

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Пшонко Владимир Дмитриевич

Заместитель главного врача по медицинской части

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Новосибирской области «Новосибирский областной детский
клинический психоневрологический диспансер»*

Суицидальное поведение – континуум от мысли о суициде, его планирования и до попытки суицида.

ВОЗ, 2014

Суицидальное поведение – проявление суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. 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. То есть термин «суицидальное поведение» является обобщающим понятием.

Суицидальный риск – степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

Методические рекомендации по разработке типовой межведомственной программы по вопросам профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Москва, 2020

Отдельная категория - самоповреждающее поведение: нанесение себе повреждений с целью справиться с тяжелыми переживаниями, болезненными воспоминаниями, ситуациями, которые трудно пережить, и невозможностью контролировать свою жизнь. Суицидальные намерения отсутствуют. Самоповреждения быстро приобретают хронический, стереотипно повторяющийся характер.

Повышают риск суицида. В основе – не выявленное психическое расстройство, в 30-40% случаев – расстройство аффективного спектра.

Методические рекомендации.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2020

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ

В основе формирования суицидального поведения лежит сложное взаимодействие причин, включающих биологические, психологические, семейные и социокультурные компоненты.

В качестве основных психологических факторов суицидального поведения у подростков проблемы идентичности (негативный образ себя, идентифицируют себя «с ролью плохого»), переживание внутриличностных конфликтов, глубокого чувства неполноценности (в том числе в отношении своей успешности в учебной деятельности), фрустрация признания, самовыражения и самореализации, потребности в аффилиации. Нарушение саморегуляции, импульсивность. Ведущий мотив суицида – «прекращение существования».

Важный фактор – патология межличностного общения в семье и школе: межличностное насилие, которое проявляется давлением на ребенка, подавлением его потребностей, отвержением и унижением, отсутствием веры в возможности ребенка, авторитаризмом в сочетании с перфекционизмом и гиперсоциализацией.

Социальные, семейные факторы включают воспитание одним родителем, ограниченный круг общения и досуговой деятельности, низкий уровень академической успеваемости или её ухудшение в течение определенного периода, «обрыв» социальных связей, прежних увлечений.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ

*В рамках медицинской детерминанты ретроспективно определяется **наличие длительно протекающих подпороговых депрессий, которые своевременно не обнаруживаются окружением несовершеннолетнего.***

В основе депрессивных переживаний – потеря смысла жизни, непонимание будущего или образ будущего является непривлекательным. Страдание ощущаются как невыносимые.

Пусковым механизмом совершения суицида чаще всего являются конфликты с родителями, разрушенные значимые отношения, с возникшим вследствие этого горем и чувством потери, глубокой фрустрацией потребности в любви и заботе, важное событие, которое субъективно невозможно пережить (нет сил, чувство беспомощности).

ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Низкий уровень эффективности системы своевременного выявления группы риска суицидального поведения среди несовершеннолетних, специалисты с трудом идентифицируют процесс формирования суицидального поведения в плановой работе

НЕДООЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ.

СОХРАНЯЮЩИЙСЯ ШТАМП «ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ».

СОХРАНЯЮЩИЙСЯ ШТАМП «БЛАГОПОЛУЧНАЯ СЕМЬЯ».

ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ.

ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭКСТРЕННОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ КРИЗИСА РЕБЕНКА.

НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ В РАБОТЕ С ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ

Пресуицидальный процесс не сопровождается тотальной социальной дезадаптацией несовершеннолетних.

В этих условиях не «работает» привычная система выявления, ориентированная на внешние признаки кризисного состояния.

Необходима плановая дифференцированная идентификация факторов риска, выявление проблем психического здоровья на максимально ранних этапах развития психического расстройства, до проявлений общей дезадаптации ребенка.

Фактором риска суицидального поведения является отсутствие психиатрической помощи в первые три месяца психического расстройства.

- Преимущественно аффективный и импульсивный механизм суицидов, отсюда **«молниеносность»** суицида
- Недостаточно адекватная оценка подростками последствий аутоагрессивных действий, и как результат - отсутствие четких границ между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком.
- Наличие **внешней** демонстративности суицидального поведения.
- Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми суициденты подросткового возраста объясняют свои попытки самоубийства (внутри конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий);
- Повышенный интерес к проблеме смерти и суицида, их романтизация, роль имитационных и кластерных самоубийств (эффект Вертера, имитационные суицидальные попытки и суициды, возникающие вследствие суггестивного эффекта на людей из непосредственного окружения аутоагрессивного действия человека или в результате освещения в СМИ его гибели.).

В настоящее время, считается **рискованным** деление СП на «истинное» и «демонстративно-шантажное», вследствие высокой вероятности гиподиагностики серьёзных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. При этом следует помнить, что даже изначально «манипулятивные» суицидальные попытки могут иметь серьезные медицинские последствия и даже завершиться смертельным исходом.

ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

<i>Дети</i>	<i>Подростки</i>
<i>Печальное настроение</i>	<i>Печальное настроение</i>
<i>Потеря свойственной детям энергии</i>	<i>Чувство скуки</i>
<i>Нарушения сна, соматические жалобы</i>	<i>Чувство усталости</i>
<i>Изменение аппетита или веса</i>	<i>Нарушение сна, соматические жалобы</i>
<i>Ухудшение успеваемости</i>	<i>Неусидчивость, беспокойство</i>
<i>Снижение интереса к обучению</i>	<i>Фиксация внимания на мелочах</i>
<i>Страх неудачи, чувство неполноценности</i>	<i>Чрезмерная эмоциональность</i>
<i>Самообман, негативная самооценка</i>	<i>Замкнутость</i>
<i>Чувство «заслуженного отвержения»</i>	<i>Рассеянность внимания</i>
<i>Заметное снижение настроения при малейших неудачах</i>	<i>Агрессивное поведение</i>
<i>Чрезмерная самокритичность</i>	<i>Непослушание, склонность к бунту</i>
<i>Сниженная социализация</i>	<i>Злоупотребление алкоголем и наркотиками</i>
<i>Агрессивное поведение</i>	<i>Прогулы в школе, колледже, плохая успеваемость</i>

ОСОБЕННОСТИ ПРЕСУИЦИДАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Длительность пресуицидальных состояний может исчисляться не только месяцами («хронический пресуицид»), но и минутами («острый пресуицид»).

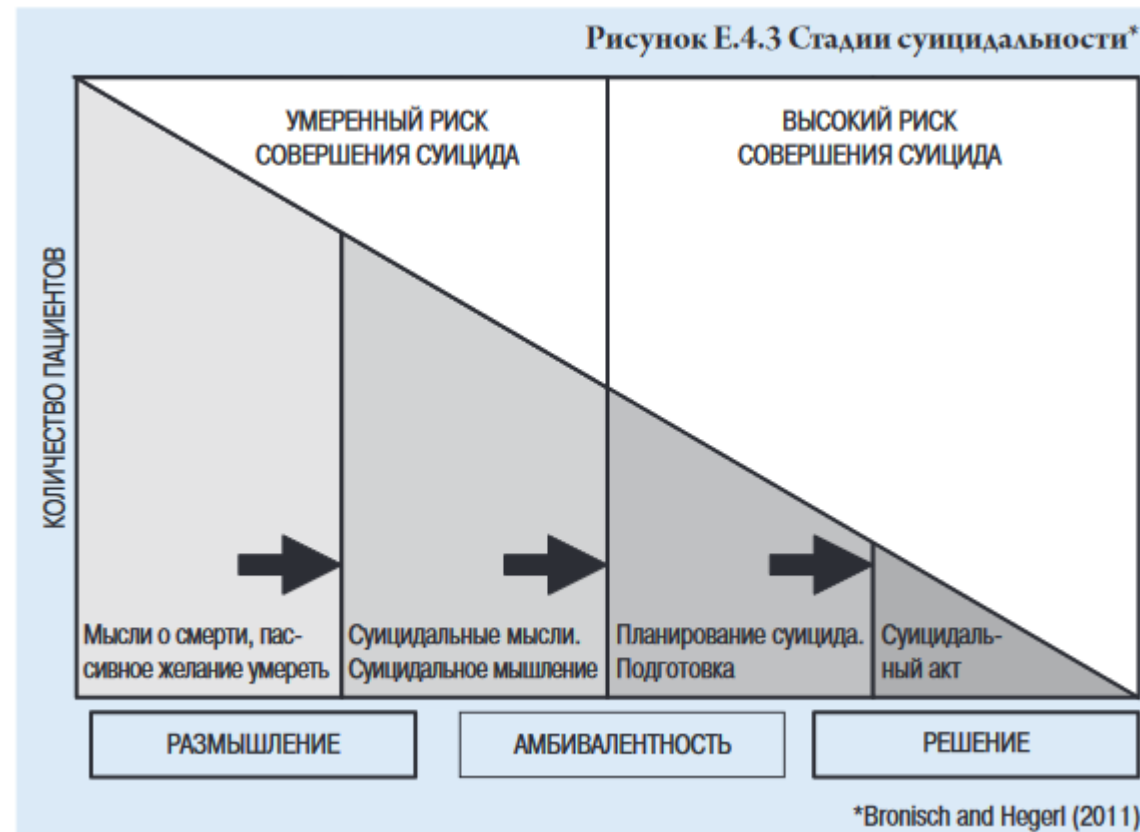
*Если для взрослых характерно более плавное нарастание аутоагрессии от пассивных суицидальных мыслей к замыслам и затем к намерениям, то у подростков, в целом более склонных к реакциям «короткого замыкания», **в течение всего периода пресуицида существует суицидальная готовность, настроенность**, когда в случае ухудшения ситуации пассивные суицидальные переживания то и дело перемежаются с активными.*

В связи особенностями суицидального поведения у подростков, суицидальная симптоматика иногда представляется всего лишь особенностями «переходного возраста» или уходит на второй план.

ВАЖНО ЗНАТЬ: ПРИНЯТОЕ РЕШЕНИЕ О СОВЕРШЕНИИ СУИЦИДА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПРИВОДИТ К ИЗМЕНЕНИЮ ЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Эмоциональное состояние становится более стабильным, ребенок может «вернуться» к учебной деятельности, общению с одноклассниками.

В ДАННОМ СОСТОЯНИИ ОПРОСНИКИ, ЗАЧАСТУЮ, НЕ ВЫЯВЛЯЮТ НАРУШЕНИЙ, ЧТО ПРИВОДИТ К НЕДООЦЕКЕ РИСКА СУИЦИДА.



Таким образом, специалисту необходимо увидеть внешние проявления эмоционального состояния ребенка, проанализировать его поведение и его изменения за последнее время, соотнести с факторами риска на уровне организации образовательного процесса, межличностного взаимодействия в школе и с родителями, с ресурсами и **адаптационными барьерами самого ребенка**, которые определенно станут триггерами реализации суицида.

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

1. *Формирование психологически безопасной и комфортной среды образовательного процесса, поддерживающего, принимающего стиля межличностного взаимодействия, снижение уровня перфекционизма окружающих взрослых (родители, учителя) и требований в отношении подростков.*
2. *Реализация психолого-педагогических мероприятий, направленных на повышение самооценки учащихся, аутоадаптации к ситуации (гибкости), формирование у учащихся позитивного образа себя и собственной эффективности (чувства компетентности в учебной деятельности, уровня удовлетворенности от своих достижений), ценностного отношения к жизни, повышение субъективного ощущения самореализации, чувства причастности к значимой группе сверстников, саморегуляции;*
3. *Оказание психолого-педагогической помощи и поддержки в решении актуальных (значимых) проблем несовершеннолетних на индивидуальном уровне.*
4. *Работа с законными представителями: мотивирование и поощрение обращений за психолого-педагогической и медицинской помощью, снижению стигматизации обращения к профильным специалистам; формирование понимания того, что для ребенка важно чувствовать защиту родителей, что родители могут помочь своему ребенку, если вовремя заметят у него признаки кризисного состояния, поговорят с ним, поймут то, что взрослому кажется пустяком, для ребенка может быть поводом для глубоких душевных переживаний, которые нельзя обесценивать.*

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сведения о факте обращения гражданина за психиатрической помощью, состоянии его психического здоровья и диагнозе психического расстройства, иные сведения, полученные при оказании ему психиатрической помощи, составляют врачебную тайну, охраняемую законом. (Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ *оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных Законом РФ № 3185-1.*

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ УЧЕТ — устаревшее юридическое понятие, существует психиатрическое наблюдение, которое обозначает регулярное наблюдение за пациентом с установленным диагнозом хронического психического расстройства, контроль его состояния в амбулаторных психиатрических учреждениях, Понятие «психиатрический учет» официально отменено после вступления в силу Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в 1992 году.

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении гражданина, по его просьбе или с его согласия, а несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо законного представителя (ст. 26, Закон РФ № 3185-1).

КАБИНЕТ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В соответствии с Приказом от 14 октября 2022 г. N 668н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ» в медицинских организациях г. Новосибирска и Новосибирской области с 01.07.2023 открыты кабинеты медико-психологического консультирования

В указанных кабинетах несовершеннолетним, проживающим на территории НСО оказывается помощь медицинским психологом, без необходимости предварительного обращения к врачу-психиатру детскому.

Кабинет медико-психологического консультирования осуществляет следующие функции:

- 1) проведение клинико-психологического исследования с оценкой высших психических функций, процессов, состояний; эмоционально-аффективной, ценностно-мотивационной, волевой сфер личности, имеющих психологических проблем, выраженности психологических конфликтов, уровня и способов психологической адаптации, личностных ресурсов;*
- 2) консультирование пациента и (или) членов его семьи либо иных законных представителей по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием, стрессовой ситуацией, комплаентным поведением, эффективной коммуникацией;*
- 3) участие в оказании помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения (далее - психические расстройства), связанными со стрессом, включая посттравматическое стрессовое расстройство;*
- 4) разработка и представление пациенту и (или) членам его семьи либо иным законным представителям психологических рекомендаций, соответствующих актуальному состоянию пациента*
- 5) направление лиц с признаками психических расстройств и расстройств поведения в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь при психических расстройствах;*

ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В КРИЗИСНЫХ, СУИЦИДООПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Несовершеннолетние до 18 лет в плановом порядке по адресу: город Новосибирск, ул. Романова, 23а, предварительная запись в рабочие дни (выходные: суббота и воскресенье) с 9:00 до 16:30 по телефону антикризисного кабинета 8(913)709-90-64 или по телефону контактного центра 8(383)349-59-71 - в неотложной форме (состояние требует незамедлительной помощи) без предварительной записи по адресу: город Новосибирск, ул. Романова, 23а или ул. Инская, 65 с 8:00 до 20:00 в рабочие дни (выходные: суббота и воскресенье).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!