мы сейчас договоримся с тобой, то можем предотвратить проблемы, которые могут у тебя возникнуть в следствии твоих экспериментов с употреблением алкоголя или наркотиков. Я обещаю тебе, что не нарушу обещание, которое я тебе давал перед началом нашего разговора о конфиденциальности.. между **нами, но мне надо**

**Пример разговора с родителями:**

Здравствуйте! Я пригласил(а) вас, чтобы обсудить одну проблему. Она касается вашего сына(дочери) и не только…. В нашей школе мы проводили небольшое анкетирование и результаты этих анкет, немного беспокоят нас. Наши ученики старших классов, очень информированы о наркотических средствах и их действии, что мы хотели бы, чтобы с ними побеседовали специалисты. Специалисты беседуют с детьми, только в присутствии родителей. Информация полностью конфиденциальна, мы обещали детям и обещаем вам, что все останется между нами. Мы это проводим в рамках профилактики потребления алкоголя и наркотических веществ среди подростков. Мы хотим предотвратить эту проблему на самых ранних этапах и поэтому мы хотим, чтобы мы все это делали сообща родители и школа. В целях профилактики, мы вам рекомендуем сходить к специалистам, что бы мы уже точно знали, что у вашего ребенка нет проблем. И настоятельно просим до результатов у специалиста, не ругать и не принимать никаких мер по отношению к ребенку. Так как мы обещали ребенку полную конфиденциальность и может произойти такое, что мы в чем то ошиблись, а ребенок перестанет доверять взрослым. Вот Вам адреса и телефоны с кем вы можете связаться. Желаю вам удачи!

**«Контракт в целях сохранения жизни»**

Настоящий Контракт необходим для привлечения внимания родителей к проблемам подростков. Он призван облегчить общение между молодыми людьми и их родителями о возможных последствиях и рисках, связанных с алкоголем, наркотиками, давлением со стороны сверстников и его поведением. Проблемы, с которыми сталкиваются молодые люди сегодня, слишком сложны для решения их в одиночку. Эффективное общение между родителями и детьми имеет решающее значение для оказания помощи молодым людям в принятии правильных решений.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я признаю, что есть много различных проблем, с которыми я сталкиваюсь каждый день, и заявляю вам, что я сделаю все, что в моих силах, чтобы избежать ошибок, которые поставят под угрозу мое здоровье, мою безопасность и доверие ко мне родителей. Я знаю, что есть много опасностей, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, которые могут привести к различным неприятностям и опасным последствиям.

Подписав данный контракт, я обязуюсь стараться быть свободным от алкоголя и наркотиков, что я никогда не буду водить автомобиль под влиянием алкоголя или наркотиков, что никогда не сяду в транспорт, где водитель находиться под воздействием алкоголя или наркотиков, или нарушает правила дорожной безопасности.

В случае возникновения проблем, я обещаю позвонить Вам, для того чтобы обсудить их с Вами и принять правильное решение.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИМЯ и подпись.

РОДИТЕЛЬ/ПОПЕЧИТЕЛЬ

Я согласен, что мой ребенок ежедневно сталкивается с различными проблемами в школе и на улице. Я обещаю следить за безопасностью своего ребенка. Подписывая данный контракт, я обещаю сделать все, что в моих силах, чтобы понять своего ребенка и предотвратить опасные моменты, с которыми он сталкивается.

Кроме того, я обещаю предоставить своему ребенку безопасный, трезвый транспорт домой, или предотвратить ситуацию, которая угрожает его безопасности. Я постараюсь как можно чаще разговаривать со своим ребенком и обсуждать такие ситуации. Я надеюсь, что что мы можем говорить обо всем спокойно и заботливо.

Я также обещаю вам, что я не никогда не сяду за руль автомобиля под воздействием алкоголя или наркотиков, и всегда буду заботится, чтобы мой ребенок мог иметь безопасный, трезвый транспорт домой.

ИМЯ и подпись.