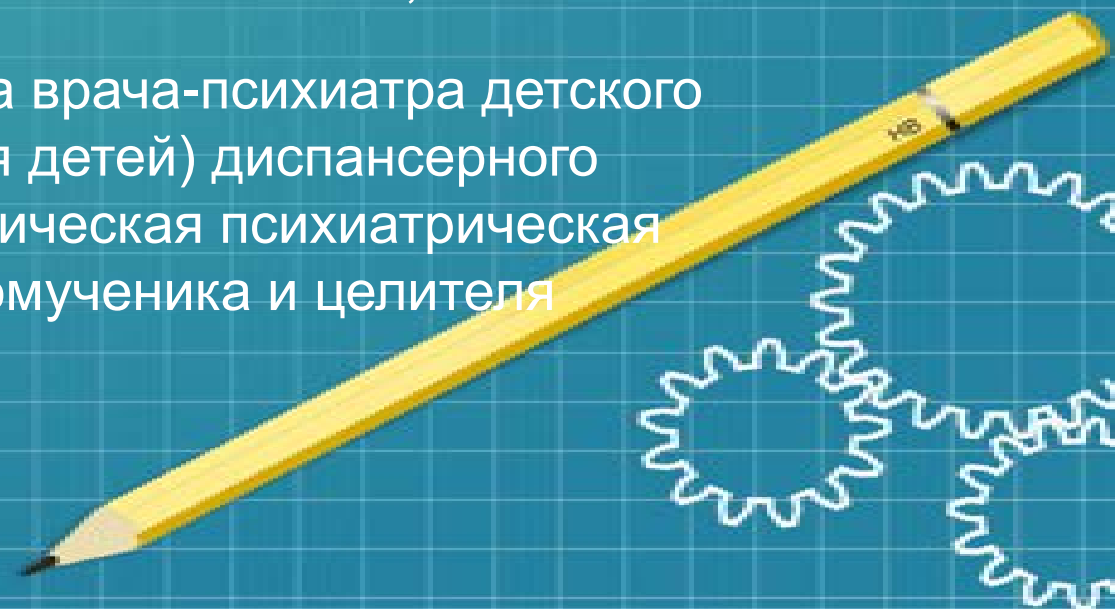


Клинико-психологические маркеры суицидального поведения в подростковом возрасте

- Коростелева Олеся Евгеньевна,
- медицинский психолог кабинета врача-психиатра детского (кабинет психического здоровья детей) диспансерного отделения ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона»



Актуальность

Современные теории рассматривают суицидальное поведение как комплекс разнообразных патогенетических факторов, которые включают в себя биологические, социально-средовые, психолого-психиатрические. Необходимо отметить тесную взаимосвязь биологических, психолого-психиатрических и социально-средовых факторов в процессе формирования суицидального поведения.

Подростковый период является наиболее кризисным в силу влияния физиологических, психологических и поведенческих особенностей данного возрастного периода.

Подростковое суицидальное поведение является наиболее значимым фактором, при этом после 17-18 лет суицидальные попытки чаще всего являются *повторными*, что позволяет говорить о *формировании стереотипа кризисного реагирования* и суицидального поведения в подростковом возрасте, что обуславливает выделение в классификации суицидов отдельно подростковый суицид или «пубертатный суицид».



В классификации подросткового суицидального поведения необходимо учитывать роль семейных взаимоотношений и типа воспитания, также не мало важную роль занимает школа и общение со сверстниками, что является одним из важных этапов подросткового периода.

Высокой суицидогенной опасностью обладает *патологическое воспитание* в родительской семье (по статистике более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях).

В настоящее время, одна из важных сфер, участвующая в развитии подростков — общение со сверстниками и школа, выполняет ограниченные возможности в виде дистанционного обучения, когда общение ограничивается только онлайн, а также постоянное нахождение в семье, где мог обостриться внутрисемейный кризис.

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста

(А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно)

Реакция депривации	Потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания.	В семье - жесткое авторитарное воспитание.
Эксплозивная реакция	Аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству.	Воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Цель - стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту
Реакция самоустранения	Эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность.	Педагогически запущенные подростки с невысоким уровнем интеллекта. Цель - уход от трудностей.

Классификация подростковых суицидов

- Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в специфике суицидальных действий, среди которых выделяются следующие:
 - 1) Самоповреждения
 - 2) Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом
 - 3) Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией
 - 4) Суициды с мотивацией самоустранения

Самоповреждения

- Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии.
- В анамнезе - воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего - эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена.
- Эмоциональное состояние во время самоповреждений
 - - злоба, обида.
- Для таких подростков характерно
- объединение в асоциальные группировки



Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом

- Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидный и возбудимый типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников - дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей - нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация подобным образом не разрешается - возможен повтор.



Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией

- Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате - демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

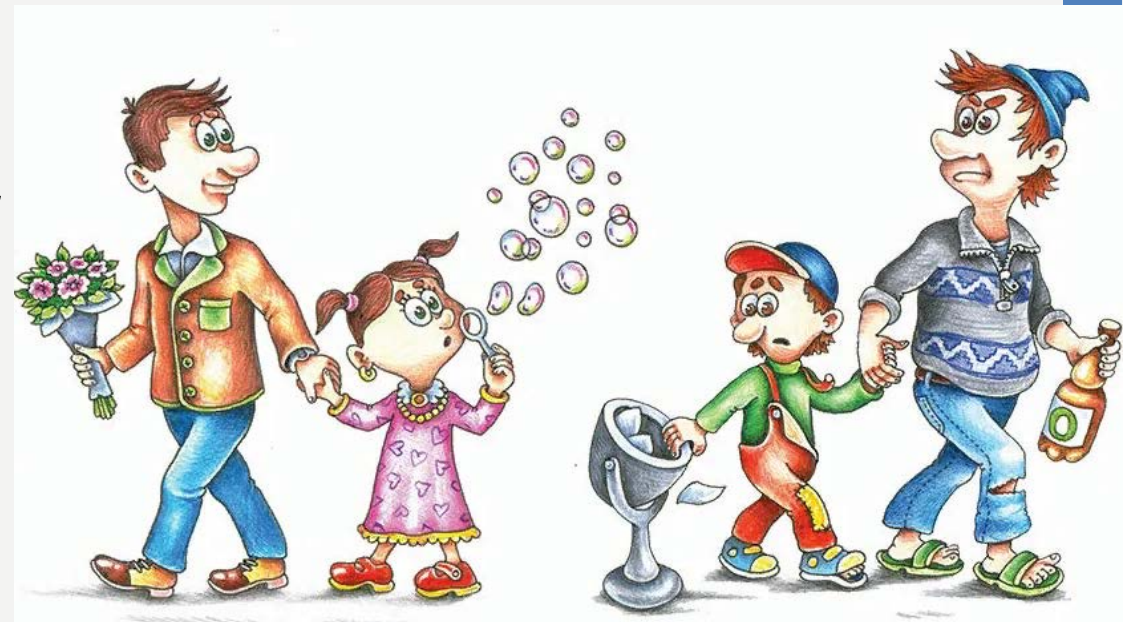


Суициды с мотивацией самоустранения

Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сенситивная акцентуации, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастению. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто прибегают к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде - страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.



Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения.



Наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них - скрытые конфликты.

Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов.

Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего - конфликты со сверстниками и в школе.

Важные рекомендации



Важно помнить, что просто наличие маркеров суицидального поведения самих по себе (одного или нескольких) абсолютно не показатель того, что у ребенка имеются суицидальные намерения. Более того, возможны ситуации, когда при наличии 5-6 маркеров, суицидальных намерений у ребенка нет.

Также важно помнить, что *наблюдение и последующий анализ* - единственный метод раннего выявления, который имеет минимальную погрешность. К примеру, погрешность разовых тестов в ряде случаев приближается к 68%.

Важные рекомендации



- Установите заботливые взаимоотношения с ребенком
- Будьте внимательным слушателем
- Будьте искренними в общении, спокойно и доходчиво спрашивайте о тревожащей ситуации
- Помогите определить источник психического дискомфорта
- Вселяйте надежду, что все проблемы можно решить конструктивно
- Помогите ребенку осознать его личностные ресурсы
- Окажите поддержку в успешной реализации ребенка в настоящем и помогите определить перспективу на будущее.

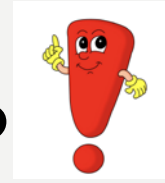


Кто может помочь □

- 1. Школьный психолог (психолог-педагог, классный руководитель), который порекомендует обратиться в мед учреждение или в кризисный центр.
- 2. Участковый педиатр расскажет о доступном лечении и направит к специалисту (неврологу, психологу, психотерапевту или психиатру).
- 3. Специалист (врач-психиатр, невролог, психотерапевт) может выписать препараты для коррекции эмоционально-личностной сферы и снятия психоэмоционального напряжения.
- 4. Специалисты могут направить в кабинет медико-психологической помощи несовершеннолетним с кризисными и суицидальными состояниями, включающий в себя команду специалистов: психиатра, медицинского психологов, социальных работников и т. д., который располагается на базе диспансерного отделения ОБУЗ «ККПБ» (Димитрова, 61)
- 5. Если врач почувствует, что психоэмоциональное состояние представляет угрозу для жизни, или будет необходим медицинский уход и круглосуточное наблюдение, могут предложить пребывание в круглосуточном стационаре ОБУЗ «ККПБ».



Важно знать



Если обратится к психиатру, обязательно «поставят на учет»! - это МИФ.

Согласно «Закону о психиатрической помощи» обращение к психиатру добровольное.

Осмотр, наблюдение, лечение ребенка до 15 лет проводится только с согласия его законных представителей (родителей, опекунов), а с 15 лет — с согласия самого подростка. Недобровольный осмотр, наблюдение и лечение происходит только тогда, когда ребенок опасен для себя или окружающих, но на это требуется решение суда.

Динамическому наблюдению подлежат пациенты, которые страдают хроническим и затяжным психическим расстройством, с тяжелым стойким, часто обостряющимися болезненными проявлениями (ст. 27, п.1 Закон РФ «О психиатрической помощи»)

Если один раз обратится, то об этом узнают в школе, в детском саду, на работе! - это МИФ.

Согласно «Закону о психиатрической помощи» сведения об обращении или наблюдении, не распространяются — они являются врачебной тайной! Врач - психиатр может давать сведения только законным представителям ребенка, следственным органам или суду по официальному запросу.

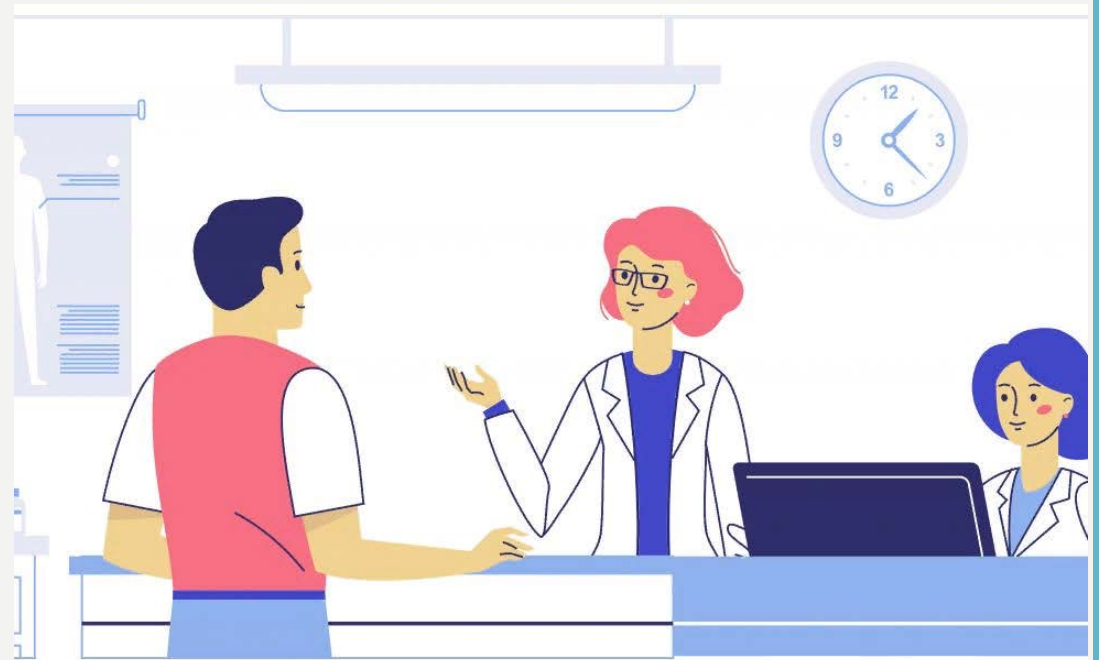
Если в детстве обращались к психиатру, то во взрослой жизни могут возникнуть проблемы! - МИФ

Если человек в детстве наблюдался психиатром, а потом был снят с наблюдения, то при прохождении комиссии для получения прав, получении допуска к работе и/или учебе как правило «детские» диагнозы не являются противопоказаниями.



Как записаться на прием к детскому психиатру и медицинскому психологу □

- Запись на прием к специалистам осуществляется с понедельника по пятницу включительно с 8-00 до 17-00
- ✓ по тел.: 8(4712) 78-79-21
- ✓ в регистратуре по адресу:
- г. Курск, ул. Димитрова, д.61.

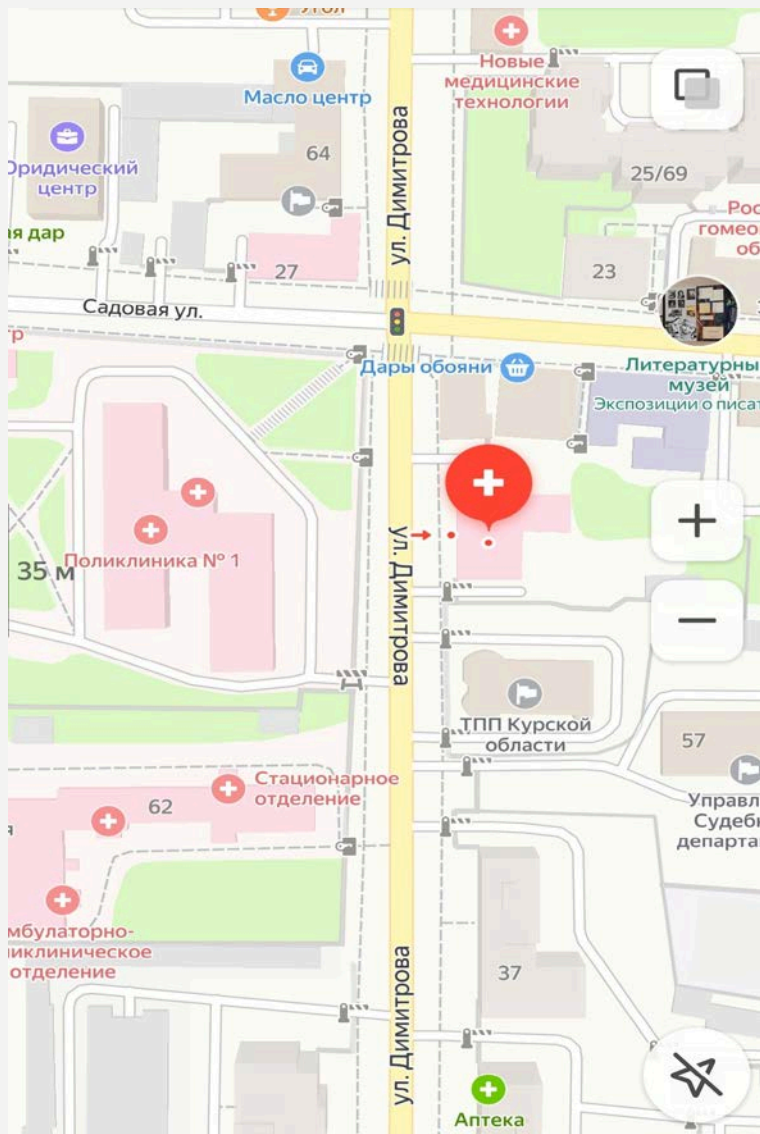


Какие документы необходимо при себе иметь, обращаясь за помощью □

- При себе необходимо иметь оригиналы и копии следующих документов:
- - паспорт одного из родителей или законного представителя;
- - свидетельство о рождении ребенка;
- - медицинский полис;
- - СНИЛС;
- - направление;
- - характеристика с места учебы или дошкольного учреждения;
- - выписка из амбулаторной карты ребенка из поликлиники (по возможности), последнее обследование от невролога жительства.



Как к нам добраться?



- На карте обозначено место, где мы находимся
- г. Курск, ул. Димитрова, д. 61

Если нужна экстренная помощь?

-
- Если вы находитесь в трудной жизненной ситуации, испытываете стресс, тревогу, эмоциональную напряженность, или испытываете переживания по любой другой причине — звоните по телефону: 7 (4712) 78-79-29
- В социальной сети работает группа Служба психологической помощи ОБУЗ «ККПБ» Переходите по qr-коду в Telegram или обращайтесь в группу через сообщения в ВК.





**БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ,
БЕРЕГИТЕ СЕБЯ И СВОИХ ДЕТЕЙ !**

