**Возрастные аспекты суицидального поведения**

Суицидальное поведение на разных этапах онтогенетического развития имеет свои особенности. Наибольшим своеобразием характеризуются детско-подростковый и инволюционный периоды жизни человека. Лучшим из всех возможных подходов суицидальной превенции, осуществляемым на базе школ, является командная работа, проводимая совместно учителями, школьными врачами и медицинскими сестрами, педагогами-психологами и педагогами социальными в тесном сотрудничестве с соответствующими местными службами.

Периодическое появление суицидальных мыслей не следует считать патологией. В детстве и подростковом возрасте они являются частью нормального процесса развития, особенно, если подростки сталкиваются с решением экзистанциальных проблем, когда появляются попытки понять смысл жизни, часто возникают мысли о смерти. Как показывают результаты опросов, более половины учащихся старших классов средней школы признают, что у них время от времени возникают мысли о самоубийстве.

суицидальные мысли у детей и подростков приобретают патологический характер, если реализация этих мыслей кажется им единственным выходом из трудных ситуаций. В этих случаях возникает серьезный риск суицидальных попыток и самоубийств.

 *Детско-подростковый этап онтогенеза*

Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны. Суицидальные тенденции после попытки самоубийства сохраняются у 60% суицидентов.

Отличительной особенностью детского возраста является отсутствие страха смерти в виду несформированности данного понятия. По мнению большинства исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11 -14 годам. Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения: иногда при желании умереть выбираются неопасные с точки зрения взрослых средства и наоборот – демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому и становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение этого возраста имеет отягащенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания – гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, их низкий культурный и образовательный уровень. Конфликты с семьей чаще всего связаны с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения.

Потеря доверительной связи с родителями – один из сильнейших стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о самоубийстве мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям. Хорошие взаимоотношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1%, наоборот, постоянные ссоры ведут к увеличению этого риска до 18%. Но болезнее всего дети воспринимают даже не конфликты с родителями, а их холодное безразличие к себе.

Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Суицидоопасна в этом возрасте и скрытая депрессия. По мнению многих исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет их диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, заключается в специфике суицидальных действий, среди которых выделяются следующие:

***1. Самоповреждения***. Характерно сочетание как ауто-, так и гетероагрессии. В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях; чаще всего эпилептоидный тип акцентуации; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

***2. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом***. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не ассоциативны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные и возбудимые типы акцентуации; в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей – нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию» заканчивающемуся летально. Если ситуация подобным образом не разрешается – возможен повтор.

***3. Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией***. Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает падение авторитета. Пересуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба (при этом окружающим заранее сообщается о намерениях, вычисляется безопасна доза лекарств). При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

***4. Суициды с мотивацией самоустранения***. Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. Поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм; а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пересуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде – страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

Чем меньше возраст подростка, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны внешне благополучные семьи, в которых имеются скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов. Для младшего школьника наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего – конфликты со сверстниками и в школе. Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.