

Суицидальное поведение детей и подростков: определение, виды, причины, выявление.

Мурзакаев А.А.
Врач психиатр
ГБУЗ СО «Свердловская областная
клиническая психиатрическая больница»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ



- **Самоубийство** – осознанное добровольное самостоятельное лишение себя жизни (с целью *ухода от проблемы, при этом сама смерть не является целью*).
- **Суицидальное поведение** – **непрерывный** динамический этапный процесс, развивающийся в результате наличия **предрасположенности** к суицидальному поведению (специфического **суицидального диатеза**) и воздействия **стрессоров** (триггеров), запускающих его формирование. Включает *суицидальные мысли, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид.*

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- **I. Досуицидальный период** – ангедония, депрессия.
- **II. Пресуицидальный период**
 - 1.) *Пассивные суицидальные мысли*
 - суицид рассматривается как **ВОЗМОЖНЫЙ** выход из ситуации,
 - присутствует борьба мотивов.
 - 2.) *Суицидальные замыслы* – **решение** об уходе из жизни, продумывается способ, время и место, формируется внешний повод («ключ»).
 - 3.) *Суицидальные намерения (планы)* – ощущение **безнадёжности**, сформированное решения (установка), побуждение и подготовка.
- **III. Реализации суицидальных намерений**
- **IV. Постсуицидальный период.**



ОТЛИЧИЯ ВИДОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Истинный суицид	Демонстративный суицид
1. Планируемый характер суицида	1. Преимущественно аффектогенный, импульсивный характер поведения (часто прослеживается в анамнезе и в данной ситуации)
2. Предпочтение методов и средств суицида с наибольшим летальным потенциалом , а также выбором места и времени, ограничивающих своевременное оказание помощи	2. Предпочтение методов и средств суицида с минимальным летальным потенциалом , выбором места и времени с необходимым количеством присутствующих – «объекта(-ов) влияния»

Истинный суицид	Демонстративный суицид
<p>3. Ожидаемый итог суицидальных действий – гибель. Важно отметить, что смерть не является целью суицида, она лишь ключевой элемент в общем механизме достижения цели, определяемой мотивом: «протест», «призыв», «избежание» и др.</p>	<p>3. Гибель не является ожидаемым итогом (но в отдельных ситуациях риск гибели может быть высок, и летальный исход должен рассматриваться не как истинный суицид, а как несчастный случай)</p>
<p>4. Максимальное обесценивание жизни и повышение бесстрашия к смерти</p>	<p>4. Ценность жизни для суицидента сохранена, но искажена – жизнь является предметом торга, и подвергается риску. Тем не менее, сохранность даже искаженного отношения к ценности жизни создает базис для психокоррекционной работы</p>

Истинный суицид

5. **Смерть** рассматривается как **прекращение страдания** и личного участия в стрессовой ситуации

6. **Ограничение** жизненной перспективы и **проецирования себя в будущее**: индивидуальная линия времени заканчивается суицидом, и крайне редко переходит эту черту. Это ограничивает поиск человеком возможных вариантов разрешения ситуации в настоящем, и исключает его участие в будущем (в постсуицидальный период).

Проецирование на остающихся в живых:

– негативных переживаний и ответственности за совершенный суицид («пусть потом страдают»);
– облегчения забот, например, при альтруистическом суициде тяжелобольных, считающих себя обузой для окружающих («без меня им будет лучше»)

Демонстративный суицид

5. Суицидальные действия рассматриваются преимущественно как **способ решения конфликта**. Ожидаемый итог – воздействие на объект влияния с целью изменения его поведения или другой вторичной выгоды

6. **Проецирование себя в будущее** сохраняется: линия времени не заканчивается покушением, но продолжаясь в постсуицидальный период, обычно включает чётко оформленные немногочисленные варианты (преимущественно эгоцентричные и ригидные) сценария личного поведения и поведения окружающих. Будущее видится с личным участием, и обязательно включает ближние цели – ожидаемые результаты воздействия на объект влияния

ЧАСТОТА СУИЦИДОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

(на 100 тыс. лиц соответствующего возраста)



ТЕОРИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

- **Теория Д. Бридж, Т. Голдштейна, Д. Бернта:**
КОМПИЛЯЦИЯ
 - *репубертатных семейных факторов,*
 - *пубертатных личностных факторов.*
- **Интерперсональная теория (Т. Джойнер):**
 - *чувство брошенности,*
 - *восприятие себя как бремени,*
 - *приобретённая сниженная чувствительность к боли.*
- **Субкультуральная теория (Д. Лестер).**
- **Когнитивная теория (А. Бек):**
 - **психологические** особенности (*негативное отношение к себе, ригидность мышления, когнитивные ошибки, негативное восприятие своего будущего*),
 - **социальные** факторы (*внешнее событие*),
 - **стресс.**

ДЕТЕРМИНАНТЫ I РАНГА (СУИЦИДАЛЬНЫЙ ДИАТЕЗ)

- **Личностно-психологические** факторы — «Суицидальные» особенности личности, **формируются** в результате *патологического воспитания («кумир семьи», гипоопека и т.д.)*:
 - Эмоциональная неустойчивость
 - Чрезмерно развитое чувство вины
 - Высокие уровни аутоагрессии и импульсивности
 - Низкая стрессоустойчивость
 - Низкая способность к формированию психологических защит
 - Отсутствие навыков конструктивного решения проблем
 - Особенности интеллекта (максимализм, незрелость суждений)
 - Трудности в перестройке ценностных ориентаций
 - Неадекватная самооценка
 - Низкий уровень или отсутствие чувства самодостаточности
- **Биологические** факторы — **наследственная** отягощенность по суицидальному поведению и/или по психическому расстройству; нарушения обмена нейромедиаторов.
- **Клинические** факторы — психическое **расстройство**, в т. ч. органическое поражение ЦНС, умственная отсталость.

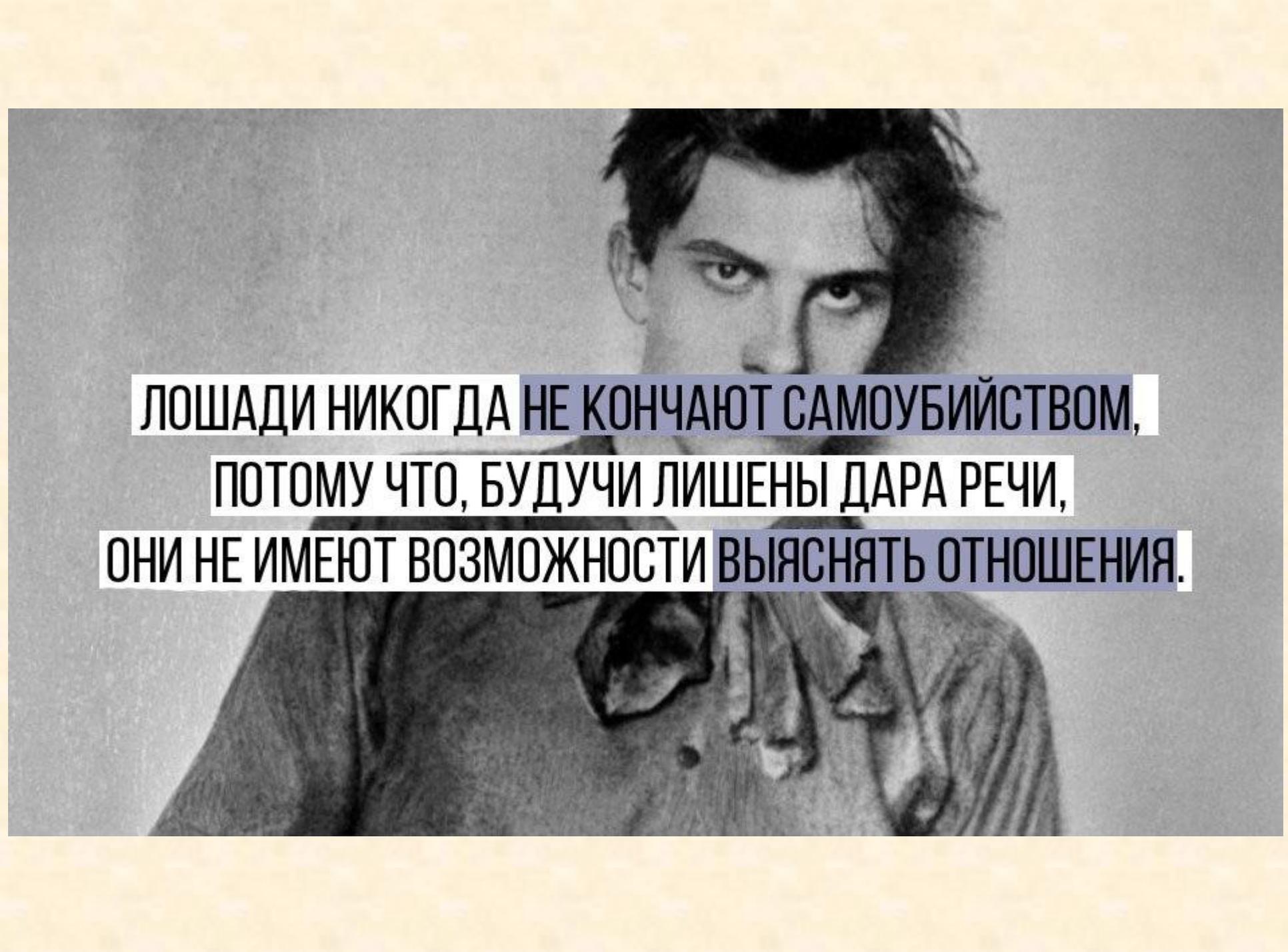
ДЕТЕРМИНАНТЫ II РАНГА (МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ)

- **Стрессы личной жизни**

- **Семейные** конфликты, дезорганизация, депривация, жестокое обращение, насилие, игнорирование
- *Отвержение, конфликты в значимой группе сверстников*
- **Школьная дезадаптация**, проблемы с успеваемостью, авторитарная педагогика, интенсификация учебного процесса (дидактогении)
- **Неразделённые чувства**
- **Сайты** суицидальной направленности

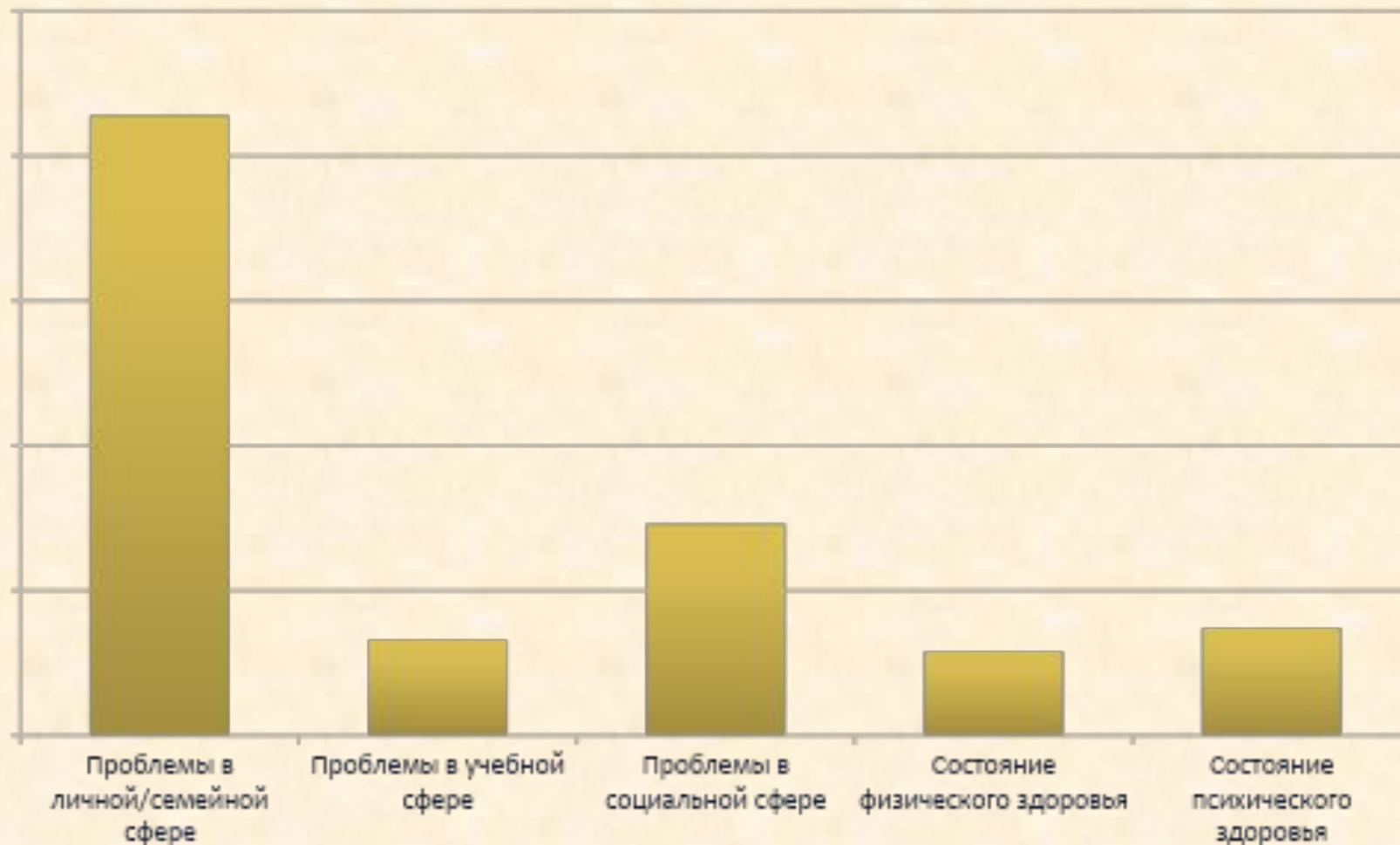
- **Социально-психологическая ситуация**

- **Отсутствие социальной поддержки**, **уходы** из дома
- **Злоупотребление алкоголем**, приём ПАВ
- Депрессия как реакция на *тяжелое соматическое, инвалидизирующее заболевание, болевой синдром.*



ЛОШАДИ НИКОГДА НЕ КОНЧАЮТ САМОУБИЙСТВОМ,
ПОТОМУ ЧТО, БУДУЧИ ЛИШЕНЫ ДАРА РЕЧИ,
ОНИ НЕ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯСНЯТЬ ОТНОШЕНИЯ.

Значимость проблем, определяющих суицидальные действия, в различных сферах жизни подростков



ДЕТЕРМИНАНТЫ III РАНГА (Факторы социального неблагополучия)

- **Макросоциальные**

- Экономический кризис
- Безработица
- Социальные кризисы
- Эмиграция
- Периоды «смены вех», характеризующиеся утратой прежних идеалов и резкими изменениями общественных стереотипов и ценностей

- **Этнокультуральные**

- народы финно-угорской (карелы, коми, удмурты, марийцы, мордва и др.)
- монгольской (буряты, калмыки) групп
- малочисленные этносы Севера Сибири и Дальнего Востока (эвенки, эвены, удэгейцы и др.)

ФАКТОРЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО БАРЬЕРА

Нежелательность смерти	Желательность жизни
Страх смерти	Социальные отношения/ связи
Религия	Объекты заботы
Эстетические переживания	Наличие жизненных планов, замыслов
Стигматизация	Наличие жизненных СМЫСЛОВ

- **Миф 1:** *Люди, говорящие о самоубийстве, не намереваются совершить его.*

Факт: Человек, который говорит о самоубийстве, ищет помощь или поддержку. Люди, думающие о самоубийстве, нередко находятся в состоянии депрессии, испытывают тревогу и безнадежность и могут полагать, что другого выбора у них нет.

- **Миф 2:** *Говорить о самоубийстве не стоит; человек, подверженный риску, может это понять как поощрение суицидального поведения.*

Факт: Из-за стигматизации самоубийств люди, имеющие суицидальные мысли, не знают, с кем поделиться. Открытый разговор не поощрит суицидальное поведение, а откроет для человека иные возможности, даст ему время еще раз пересмотреть своё решение.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- При наличии детерминант 1 ранга – **высокая настороженность!**
- При наличии детерминант 2 ранга – выявлять д.1 ранга.
- При наличии детерминант 3 ранга – выявлять д.1 ранга.
- Согласно рекомендациям ВОЗ, **любые проявления** мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение или самоубийство, **являются** прямым **показанием для** всестороннего **обследования** и активных действий.

- **ОБЛАСТНОЙ ТЕЛЕФОН**

8- 800 300 1100

- **Телефон доверия для детей и родителей**

8- 800 300 8383

- **Психологи клиник, дружественных к молодежи, детских поликлиник**

- **Психиатр детский**

В Свердловской области действуют приказ МЗ СО № 54-П от 28.01.09 г. «О мерах по дальнейшему снижению числа суицидов в Свердловской области» и приказ МЗ СО от 13.04.2012 № 387-П «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения Свердловской области»



Рекомендации

1. Подбирайте ключи к пониманию мотивов суицида

*Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек **одиноким** и **изолированным**.*

2. Установите заботливые взаимоотношения

Встаньте на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка. Постарайтесь проникнуть в изолированную душу отчаявшегося человека.

3. Будьте внимательным слушателем (вникните в то, что высказывается, в т.ч., невербально) , **не спорьте, задавайте вопросы**

4. Не предлагайте неоправданных утешений, предложите конструктивные подходы, вселяйте надежду

5. Оцените степень риска самоубийства, не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска

6. Важно продолжать заботу и поддержку, даже если критическая ситуация и миновала

Обратитесь за помощью к другим специалистам

