

Учебные материалы к модулю № 3

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ



Игумнов Сергей Александрович,
профессор Национального научного центра наркологии
ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, доктор медицинских наук

Патохарактерологические проявления как фактор аутодеструктивного поведения несовершеннолетних

Знание и учет психологических особенностей современных подростков, их потребностей и интересов позволяет педагогу определить свою индивидуальную личностно-профессиональную позицию и успешно реализовать ее в повседневной работе с ними.

В подростковом возрасте среди основных новообразований личности особо значимы: *становление нравственного сознания, самосознания, самоотношения*. Это время интенсивного *формирования мировоззрения, системы оценочных суждений, нравственной сферы личности растущего человека*. В преобладающей степени эти процессы обусловлены как внутрисемейной, так и социальной ситуацией развития (причем не только

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

ближайшего социального окружения подростка, но и глобальной социокультурной ситуацией развития общества в целом), а также геополитической ситуацией в стране.

Для подросткового возраста характерны следующие особенности:

- половое созревание и неравномерное физиологическое развитие, обуславливающие *эмоциональную неустойчивость* и резкие колебания настроения (от экзальтации до депрессии);
- *изменение социальной ситуации развития*: переход от зависимого детства к потенциально самостоятельной и ответственной взрослости;
- *смена ведущей деятельности*: учебную деятельность вытесняет интимно-личностное общение со сверстниками;
- *открытие и утверждение своего «Я»*, поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений;
- познание себя через *противопоставление миру взрослых* и через чувство *принадлежности к миру сверстников*. Это помогает подростку найти собственные ценности и нормы, сформировать свое представление об окружающем его мире;
- появление *«чувства взрослости»*, желание подростка признания своей «взрослости». В этом возрасте подростки стремятся освободиться от эмоциональной зависимости от родителей.

Так какие они — современные подростки? Современных подростков часто называют буквами латинского алфавита — «Y и Z»; «Миллениалами», «Поколением быстрых кнопок», «цифровым поколением». Что их характеризует, что влияет на их личностное становление и, в то же время, может стать рисками для их психологической безопасности?

Вот основные «штрихи к портрету» современного подростка:

Деформация понятия идеала: для современных школьников постепенно исчезает понятие идеала — либо его осмысление в целом имеет размытые очертания.

Потребность и сложность в общении: наличие проблем в общении, обусловленных отсутствием коммуникативных навыков.

Деформация информационно-эстетических потребностей: значительный процент современных подростков предпочитают лишь такие жанры литературных произведений, как «фэнтези», фантастика, «криминальное чтиво».

Специфика коммуникаций: сегодня Интернет является основным поставщиком информации, досугом и способом организации взаимодействия детей и подростков. Именно потому в эпитетах, именующих нынешнее молодое поколение, столь часто звучат отсылки к интернет-пространству, цифровым категориям. Это их привычное жизненное пространство. Но это также и пространство рисков (в том числе саморазрушительного поведения).

Ориентация на развлечения: в ценностных ориентациях современных подростков зачастую преобладают материальные ценности, удовольствия и развлечения, наблюдается духовно-нравственный нигилизм; среди развлечений значительное место отводится компьютерным играм и ресурсам Интернет.

Патологии характера: виды, источники формирования, проявления, возможности коррекции.

Акцентуация характера – чрезмерная интенсивность (или усиление) индивидуальных черт характера человека, которая подчеркивает своеобразие реакций человека на воздействующие факторы или конкретную ситуацию.

Исследование акцентуаций характера является сложнейшей социально – психологической и медицинской проблемой. Многие подростки имеют

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

аномальные проявления характера, что, безусловно, сказывается на их поведении в обществе, взаимодействие с окружающими, успеваемости в учебной деятельности и др.

Актуальность данного вопроса заключается в том, что в период становления характера, его типологические особенности, не будучи еще сглажены и затушеваны жизненным опытом в подростковом возрасте, выявляются очень ярко. Со временем черты акцентуаций обычно сглаживаются. Это позволяет говорить о «преходящих подростковых акцентуациях характера» [Личко А. Е., 1977].

Будучи крайними вариантами нормы, акцентуации характера сами по себе не могут быть клиническим диагнозом. Они являются лишь почвой, преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств в подростковом возрасте (острых аффективных реакций, неврозов, ситуативно обусловленных патологических нарушений поведения, психопатических развитий, реактивных и эндореактивных психозов). В этих случаях от типа акцентуации зависит как избирательная чувствительность к определенному рода психогенным факторам, так и особенностям клинической картины.

Доминирующие черты характерологических особенностей индивида сопровождают на протяжении всей жизни, а именно:

- Взаимоотношение со сверстниками и взрослыми;
- Психосоматическое состояние;
- Развитие психических процессов;
- Уровень воспитанности, знание этических норм и правил;
- Уровень самооценки;
- Психоэмоциональные проявления.

Таким образом, акцентуация является основополагающим аспектом в становлении взрослеющей личности, обуславливает общественно значимое поведение и деятельность.

Среди личностных особенностей, присущих подростку, выделим формирующиеся у него чувство взрослости и «Я-концепцию». Конечно, подростку еще далеко до истинной взрослости — и физически, и психологически, и социально. Он 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. Еще совсем недавно свободно, легко двигавшийся мальчик начинает ходить вразвалку, опустив руки глубоко в карманы и сплевывая через плечо. У него могут появиться сигареты и обязательно — новые выражения. Девочка начинает сравнивать свою одежду и прическу с образцами, которые она видит на улице и обложках журналов, выплескивая на маму эмоции по поводу имеющихся расхождений. [Рубинштейн С.Л., 1979].

Особо хочется отметить то, что если вовремя не начать психокоррекционную деятельность, направленную на коррекцию акцентуаций характера подростка, то на этом фоне может возникнуть психопатия, которую корректировать в подростковом возрасте уже очень трудно.

Патология всегда соприкасается с нормой, - в области так называемых пограничных состояний и, прежде всего, в той их части, где наиболее ярко выступают нарушения характера и поведения, т. е. при психопатиях и при психопатоподобных расстройствах. В итоге психопатии и психопатоподобные нарушения поведения стали одним из главных полей деятельности подростковой психиатрии. Более двух третей госпитализированных в психиатрические стационары подростков и еще большая доля наблюдаемых психоневрологическими диспансерами относятся к этой области расстройств.

Классификация типов психопатий и акцентуаций, как и всякая научная систематика, оправдывает затраченный на нее труд, если открывает перспективы для ее практического использования. Дифференциация между психопатиями и акцентуациями характера, разделение психопатий по степени

тяжести и акцентуаций по выраженности служат, прежде всего, делу прогноза и связанным с ним вопросам экспертной практики. Довольно сложная систематика типов психопатий и акцентуаций, пристальное внимание к особенностям, отличающим внешне довольно сходные варианты.

Все это предназначено для решения главной задачи: определить эффективные терапевтические и профилактические пути, эффективнее использовать разные формы психотерапии, - дать нужные медико-педагогические рекомендации. Если эта цель не будет всегда и везде видеться перед собой, самые изощренные наблюдения, самые обстоятельные описания, самые тщательно разработанные систематики теряют свой смысл.

Одной из особенностей подросткового периода является завершение формирования характера с заострением некоторых черт и их сглаживанием в дальнейшем.

Именно в подростковом возрасте чаще всего проявляются акцентуации характера, которые представляют собой крайние варианты нормального характера. Под влиянием таких факторов, как стресс, психотравмирующие ситуации, различные жизненные трудности и проблемы, которыми в полной мере характеризуется подростковый возраст, люди с акцентуациями характера могут иметь склонность к девиантному, в том числе и к суицидальному поведению.

Карл Леонгард - в первую очередь психиатр, а его классификация типов акцентуация ближе всего не к здоровым людям, а к психиатрической практике. А.Е. Личко описывал в большей степени психически сохранных людей и людей более молодых, а именно подростков и юношей. По классификации А.Е.Личко, можно выделить следующие типы акцентуаций характера:

- Гипертимный тип
- Циклоидный тип
- Лабильный тип
- Астено-невротический тип

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

- Сенситивный тип
- Психастенический тип
- Шизоидный тип
- Эпилептоидный тип
- Истероидный тип
- Неустойчивый тип
- Конформный тип

Еще раз подчеркнем, что с такими заболеваниями, как эпилепсия, истерия и шизофрения, эти психотипы не имеют ничего общего. Речь идет о терминах, определяющих нормальный «рисунок личности».

Связь суицидального поведения подростка с типом акцентуации характера

Известным французским детским психиатром L.Michaux (1953) было выделено пять типов суицидных попыток (импульсивные, гиперэмотивные, депрессивные, паранойяльные и шизофренические) и 3 типа «суицидального шантажа» (истинный, аффективный и импульсивный). Построенная на интересных наблюдениях, эта классификация все же трудна для практического использования. Критерии разграничения разных типов недостаточно четки, отсутствует единый принцип выделения типов.

Наш материал свидетельствует о том, что суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений при психопатиях и при непсихотических реактивных состояниях на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных нами (Кондрашенко В.Т., Игумнов С.А., 2004) подростков мужского пола с девиантными формами поведения суицидальное поведение отмечено у 34%. Из них демонстративное поведение констатировано у 20%, аффективные попытки — у 11%, истинные, заранее обдуманые покушения — лишь у 3% (от общего числа суицидальных попыток это составляет соответственно 59, 32 и 9%).

Демонстративное суицидальное поведение. Это — разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей (например, наказаний за совершенные правонарушения или проступки), или, наконец, чтобы наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, или доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресована: дома — родным, в компании сверстников — кому-либо из ее членов, при аресте — представителям власти и т.п.

Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неосторожности, неправильного расчета или иных случайностей могут обернуться роковыми последствиями. Оценка поступка как демонстративного требует тщательного анализа всех обстоятельств.

Аффективное суицидальное поведение. Сюда относятся суицидные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью, или такая возможность допускается. Тем не менее здесь обычно имеется большой или меньший компонент демонстративности. Существует целая гамма переходов от импровизированного на высоте аффекта суицидального спектакля до почти лишнего всякой демонстративности истинного, хотя и мимолетного желания покончить с собой. В первом случае речь идет о демонстративном поведении, но развертывающимся на фоне аффекта — аффективная демонстрация (см. Владимир Б.). В других случаях аффективная суицидная попытка может быть обрамлена демонстративными действиями, желанием, чтобы смерть «произвела впечатление» (см. Михаил Б.).

Наконец, истинное покушение на самоубийство может совершаться также на высоте аффективной реакции интрапунитивного (самонаказующего) типа.

Истинное суицидальное поведение. Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной, чтобы суицидным действиям «не помешали». В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких.

Дебюты психических заболеваний, характеризующиеся девиантным поведением.

Подростковый возраст является периодом начала многих психических заболеваний — различных форм шизофрении, шизоаффективного психоза, биполярного аффективного расстройства (в прежней терминологии - маниакально-депрессивного психоза).

Для дебютов психических расстройств характерны жалобы родителей, которые приходится слышать довольно часто, коль скоро речь идет о подростках: «все забросил», «перестал чем-то интересоваться», нередко упоминается новое занятие-хобби, которому подросток посвящает все время, причем не слишком результативно. Возможно, что речь идет и о ярких проявлениях акцентуации характера. Чтобы понять, нужна ли подростку консультация психиатра, или педагогу достаточно призвать на помощь школьного психолога, необходимо ответить на несколько вопросов.

Во-первых, нужно проследить, насколько резкими были данные изменения. Если в более раннем возрасте у подростка отчетливо прослеживались черты, заострившиеся в последнее время и, к тому же, между его нынешним состоянием и социальной ситуацией развития видна очевидная связь, то эти признаки свидетельствуют о более благоприятном варианте трудностей. Если личностные изменения слишком резки и не прослеживаются

никакой связи этих изменений с жизненной ситуацией — это менее благоприятный признак.

Вторым признаком, на который стоит обратить внимание, является наличие/отсутствие так называемого продромального периода т. е. периода, предшествующего заболеванию, во время которого симптомы расстройства возникают как бы по нарастающей, начинаясь с соматовегетативных признаков — расстройств сна, аппетита, возникновения двигательного и эмоционального беспокойства, после чего появляются бред, галлюцинации и другие симптомы, характерные именно для тяжелых психических заболеваний. Разумеется, сами они тоже являются диагностически значимыми.

Третьим признаком, отличающим дебют психического заболевания от других расстройств (например, неврозов), является критичность к своему состоянию и стремление избавиться от своих вновь возникших трудностей. Подростки с невротической симптоматикой всегда оценивают последнюю как нечто негативное, мешающее нормально жить, и стремятся от нее избавиться. При серьезных психических заболеваниях это не характерно.

Четвертым признаком является наличие специфических расстройств мышления и других психических функций. Они описаны в литературе и подробно изучаются в курсе патопсихологии. Поэтому при обследовании психолог должен провести патопсихологическую диагностику для выявления специфических расстройств мышления и других психических функций. Их отсутствие является благополучным признаком.

Если психолог пришел к выводу, что подростку нужна помощь психиатра, он может и должен также помогать ему своими силами.

В частности, необходима консультативная работа с семьей, если ее члены не понимают проблем подростка и своим поведением провоцируют рецидивы заболевания. Одной из наиболее типичных ситуаций, складывающихся в семье в подобном случае, является неприятие и непризнание близкими психического заболевания у подростка. Члены семьи продолжают относиться к нему как

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

здоровому или испытывают преувеличенное чувство вины в связи с тем, что их ребенок страдает психическим расстройством. В подобных случаях бывает необходима консультативная работа с семьей, направленная на помощь в принятии того, что подросток страдает психическим расстройством.

Необходимо также помогать членам семьи избавиться от гипертрофированных чувств вины и стыда, которые травматичны для всех членов семьи. Для этой работы могут быть использованы техники экзистенциально-гуманистического психологического консультирования (Кочюнас Р., 2000; Меновщиков В. Ю., 1998, Мэй Р., 1994).

В семьях подростков, страдающих психическими заболеваниями, вероятны также патологизирующие стереотипы внутрисемейного общения родителей с ребенком. Их влияние давно изучено и подробно описано в литературе (Бейтсон Г. и др., 1956). Оно состоит прежде всего в том, что такие стереотипы общения (прежде всего так называемая «двойная ловушка» - рассогласование вербальной (слова) и невербальной (мимика, жесты и т.п.) компонентов общения) затрудняют ориентировку подростка в контексте межличностных отношений.

В этом случае основным направлением [работы с семьей является формирование у родителей навыков конструктивного общения, которые не травмировали бы подростка. В подобном случае наиболее желательно проведение совместной семейной терапии, направленной на развитие внутрисемейного общения (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Сатир В., 1992, 2000). Однако далеко не у всякого практического психолога имеются необходимые для этого навыки и опыт работы. Кроме того, изложение основ семейной терапии выходит за рамки данной лекции. Тем не менее, помощь семье можно оказать, проводя с родителями тренинговую и консультативную работу, (направленную на развитие конструктивного родительско-детского общения (Гиппенрейтер Ю. Б., 1997).

Необходимо воздействовать и на обстановку в классе вокруг подростка, страдающего психическим заболеванием, чтобы по возможности минимизировать психотравмирующие моменты ситуации. Если психолог проводит тренинговые занятия в классе, то при наличии у него достаточных навыков ведения такой работы в состав группы имеет смысл включить и подростка с душевным расстройством.

Действуя крайне осторожно и предельно тактично, можно развить у подростка некоторые навыки ориентации в житейских ситуациях, переживаниях других людей, а также увеличить степень притяжения данного подростка одноклассниками.

Депрессивные состояния и тревожные расстройства как фактор суицидального риска: характеристика, причины, признаки, симптомы и проявления

Возрастной клинический полиморфизм депрессивных расстройств

Депрессии у детей в возрасте до 7 лет имеют менее выраженные специфические проявления, которые сложнее диагностировать, чем депрессивные расстройства в школьном и подростковом возрасте. Депрессия у детей в возрасте 1,5-2 года проявляется в виде чрезмерной плаксивости, отчуждения, апатии, потери веса, нарушений сна, замедления общего развития, специфических задержек развития речи.

Дети дошкольного возраста, страдающие депрессией, выглядят мрачными и печальными, им не хватает фантазии, живости и энтузиазма в играх со сверстниками, у них может наблюдаться чрезмерная привязанность к маме, выраженная тревога разлуки, мучительные переживания чувства одиночества. Также они бывают очень раздражительными и демонстрируют характерные жалобы на физические боли, например, на боль в животе. Такие дети часто

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

испытывают страхи быть «украденными», брошенными, страх, что с родителями что-то случится или они погибнут.

Дети школьного возраста (7-10 лет), страдающие депрессивным расстройством, проявляют повышенную раздражительность, вспышки гнева и агрессивность, часто предъявляют многочисленные соматические жалобы на головные боли, боли в животе, запоры, одышку, ухудшение аппетита (потерю веса). Характерными симптомами депрессий в этом возрасте могут быть диссомнические нарушения (сонливость днем, сложности засыпания вечером, ранние утренние пробуждения). Как правило, снижается школьная успеваемость, ухудшаются отношения со сверстниками (частые драки, жалобы на отсутствие друзей или на то, что ребенка дразнят). Иногда дети дистанцируются даже от собственной семьи. Начиная с этого возраста, депрессивные расстройства могут сопровождаться суицидальным поведением.

Особенностью проявлений депрессии у подростков является выраженная раздражительность, частые конфликты с родителями, ухудшение академической успеваемости, прогулы уроков, употребление алкоголя и наркотиков, раннее начало сексуальных отношений, а также негативное отношение к собственному внешнему виду, застенчивость наряду с другими симптомами депрессии.

Течение депрессивных расстройств в детско-подростковом возрасте

Согласно результатам многочисленных исследований, которые проводились в популяции детей и подростков, чаще всего депрессивные расстройства диагностируются в возрасте от 14 до 15 лет.

При манифестации расстройства в более раннем возрасте течение характеризуется большей продолжительностью эпизодов, сопутствующей когнитивной недостаточностью, большим риском рецидивов.

В подростковом возрасте манифестация расстройства может быть постепенной или внезапной. В обоих случаях подростки, как правило, в прошлом имели аффективные нарушения в виде отдельных симптомов

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

депрессии или тревоги. Средняя продолжительность одного эпизода депрессии в детско-подростковом возрасте составляет около 8 месяцев. Примерно 90 % детей и подростков вылечиваются в течение от 1-го до 2-х лет с момента заболевания, в остальных случаях наблюдается пролонгированный эпизод депрессии. В 25 % случаев рецидив возникает уже через 1 год после достижения ремиссии; в 40 % случаев это происходит через 2 года после ремиссии; в 70 % случаев – через 5 лет после первичного эпизода. У значительного числа детей имеет место хроническое течение с множественными рецидивами заболевания во взрослом возрасте.

У 20-40 % детей и подростков после первичного депрессивного эпизода в течение 5 лет появляются основания для диагностики биполярного аффективного расстройства (наблюдается инверсия фазы, развиваются гипоманиакальный или маниакальный эпизоды, диагностируется эпизод смешанного аффективного расстройства). Предикторами биполярного течения депрессивного расстройства являются такие клинические особенности, как возникновение депрессивного расстройства в возрасте до 10 лет и отягощенная наследственность из-за наличия в семейном анамнезе аффективных или иных психических расстройств.

К факторам риска возникновения повторных рецидивов депрессивного эпизода у детей относятся:

- первичное депрессивное расстройство в раннем возрасте (до 10 лет);
- тяжелое течение первичного депрессивного эпизода;
- раннее возникновение (в детском возрасте) первого рецидива депрессии;
- сопутствующие расстройства психики;
- наличие остаточных субсиндромальных аффективных симптомокомплексов (состояние неполной ремиссии);

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

- депрессивный когнитивный стиль (специфичные для депрессии нейрокогнитивные нарушения);
- наличие проблем в семейном окружении (депрессии у членов группы первичной поддержки, травматизация ребенка, связанная с декомпенсацией семейного функционирования);
- низкий социально-экономический статус ребенка;
- наличие хронических стрессов.

Дистимическое расстройство чаще всего развивается в возрасте 11-12 лет и может предшествовать депрессивному эпизоду. Дистимии в детском возрасте могут длиться от 2-х до 5-ти лет, вызывая академические, познавательные, семейные, социальные проблемы и нарушения общего развития ребенка. У подростков, страдающих дистимией, наблюдается повышенный риск развития в будущем биполярного аффективного расстройства и расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивных веществ.

Оценка суицидального риска

Г.В. Старшенбаум (2005) выделяет четыре главных фактора, predisposing к истинному суициду в подростковом возрасте:

- 1) насилие, особенно сексуального характера;
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство;
- 3) депрессия;
- 4) дисморфофобия (глубокая озабоченность мнимыми или незначительными недостатками собственной внешности, отталкивающих окружающих).

Изучая повторные суицидальные попытки в подростковом возрасте, С.А. Игумнов (2001) показал, что устойчивость суицидального поведения коррелирует с распространением клинически очерченных форм пограничной психической патологии. Причем повторные суицидальные попытки достоверно чаще носили демонстративный характер.

Чрезвычайно важным фактором, к сожалению, относительно мало изученным, выступает влияние подростковой субкультуры. Так в ответ на сообщения в СМИ к 1999 году о самоубийстве Игоря Сорина, лидера молодежной поп-группы «Иванушки интернешнл», несколько девочек-подростков последовали примеру своего кумира.

При оценке суицидального риска важное значение имеет учет факторов риска (возраста, пола, наличия острых или хронических стрессов, сопутствующих заболеваний, тяжести переживания безнадежности [вitalности переживаний] и степени нарушений импульс-контроля), а также защитных факторов (религиозных убеждений, переживаний за родных), которые могут иметь влияние на реализацию желания совершить самоубийство. Нарушения импульс-контроля могут усиливаться при выходе ребенка из депрессивного эпизода, рецидиве депрессии после инверсии фазы, при смене депрессивного эпизода смешанным состоянием. Нужно также учитывать, что депрессии при биполярном аффективном расстройстве характеризуются более высоким суицидальным риском. Поэтому, врач, по возможности, должен спрогнозировать, что может быть последней каплей для совершения самоубийства ребенком.

Нередко предпринимаются попытки дифференцировать суицидальное поведение и другие варианты самоповреждающего поведения, целью которого может быть стремление облегчить негативные переживания (например, осуществление повторяющихся легких порезов для уменьшения гнева, печали или одиночества, для шантажа в отношении членов семьи и педагогов, а не для лишения себя жизни). Дети из-за незрелости волевых процессов не способны соизмерять свои действия с угрозой для жизни, вследствие чего любые аутоагрессивные действия с их стороны при наличии суицидальных мыслей рассматриваются в качестве истинных суицидов. Врач должен объяснить родителям, почему важно пристально обращать внимание на поведение

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

и высказывания ребенка, почему необходимо ограничить доступ ребенка к медикаментам, оружию и другим предметам, которые могут представлять опасность для здоровья и жизни.

Аддиктивные расстройства как фактор суицидального риска.

Подросткам вообще свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям. По данным T.Ivarsson, половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторный суицид. Таким образом, попытка выделить форму повторяющегося суицидального поведения, становящегося для подростка привычной формой реагирования на стрессовые ситуации, представляется нам вполне обоснованной. Кроме того, выделение аддиктивной формы суицидального поведения может быть и практически полезным.

Хорошо известно, что любые самые веские доводы, направленные против вообще суицидальных мыслей или конкретных действий, малоэффективны. Необходимо попытаться устранить причину и мотив суицидального поведения. И в этом отношении существенную помощь может оказать изучение механизмов формирования, как нам представляется одной из форм суицидального поведения – аддиктивного.

Как же может формироваться аддиктивное суицидальное поведение? Общие биологические механизмы всего живого обуславливают стремление любой зарождающейся жизни походить на давших эту жизнь. Человек не только не является в этом отношении исключением, а наоборот. Ребенок подвержен еще и большому количеству социально-психологических факторов со стороны окружающих его значимых лиц, прежде всего родителей. Проблемы семьи, возможно и скрытые, вызывают у ребенка сложное чувство сопричастности и определенной ответственности за них.

Неумение или нежелание родителей решить эти проблемы неизбежно передается и ребенку, являясь одним из факторов, способствующих развитию суицидального поведения. Если же проблемы в семье, что нередко бывает,

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

приобретают хронический характер и ребенок не получает позитивный опыт решения стрессовых ситуаций, то у него образуются и закрепляются деструктивные механизмы копингов поведения, в том числе и суицидального. Так как в большинстве случаев суицидальное поведение – это своеобразный “крик о помощи”, то суицидальное поведение может закрепляться как способ хотя бы временного (либо очень быстрого) разрешения семейных и личных проблем.

Поскольку у детей и подростков аффективное реагирование, особенно если оно приобретает патологический характер, характеризуется стереотипным повторением, как уже упоминалось ранее, реакциями “клише”, то в дальнейшем уже на любые проблемы подросток дает привычную реакцию. Он становится зависимым от привычной формы реагирования.

В большинстве случаев подобная зависимость может даже не осознаваться подростком, но тем не менее определять его мысли, действия и поступки.

Создается как бы “подсознательно намеченная установка на суицид”. Мы полагаем, что далеко не каждая “подсознательно намеченная установка на смерть” носит аддиктивный характер. Такая “намеченность” может иметь и четко очерченный, как бы “разовый” характер. Но в основе любого суицидального аддиктивного поведения, как нам представляется, лежит “подсознательная намеченность”. Об универсальности механизмов развития любой формы аддиктивного поведения писал В.Д. Менделевич (2016).

Страдающие аддиктивными расстройствами отличаются определенными характерологическими особенностями. Для них характерно преобладание преморбидных эпилептоидных, лабильных, неустойчивых и истероидных типов акцентуаций характера, отмечаются высокая психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации (либо различные девиации), а также изменения характера по органическому типу и отчетливые признаки социальной дезадаптации.

Самооценка подростков с аддиктивным поведением отражает дезадаптивный уровень интерперсональных отношений в неформальном и формальном микросоциальном окружении, меньшую уверенность в себе, большую уступчивость, подчиняемость, более слабое стремление к независимости и самостоятельности, чем у подростков, не склонным к аддикциям и успешно социально адаптирующихся. Структурные компоненты самооценки (Я-реальное, Я-идеальное и Я-прогностическое) совпадают, что свидетельствует об отсутствии стремления к самоусовершенствованию.

Реальный и идеальный образы у этих подростков, как правило, тоже совпадают, отражая ригидность ролевых позиций личности, незрелость и недифференцированность самооценки, нарушение механизмов социальной перцепции.

Психиатрическая помощь в ситуациях суицидального риска.

В случае высокого суицидального риска пациент направляется на лечение в психиатрический стационар, даже в случае его отказа от добровольной госпитализации в соответствии с **Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях право граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г. №3185-1**. Одним из важнейших показаний к госпитализации больных является выявление следующих факторов суицидального риска (Херперц-Дальманн, 2000):

- 1) актуальные суицидальные замыслы с отклонением альтернативных идей, а также наличием точного плана суицида;
- 2) наличие признаков психического расстройства и химической зависимости;
- 3) предшествовавшие суицидальные попытки, особенно в течение последних 12 мес. и особенно совершенные не путем отравления лекарствами;
- 4) суицидальные попытки в семье или среди ближайшего окружения;

«Профилактика аутодеструктивного и суицидального поведения несовершеннолетних с учетом личностных и социально-психологических индикаторов»

- 5) семейные конфликты, особенно с применением насилия и угрозой развода;
- 6) социальная изоляция;
- 7) потеря работы и трудоспособности, прекращение учебы, конфликты с законом.

В России разработана структура суицидологической кризисной службы, которая регламентируется **Приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»**. В соответствии с Приказом суицидологическая служба должна состоять из четырех подразделений:

- 1) расположенный отдельно от психиатрической службы Телефон Доверия;
- 2) кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД);
- 3) кабинет социально-психологической помощи в поликлинике;
- 4) кризисный стационар в больнице общего профиля.

Комплексный медико-социальный подход к профилактике суицидального поведения в группе лиц подросткового возраста включает в себя следующие основные составляющие:

1. Необходима разработка государственных мер поддержки семьи на экономическом, правовом, социальном уровне.
2. При воспитании детей и подростков предоставлять возможность самостоятельности. Делегирование прав подросткам необходимо сочетать с формированием чувства ответственности за свои действия и высоким уровнем контроля за выполнением задания.
3. Создать условия поддержки подростков на этапе перехода к самостоятельной жизни.

4. Альтернативой сложившейся ситуации поиска детьми самостоятельного заработка, зачастую криминогенного характера, предоставлять возможность подросткам участвовать в системе трудовой деятельности с обязательным реальным стимулированием по результатам труда.

5. В осуществлении образовательных задач школы должен быть дифференцированный, гуманистический, индивидуальный подход. Случаи противоправных действий по отношению к детям должны быть своевременно проанализированы и отреагированы коллективом. Необходимо повысить роль воспитательной функции школы, с акцентированием внимания на внеклассных мероприятиях, с поиском новых форм организации свободного времени.

6. Создать условия экономической заинтересованности предприятий, компаний; организаций в оказании помощи в проведении мероприятий по развитию индивидуального творчества, физического здоровья детей. Увеличить выделение бюджетных средств на организацию детского досуга, максимально вовлекать детей в организованный летний отдых.

7. Способствовать проведению программ для детей и юношества на телевидении, радиовещании и в прессе с психолого-педагогическим и юридическим контролем за содержанием информации в СМИ.

8. Школьному психологу, участковому педиатру, психиатру, психотерапевту необходимо вести совместную работу по выявлению суицидальных тенденций с выделением «группы риска» по этому фактору. Повышенную медико-социальную коррекцию проводить в случаях обнаружения депрессивной, психопатоподобной симптоматики, суицидальных тенденции и наследственной суицидальной отягощенности.

9. Целесообразно открыть в городе кабинета психолого-педагогической поддержки для подростков, отделения социально - психологической помощи при кризисных состояниях, молодежных объединений «анонимных наркоманов, алкоголиков».

10. Необходимо улучшить взаимодействие, преемственность между специалистами различных служб оказывающих психолого-психотерапевтическую помощь подросткам.

11. В процессе подготовки и усовершенствования специалистов особое внимание уделить вопросам превенции суицидальных тенденций.

12. Обеспечить условия, чтобы подросток, совершивший суицидальные действия был обязательно осмотрен психиатром или психотерапевтом с проведением ему адаптационно - корригирующей терапии в рамках закона (Приказ МЗ РФ № 245 от 02.07.92 г.).

13. Необходимо разработать единые требования к оформлению следственных материалов дела, с целью получения полной, достоверной информации.

Для профилактики умышленного причинения себе вреда (самоповреждения и самоотравления) предлагаются три стратегии:

1) Уменьшение доступности лекарственных средств. Абсолютное большинство лекарственных средств должно отпускаться только по рецептам врача, а не находиться в свободной продаже. Если какое-либо лекарство все же отпускается без рецепта (например, ненаркотические анальгетики), то его следует продавать в небольших упаковках или в виде пластыря, чтобы воспрепятствовать импульсивному потреблению данного препарата в больших количествах;

2) Поддержка деятельности служб по оказанию помощи людям, находящимся в критическом состоянии;

3) Санитарное просвещение (например, проведение среди подростков дискуссии об опасности передозировки лекарств, об общих эмоциональных проблемах).

Педагогу, столкнувшемуся со случаем суицидальных высказываний подростка, следует **своевременно направить его к профессионалу в области психического здоровья.**