

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ . ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Пшонко Владимир Дмитриевич

*Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ НСО
«НОДКПНД»*

*Новосибирск
18.01.2024*

nodkpd@nso.ru <http://nodkpd.mznso.ru>

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.

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.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

психологические	семейные	социальные	физические
<p>перфекционизм</p> <p>сенситивность</p> <p>ответственность</p> <p>безысходность, безнадежность, отчаяние, душевная боль*</p> <p><u>тревога, депрессия, сниженное настроение, перепады настроения*</u></p> <p>вина, стыд, злость, агитация*</p> <p>импульсивность*</p> <p>нарушение половой идентификации, предпочтений</p> <p><u>потеря интереса к деятельности, приносившей ранее удовольствие</u></p> <p><u>рискованное поведение (игнорирование правил дорожного движения, зацепинг, трейнсерфинг, опасные селфи)*</u></p> <p><u>причинение себе физического вреда (самоповреждения)*</u></p> <p><u>мысли о суициде*</u></p> <p><u>план суицида*</u></p> <p><u>наличие попытки в анамнезе*</u></p>	<p>один родитель</p> <p>есть опекун/усыновитель</p> <p><u>пренебрежение потребностями ребенка, физическими, психологическими</u></p> <p><u>отсутствие право голоса у ребенка при принятии решений, касающихся его собственной жизни (выбор школы, кружков, хобби, друзей, профессии и т.д.)</u></p> <p>возложение на ребенка «родительских» обязанностей, например, необходимость работать, осуществлять уход и присмотр за младшими и/или больными детьми и т.д.</p>	<p>нет друзей</p> <p>отсутствие чувства сопричастности к значимой группе сверстников</p> <p>неуспешность в учебе</p> <p><u>разрыв романтических отношений/безответные чувства</u></p> <p><u>резкое снижение успеваемости</u></p> <p><u>насилие, оскорбления, унижения, преследования со стороны учеников и учителей</u></p> <p>смерть родителя/ близкого члена семьи</p> <p>суицид среди окружения</p> <p>частые переезды с места на место</p> <p>нахождение в стационарном учреждении для детей, оставшихся без попечения родителей или учреждении закрытого типа</p>	<p>тяжелое соматическое хроническое /неизлечимое/ прогрессирующее заболевание, особенно, связанное с хронической болью (онкология, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, туберкулез, вирусный гепатит и т.д.)</p> <p><u>нарушения сна (депривация сна, сон 6 часов и менее)</u></p> <p><u>наличие физического дефекта</u></p> <p>резкий набор или потеря веса тела, избыток массы тела выше 95 ‰ дефицит ниже 5 ‰</p> <p><u>постоянная усталость, потеря энергичности</u></p> <p>сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок</p> <p><u>употребление алкоголя, наркотиков, курение</u></p>

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Мальчики (юноши): высокий уровень агрессии в сочетании с тревожностью, импульсивность.

Одна из ведущих эмоций, запускающих суицидальное действие – ярость, чрезмерный гнев и враждебность на фоне фрустрированной потребности в доминировании, противодействии.

Девочки (девушки): ранимость, чувствительность, отсутствие понимания со стороны значимых взрослых, поддержки.

Суицидальное действие на фоне чувства изолированности, желания выйти из болезненной ситуации.

ЭТО ВАЖНО!

Более трети подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение одного-двух лет, а совершенная суицидальная попытка в прошлом является наиболее серьезным фактором риска завершеного суицида.

С 12-15 лет развитие суицидального поведения проходит через стадии оформленного суицидального кризиса, а пик реализации суицида приходится на возрастную группу несовершеннолетних 16-17 лет и, в большинстве случаев, связан с развитием психических расстройств, преимущественно депрессивного спектра.

РОЛЬ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

В большинстве исследований естественного хода самоповреждений не проводится различий между несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками. Отчасти это связано с тем, что исследования опираются на данные, собранные в непсихиатрических лечебных учреждениях (без тщательного обследования суицидальных намерений). Более того, у значительного числа пациентов несуицидальные и суицидальные самоповреждения встречаются одновременно. Как уже указывалось ранее, риск завершеного суицида значительно выше у индивидов, прежде совершавших суицидальные попытки: от 0,5 до 2% в течение года, больше 5% в течение девяти лет (Owens, 2002).

Частота повторений высокая (например, 16% до 1 года, 21% от 1 до 4 лет, и 23% через 4 года и позже; Owens, 2002).

У людей, причинявших ранее себе самоповреждения, суицидальный риск в сто раз выше, чем в общей популяции.

*Средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10-13%.
В основе – не выявленное психическое расстройство, в 30-40% случаев – расстройство аффективного спектра.*

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.

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.

- 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 серьезных 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.

ВЫСОКИЙ/ОСТРЫЙ СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК. ЧУВСТВО ОКОНЧАТЕЛЬНОСТИ ПОПАДАНИЯ В НЕВЫНОСИМЫЕ СТРАДАНИЯ

приводит к возникновению синдрома суицидального кризиса, проявляющегося в следующих симптомах:

- *в эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;*
- *в когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события; в познавательной – снижение успеваемости, нарушения внимания, памяти, забывчатость;*
- *в поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими, желание уединиться, избавиться от присутствия близких, куда-либо уйти, плохая интеграция в группу сверстников, приводящая к чувству одиночества, отверженности;*
- *в соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна, отсутствие аппетита;*
- *психосенсорные расстройства: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».*

ВЫСОКИЙ/ОСТРЫЙ СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК. ЧУВСТВО ОКОНЧАТЕЛЬНОСТИ ПОПАДАНИЯ В НЕВЫНОСИМЫЕ СТРАДАНИЯ

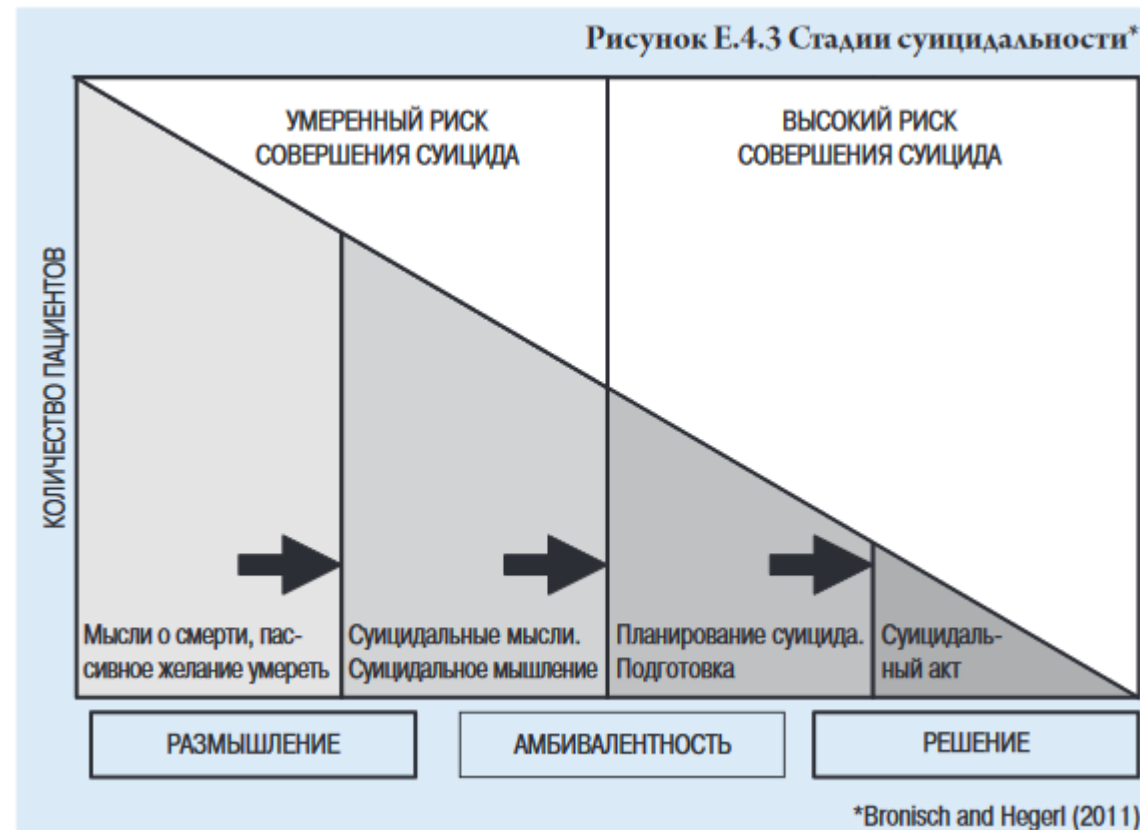
- *суицидальное мышление: нет диссоциации с суицидальностью даже после длительной беседы, тягостные суицидальные мысли, появляющиеся спонтанно, отчетливый план суицида (способ, место, время или другие условия), подготовка к суициду, особенно в случае жестокого способа, подготовка к прощанию; альтруистическое (псевдо-альтруистическое) объяснение суицида, идеи о самопожертвовании;*
- *невозможно установить стабильный контакт.*

Важный фактор риска суицида ребенка в депрессивном состоянии – это изоляция от взрослых, отсутствие их социальной поддержки, онлайн погружение в социальные сети с «заражением» суицидальными идеями.

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 НЕДООЦЕКИ 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.

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.

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 оказание 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.*

Обязательное условие: осознанное отношение родителей к своим обязанностям, эмоциональная готовность к принятию ребенка и родительской ответственности. Родитель должен быть внимателен и рефлексивен в отношении поведения ребенка, его эмоциональных реакций, особенностей общения и взаимодействия с ним, своих реакций и мыслей.

ВОВЛЕЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ В СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: *повышение уровня компетентности родителей (законных представителей детей) в вопросах выявления признаков эмоционального неблагополучия ребенка, оказания ему поддержки, понимания важности своевременного обращения за специализированной помощью – психологической, психотерапевтической, психиатрической.*

Авторитетное родительство основано на любви к своим детям, компетентности в вопросах возрастных особенностей развития детей, их социализации, личностного развития, самоопределения, нетерпимости к формам воспитания детей с использованием насилия и психологического давления, поощряющего личную ответственность и самостоятельность своих детей в соответствии с их возрастными возможностями, формирующего ответственное социальное поведение

ЧТО ВАЖНО ПРЕОДОЛЕТЬ/ПРЕОДОЛЕВАТЬ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ?

НЕДООЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ в плановой работе специалистов.

ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭКСТРЕННОГО РЕАГИРОВАНИЯ на явный риск суицида или работа после совершения подростком суицидальной попытки.

ШТАМП «демонстративно-шантажное поведение».

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СТИГМА (страх населения перед консультацией врача-психиатра) – препятствие для своевременного получения медицинской помощи

«ПОЗДНЕЕ ОБРАЩЕНИЕ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ», когда у специалиста нет временного ресурса для эффективных интервенций.

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

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!