

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Кирчагло Ольга Викторовна

*Главный внештатный детский специалист психиатр министерства
здравоохранения Новосибирской области*

*Главный врач Новосибирского областного детского клинического
психоневрологического диспансера*

*Новосибирск
30.09.2024*

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

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, 2024 год

Мотивация, особенности предсуицидального состояния зависят от возраста, личностных особенностей формирующейся личности ребенка.

По результатам анализа суицидов несовершеннолетних в 2024 году (14), а также последних случаев гибели несовершеннолетних, имеющих признаки суицида (7), отмечается:

- *стертость пресуицидального процесса, который не сопровождался тотальной дезадаптацией несовершеннолетних;*
- *дети находились в привычной социальной среде, вели привычный образ жизни, не вызывали подозрений в отношении риска аутодеструктивных действий у окружающих взрослых, в том числе из профессиональной среды;*
- *знаки со стороны несовершеннолетних в последние дни и часы его жизни либо не были идентифицированы, а в случаях их обнаружения – не хватило времени, чтобы отреагировать, принять оперативные меры по спасению.*

ОСНОВНЫЕ ПОТЕНЦИИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА



- незрелость эмоционально-волевой сферы; низкая учебная мотивация;
 - неуспешность в учебной деятельности, отчисление из учебного заведения;
 - трудности общения со сверстниками;
 - конфликтность;
 - склонность к деликвентному поведению;;
 - склонность к риску (устойчивая характеристика личности, связанная с рядом личностных черт, такими как импульсивность, поиск новизны, независимость, стремление к успеху, склонность к доминированию, при которой индивид с разной степенью осознанности подвергает себя опасности, исходя из своей субъективной оценки как данной ситуации, так и возможного дальнейшего хода событий в результате принятого им решения);
 - сниженный самоконтроль, импульсивность (черта характера, выражающаяся в склонности индивида действовать без достаточной степени сознательного контроля, как под влиянием внешних обстоятельств, так и в силу внутренних эмоциональных переживаний);
 - пренебрежение социальными нормами;
 - высокая эмоциональная реактивность (быстрота возникновения или изменения эмоции): склонностью к возникновению бурных эмоциональных вспышек, неадекватных причине, их вызвавшей, или чрезмерной эмоциональной чувствительностью (гиперестезией) ко всем внешним раздражителям;
 - спутанная идентичность: мучительный поиск себя, своего места в обществе и отсутствие четкой жизненной перспективы..
- высокий уровень достижений и мотивации к учебной деятельности;
 - активность в социальной жизни (активные участники различных олимпиад, школьных проектов);
 - разносторонние интересы;
 - глубоко переживающие события, связанные с невозможностью достижения субъективно значимых целей, которые, возможно, становятся сверхценной идеей.

ПОТЕНЦИИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В 2024 ГОДУ

Конфликты, связанные с успеваемостью, отказом законных представителей от покупки желаемых материальных благ – 1.

Конфликты с матерью на почве необходимости выполнения требований, учебной неуспеваемости – 1.

Нахождение на домашнем обучении, чувство изолированности, значительные проблемы во взаимоотношениях со сверстниками – 2.

Чувство глубокой неудовлетворенности в сфере романтических отношений – 2.

Эмоциональная незрелость, импульсивность, склонность к протестным реакциям – 4.

Низкий уровень мотивации к учебной деятельности – 5 (3 – высокий), из них 2 несовершеннолетних были отчислены из учебного заведения, при этом 1 – проживал без родителей, один в квартире матери, имел разлад в романтических отношениях.

Хроническое соматическое расстройство – 2.

Суицид родственника (год назад) – 1.

Психическое расстройство – 3.

Зачастую, при детальном разборе случая гибели ребенка, выявляется множество факторов риска, которые ранее не были идентифицированы ближайшим окружением.

ОБ ОЦЕНКЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Оценка риска суицидальных действий и их прогноз в силу многообразия и изменчивости суицидального поведения возможен только в краткосрочной перспективе, в остром состоянии – до 48 часов (Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, 2018).

***Факторы риска** не являются непосредственным симптомом суицидального поведения, не определяют и не прогнозируют суицид.*

Цель выявления факторов риска – проведение превентивной работы, направленной на их минимизацию, формирование (усиление) факторов защиты, а также целенаправленная работа по созданию такой социальной ситуации развития, которая бы имела позитивное развивающее влияние на развитие детской психики, помогала бы подростку справляться с возрастным кризисом, наполненным внутренними и межличностными конфликтами.

Своевременность выявления факторов риска повышает вероятность эффективного влияния на ситуацию развития суицидального поведения на индивидуальном уровне.

Помощь становится адресной, персонифицированной.

Детерминанты риска суицида становятся «мишенями» превенции и интервенции.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

психологические	семейные	социальные	физические
<p>перфекционизм</p> <p>сенситивность</p> <p>ответственность</p> <p>низкая самооценка</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, низкий самоконтроль в повседневной жизни, стремительность перехода негативных эмоций в поведение с реакциями гнева, раздражения, проявлениями враждебности*</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><u>склонность к глубокому переживанию событий, связанных с невозможностью достижения субъективно значимых целей, восприятие неблагоприятных событий с особой остротой</u></p> <p><u>пренебрежение социальным нормам</u></p> <p><u>опасения социального неодобрения</u></p> <p><u>конфликтность</u></p> <p><u>поглощенность темой смерти*</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>частые конфликты с родителями</p> <p>завышенные требования со стороны родителей, без учета возможностей ребенка</p>	<p>нет друзей</p> <p>отсутствие чувства сопричастности к значимой группе сверстников, социальная изоляция</p> <p>неуспешность в учебе</p> <p><u>разрыв романтических отношений/безответные чувства</u></p> <p><u>резкое снижение успеваемости</u></p> <p><u>конфликтные отношения с педагогами/одноклассниками, буллинг</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>

ОСНОВНЫЕ ПОТЕНЦИИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА. ВОЗРАСТ

Важно учитывать!

1. Типичные психологические характеристики подросткового возраста:

- неустойчивость эмоциональных реакций;
- склонность к рискованному поведению;
- слабая сформированность регуляторных структур и волевых процессов при дефиците прогноза и контроля собственных действий;
- амбивалентность и полярность убеждений и установок;
- неразвитость и неустойчивость идентичности.

2. Биологические факторы

- пубертат (активация гормонов гипофиза, половые гормоны);
- активация надпочечников (глюкокортикоиды, катехоламины);
- финальные стадии взросления префронтальной коры головного мозга.

3. Наличие специфических проблем:

- трудности в выстраивании взаимоотношений с родителями в условиях нарастания сепарации и сохранения зависимости;
- высокий уровень вовлеченности во взаимоотношения со сверстниками;
- переживания первой влюбленности;
- зависимость самооценки от отношений с окружающими.

Несоответствие уровня биологического развития индивида его психологическому и социальному уровням, сложные задачи формирования целого ряда новых психологических и социальных характеристик, смена личностных и социальных приоритетов вызывают значительный уровень стресса у подростков.

Сам факт суицидальной попытки в анамнезе у подростка, должен рассматриваться как важнейший фактор риска суицида в дальнейшем

ОСНОВНЫЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, возможно свидетельствующие о неблагополучии в эмоциональной сфере

- 1. Нарушения пищеварения: ощущения подташнивания по утрам; отсутствие аппетита по утрам и повышенный аппетит вечером или ночью; психогенные запоры (снижение перистальтики кишечника) и другие проблемы с пищеварением.*
- 2. Вегето-сосудистая дистония: ощущение общей слабости, повышенная утомляемость, метеозависимость самочувствия; «беспричинные» приступы сердцебиения и одышки; мигрирующие боли в руках, ногах, спине.*
- 3. Нарушения дыхания: периодические ощущения нехватки воздуха; чувство стягивания грудной клетки; поверхностное, скованное дыхание; неудовлетворенность вдохом, затрудненность «полного» вдоха, частая одышка.*
- 4. Нарушения сна: проблемы с засыпанием, наплывы тягостных мыслей по ночам, хроническая бессонница, тревожный поверхностный и прерывистый сон, проблемы с пробуждением, сонливость днем.*
- 5. Психогенные головные боли и головокружение: болевые ощущения возникают при обострении депрессии, нарастают в стрессовой ситуации и при приступах «немотивированной» тревоги.*

О ВЛИЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Психическое расстройство может оказывать влияние на совершение несовершеннолетним лицом суицидального действия, однако *в прямой причинно-следственной связи суицидальное действие с психическим расстройством не состоит*, отсутствуют научные данные о существовании психических расстройств, которые неизбежно приводят к самоубийству.

В свою очередь дети, страдающие психическим расстройством, зачастую, имея положительную динамику в рамках его, имеют множественные дополнительные факторы риска: на уровне семьи, социума, а также на уровне индивидуально-психологических, личностных особенностей (для данных несовершеннолетних характерны незрелость психической деятельности, ригидность когнитивных и личностных установок, низкая способность переработки собственного опыта, слабость процессов саморефлексии).

Под влиянием социальной ситуации ребенок, страдающий психическим расстройством, в условиях широкой и все более нарастающей информированности через Интернет, СМИ, социальные сети о суицидальном поведении, формирует устойчивую легкость принятия им суицида как способа выхода из любой конфликтной, травмирующей для него ситуации, уже не связанной с установленным психическим расстройством, по которому он получает лечение и наблюдение.

РАМКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

ОБРАЗОВАНИЕ

f

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
Психиатрическая помощь

формирование безопасной среды, психолого-педагогическое сопровождение

медицинские интервенции

Выявление признаков психического неблагополучия в эмоциональной и поведенческой сферах несовершеннолетних, факторов потенциального риска суицидального поведения

Инструменты

Факторный анализ в образовательной организации в рамках реализации комплексной модели профилактики кризисных ситуаций в муниципальной системе образования города Новосибирска: регулярность и системность индивидуальной оценки ученика.

Профилактические медицинские осмотры врачом-психиатром несовершеннолетних в возрасте 14-17 лет, ежегодно.



Дифференциация медико-педагогической помощи по выявленным группам, совместное ведение случая.
Посредник – законный представитель.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВРАЧОМ-ПСИХИАТРОМ.

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ ВРАЧА-ПСИХИАТРА выявление признаков: депрессивных и тревожных расстройств; суицидального (мысли, намерения, план) и самоповреждающего поведения, потенциального риска суицидального поведения; жестокого обращения, буллинга, кибер-буллинга.

1 этап. Первичный осмотр ребенка. ДИАГНОЗ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН

В случае подозрения на наличие у ребенка заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров и исследований, включенных в Перечень исследований, врач направляет несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование.

2 этап. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПРОЙТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, УБЕДИТЬСЯ, ЧТО РЕБЕНОК ЗДОРОВ ИЛИ, В СЛУЧАЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ПРОЙТИ НЕОБХОДИМЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

**ВАЖНА РАБОТА ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКАЗОВ!**



КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

Опыт показывает, что внедрение факторного анализа в образовательных организациях

- *формирует более внимательное отношение к детям,*
- *способствует изменению коммуникативных стратегий в школе в направлении создания психологически безопасной и комфортной среды, поддерживающего, принимающего стиля межличностного взаимодействия.*
- *повышает вероятность эффективного влияния на ситуацию развития суицидального поведения на индивидуальном уровне за счет своевременного выявления факторов риска .*
- *Помощь становится адресной, персонифицированной. Выявляются возможные «мишени» последующих кризисных биопсихосоциальных вмешательств*

Факторный анализ может выявить важные проблемы, которые усугубляют дистресс ребенка (на фоне суицидального риска – низкого, среднего, высокого). Выявление этих проблем приводит к значимым вмешательствам: социально-психологическая помощь в образовательной организации (кризисном отделении психолого-медико-педагогической комиссии) при низком и среднем риске; специализированная (психиатрическая) помощь при выявлении суицидального риска высокой степени

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕВЕНЦИИ

- *формирование системной работы специалистов, ориентированной на личностно-социальное развитие (восстановление) несовершеннолетних;*
- *обучение несовершеннолетних в психолого-педагогической и воспитательной работе навыкам совладения со стрессом, а также навыкам эмоциональной регуляции и дифференциации эмоционального состояния, расширение репертуара паттернов поведения в стрессовой ситуации;*
- *развитие у несовершеннолетних положительной Я-концепции, критического мышления, способности планирования, прогнозирования, саморегуляции и эмпатии;*
- *развитие у специалистов более внимательного отношения к детям, поддерживающего, принимающего стиля межличностного взаимодействия;*
- *активное содействие в повышении уровня достижений в учебной деятельности, чувства успешности в ней;*
- *формирование гармоничной, безопасной среды для ребенка с учетом его индивидуальных особенностей.*

Важно! *Коррекция формирующейся личности ребенка, которая детерминирует развитие суицидального поведения, невозможна вне среды, в которой существует ребенок, вне системы установившихся межличностных отношений.*

ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ – ФОРМИРОВАНИЕ АНТИСУИЦИДАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ (ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ) на уровне внешних (семья, образовательная организация, друзья, значимые взрослые) и внутренних (психологических, личностных) ресурсах несовершеннолетнего.

В процессе проведения психокоррекционных мероприятий, формирования личностных ресурсов, способствующих снижению риска суицидального поведения, специалисты сосредоточены на развитии у несовершеннолетних:

- *стрессоустойчивости;*
- *жизнестойкости,*
- *положительной Я-концепции,*
- *критического мышления,*
- *способности планирования, прогнозирования, саморегуляции и эмпатии.*

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.*

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

СНИЖЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

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



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).*

КАБИНЕТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»

Цель: обеспечение доступности и своевременности оказания психологической помощи несовершеннолетним, находящимся в стрессовой ситуации, имеющим факторы риска суицидального поведения.

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 несовершеннолетним лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, 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.*

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ