

# *ПРОФИЛАКТИКА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ*

*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>*

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (БЛАГОПОЛУЧИЕ) ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ребенка является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья, развития.*

*Психическое здоровье детей рассматривается как оптимальный уровень психо-физического и личностного развития, как состояние душевного благополучия, которое характеризуется отсутствием болезненных психических явлений, и обеспечивает адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности.*

*В состоянии психического здоровья ребенок имеет возможность реализовывать свой потенциал: интеллектуальный, личностный; противостоять стрессам, решать сложные задачи возраста, связанные с учебной деятельностью, общением и социальной адаптацией.*

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (БЛАГОПОЛУЧИЕ) ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Эмоциональное и физическое здоровье помогает подросткам легче справиться с проблемами переходного возраста и облегчает вступление во взрослую жизнь.
- Психическое благополучие в детстве связано с навыками социализации и способностью адаптироваться к условиям среды, что в свою очередь ведет к более позитивным результатам во взрослом периоде жизни.
- Порядка половины всех проблем в области психического здоровья взрослых берет свое начало в подростковом возрасте или ранее.
- Психическое здоровье и благополучие подростков в значительной степени зависит от жизненных обстоятельств и взаимоотношений. **В числе основных защитных факторов может быть названо чувство связанности с родителями и семьей, включая социальную поддержку, по крайней мере, одного, проявляющего заботу взрослого.**
- Гармоничное общение в семье и благожелательные сверстники помогают молодым людям приспособиться к новым ситуациям и противостоять жизненным стрессам

*ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ* является уникальным периодом в развитии человека.

*Это период интенсивного развития, связанный с формированием представлений о том, что происходит в мире, своей роли в нем.*

*Бурные стрессогенные биологические и психосоциальные изменения второго десятилетия отражаются на всех аспектах жизни.*

*Особое место во взрослении ребенка занимает **подростковый кризис** – пик переходного периода от детства к взрослости. Мир воспринимается подростками как некое соотношение черного и белого, хорошего и плохого как в окружающих, так и в себе.*

*Подростковый возраст характеризуется интенсивным формированием мировоззрения, системы самооценки и оценки окружающей действительности, ценностно-смысловой сферы.*

## **1. Типичные психологические характеристики подросткового возраста:**

- *нестабильность 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. 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 самооотношения от отношений с окружающими.*

## ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- *отсутствие заботы; семейные конфликты; недостаточная дисциплина в семье; смерть члена семьи*

---

- *сложный характер*

---

- *неуспеваемость; неспособность учителей создать благоприятную атмосферу для посещения школы и обучения; ненадлежащее ведение образовательного процесса*

---

- *низкий уровень физической активности, нарушение режима сна*

*Дефицит любви и отсутствие знаний о воспитании и развитии ребенка приводят к таким явлениям, как падение уровня физического и психического здоровья детей, понижение их интеллектуального потенциала и духовно-нравственных ценностей, нарушение процесса адаптации в обществе.*

# ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Самоуважение, устойчивая хорошая самооценка.

---

- Привязанность к близким, чувство поддержки, участия, заботы.

---

- Чувство принадлежности к школе, социальной значимости успешности в учебной деятельности, потребность в получении образования.

---

- Позитивные роли в межличностном взаимодействии, культурный опыт, возможность конструктивного проведения досуга.
- Гармоничное развитие личности: положительная Я-концепция, критическое мышление, способность планировать, прогнозировать, хороший уровень саморегуляции и эмпатии.

## ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА УРОВНЕ СЕМЬИ

*Изоляция от взрослых, отсутствие их социальной поддержки.*

*Авторитарный стиль воспитания*

*Безразличие со стороны родителей, а также враждебное отношение, строгость и тотальный контроль.*

*Запрет (культуральный, психологический) на выражение и проявление эмоций.*

### ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ

**!** *Родительская компетентность, проявления внимания и заботы, позитивного интереса, эмпатии, способность осознавать внутренний эмоциональный настрой ребенка, взаимопонимание формируют у ребенка основополагающие элементы психического здоровья и благополучия:*

- *ценностное отношение к жизни;*
- *культуру безопасного поведения;*
- *эмоциональный контроль и саморегуляцию;*
- *умение взаимодействовать с окружающим миром;*
- *гибкую адаптацию.*



## 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.*



## ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

- 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.

## 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.*

## 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.*

## 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>

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

**ЦЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ** – раннее выявление заболеваний, определение группы состояния здоровья и определение медицинских групп для занятий физической культурой.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ВРАЧОМ-ПСИХИАТРОМ** – являются самой важной частью наблюдения за психическим здоровьем детей. **Это дополнительная возможность своевременно распознать признаки неблагополучия в психическом состоянии ребенка и оказать необходимую помощь.**

Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды, для детей школьного возраста – это 14, 15, 16, 17 лет.

Необходимость прохождения профилактических медицинских осмотров закреплена законодательно Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров».

*В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ ВРАЧА-ПСИХИАТРА выявление риска психических расстройств:*

*ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА*

*САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (мысли, намерения, план)*

*ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ, БУЛЛИНГ, КИБЕР-БУЛЛИНГ*

*Ежегодно почти 46 000 подростков погибают, совершив самоубийство, которое входит в пятерку основных причин смерти для их возрастной группы*

ЮНИСЭФ, 2021

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

*При проведении профилактических медицинских осмотров выделяют два этапа:*

### **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.

*«Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей» (Семейный кодекс Российской Федерации" от 29.12.1995 N 223-ФЗ, статья 63. Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей).*



## ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В КРИЗИСНЫХ (СУИЦИДООПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ)

- *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 кабинета медико-психологической помощи 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).

*Все виды консультативно-лечебной помощи осуществляются на бесплатной основе и не требуют каких-либо направлений.*

*Препятствия к получению своевременной медицинской помощи психиатрического профиля: страх родителей, психиатрическая стигма в обществе, недооценка тяжести состояния.*

*Фактором риска суицида является отсутствие психиатрической помощи в первые три месяца психического расстройства (депрессивного, тревожного).*

## 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.*

### *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.*

**Авторитетный родитель** устанавливает границы, разъясняет ребенку суть происходящего и требует от своего ребенка поведения, соответствующего его возрасту, а также вдохновляет его и помогает ему. Требования разумны, границы установлены. Для того чтобы добиться послушания родитель не использует силу, а применяет гибкий контроль.

**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.

**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.

**Авторитетный родитель** помогает своему ребенку справляться с кризисными периодами в жизни.

*Таким образом, авторитетное (ответственное) родительство – это сбалансированность различных сторон воспитания, прежде всего: коммуникативной, эмоциональной, нормативной, духовной, охранительной.*

*Коммуникативная сторона* заключается в регулярном общении с ребенком (ценность непосредственное общение с ребенком). Родителю необходимо быть в курсе того, что происходит в жизни ребенка, его предпочтений, интересов.

*Эмоциональная сторона* заключается в умении родителя выступать в роли советчика, помощника, вызывать в ребенке ответную реакцию, делиться своими переживаниями, обсуждать проблемы.

*Охранительная функция* предполагает сохранение и укрепление здоровья ребенка.

*Нормативная сторона* отражается в умении родителей обучать ребенка следовать правилам, существующим в обществе, в котором он живет.

*Духовная сторона* родительских отношений, которая призвана прививать ребенку базовые жизненные ценности, такие как жизнь, здоровье.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**