



**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОДРОСТКОВ С МНОГОКРАТНЫМИ
СУИЦИДНЫМИ ПОПЫТКАМИ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург

2007 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М.Бехтерева

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОДРОСТКОВ С МНОГОКРАТНЫМИ
СУИЦИДНЫМИ ПОПЫТКАМИ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург

2007 г.

Краткая аннотация

В Пособии описаны биологические и социальные факторы, влияющие на повышение частоты рецидивов суицидных попыток у подростков, а также психологические особенности таких подростков, что позволяет выбирать более четкое направление, как в фармакологическом лечении, так и в психотерапевтической практике. Выделены клинические показания и противопоказания для проведения психологической диагностики у этой категории пациентов и набор психологических тестов, использование которых позволяет получить качественную и количественную оценки биологических, социальных и психологических особенностей, повышающих риск рецидивов суицидных попыток. Выделены отдельные группы подростков с многократными суицидными попытками, каждая из которых имеет свои социальные и психологические особенности, что определяет выбор психотерапевтических подходов.

Практическое пособие разработано для применения в стационарных и амбулаторных психиатрических отделениях. Предназначено для психиатров и клинических психологов.

Заявитель: Отделение подростковой психиатрии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева.

Научный руководитель: заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор Ю.В.Попов.

Авторы: д.м.н., профессор В.К.Каубиш, врач-психиатр А.В.Бруг.

Рецензенты:

1. Микиртумов Б.Е., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской Академии
2. Эйдемиллер Э.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской Медицинской Академии Последипломного Образования

ISBN 978-5-94651-026-4

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2007

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность суицидального поведения во всем мире возрастает. Кроме того, происходит существенное увеличение числа детей и подростков до 18 лет, совершивших суицидальные действия (1,4,12). По статистике ВОЗ (2003), по количеству подростковых суицидов среди детей в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место. По этим же данным в России ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2,5 тысяч несовершеннолетних в год. Подросткам свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям. По данным некоторых авторов (13,15,17) половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторный суицид. Традиционно пограничные расстройства личности связывают с суицидными попытками без летального исхода, однако все более очевидными становятся факты, что для этих пациентов характерным является и самоубийство (1,19). Часто суицидальное поведение рассматривается как результат формирования и развития определенного «жизненного сценария», закладываемого еще в раннем детстве (9). Подростки со стойким суицидальным поведением отличаются определенными характерологическими особенностями (1,5,7,8). Среди подростков, отличающихся серийностью суицидных попыток, чаще отмечается высокая психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации (16), а также изменения характера по органическому типу и отчетливые признаки социальной дезадаптации (20). Рядом авторов описаны также внешние факторы, влияющие на суицидальную активность подростков (1, 14, 21).

В то же время проблема суицидального поведения, а в особенности многократных суицидных попыток, остается недостаточно изученной, не смотря на большой интерес к ней со стороны разных специалистов и ее крайнюю важность и актуальность в современном мире.

В психиатрической практике наиболее принято (5) разделять суицидальное поведение следующим образом:

Демонстративное суицидальное поведение – изображение попыток самоубийства без реального намерения покончить с жизнью, с расчетом на спасение.

Аффективное суицидальное поведение – тип поведения, характеризующийся, прежде всего, действиями, совершаемыми на высоте аффекта. Суицидальное намерение может быть как демонстративным, так и серьезным, но мимолетным.

Истинное суицидальное поведение – намеренное, обдуманное поведение, направленное на реализацию самоубийства, иногда долго вынашиваемое.

К данной классификации можно добавить еще один тип суицидального поведения – *индуцированное*, которое характеризуется тем, что формируется у

наиболее внушаемых личностей под влиянием информации о суицидальной настроенности извне и встречается наиболее часто в подростковом возрасте.

Данное пособие для врачей имеет 2 раздела:

1. Биологические и социальные факторы, влияющие на повышение частоты рецидивов суицидных попыток у подростков. Психологические особенности подростков с рецидивами суицидных попыток.

2. Особенности психотерапии у подростков с многократными суицидными попытками.

Показания и противопоказания

Клинико-психологическое и психиатрическое обследование рекомендуется использовать при работе с детьми и подростками, совершившими суицидные попытки.

Противопоказаниями к данному обследованию являются выраженные психические расстройства и умственная отсталость.

Материально-техническое обеспечение

Методика обследования больных разработана для применения в условиях психиатрического стационара, но также может использоваться и в стационарах смешанного типа, а также при амбулаторном наблюдении в психоневрологических диспансерах.

В процессе анамнестического исследования необходимо получение данных о наследственной отягощенности психопатологией подростка, особенностях психического развития, анамнестических сведений о заболеваниях с акцентом на неврологические и психические нарушения.

Клинико – психопатологическая диагностика с целью объективизации данных дополняется обследованием больных по Патохарактерологическому Диагностическому Опроснику (ПДО) с усовершенствованной процедурой обработки результатов (6), по методике оценки уровня депрессии по шкале Зунга (11), по опроснику Басса-Дарки (3) для выявления особенностей различных уровней агрессии, по методике «Копинг-тест Лазаруса» (18), по методике «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) (10), по методике «Индекс Жизненного стиля» (ИЖС) (2) для выявления наиболее часто используемых способов психологической защиты в фрустрирующих ситуациях.

Для психологического тестирования пациента необходимы следующие условия:

- тестирование проводится не ранее чем через 3 недели после совершения суицидной попытки;

- отдельное изолированное помещение, в которое нет доступа посторонним во время тестирования;

- время тестирования предпочтительно назначать в первой половине дня, особенно для работающих и учащихся пациентов;

- хорошее соматическое состояние пациента.

Методы не требуют специального материально-технического обеспечения.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Биологические и социальные факторы, влияющие на повышение частоты рецидивов суицидных попыток у подростков. Психологические особенности подростков с рецидивами суицидных попыток

Анамнестическое и психиатрическое исследование

В процессе анамнестического исследования необходимо получить данные о наследственной отягощенности психопатологией подростка, особенностях психического развития, анамнестические сведения о заболеваниях, сопутствующих психоневрологических заболеваниях, типах и способах суицидных попыток, структуре семьи, видах хронических и острых психотравм, подверженности различным видам насилия, наличии аддикций или девиаций, нарушениях поведения, типах родительского контроля и воспитания. На первом визите подросток обследуется в присутствии лечащего врача и родителя для более точного сбора анамнестических сведений.

К числу факторов, повышающим частоту рецидивов суицидных попыток, относятся: психопатический склад личности, неврозы, алкоголизм и наркомания, чаще встречающиеся у подростков из неблагополучных семей. У подростков, совершивших суицидные попытки многократно, отмечается отягощенная психопатологией наследственность. Наиболее частой сопутствующей психопатологией у таких подростков является расстройство адаптации и органическое расстройство личности. Кроме указанных расстройств выявляются также органическое поражение головного мозга, алкогольная и наркотическая зависимость, интоксикационный психоз, нервная анорексия.

Подростки с многократными суицидными попытками отличаются выраженным делинквентным поведением – у них часто отмечаются эпизоды ингаляций токсических веществ и инъекций наркотических средств, курение производных каннабиса, а также случаи употребления алкогольных напитков с вредными последствиями.

Исследования клинико-анамнестических факторов, оказывающих влияние на суицидальный риск и рецидивы суицидов, дали следующие результаты: у подростков с суицидными попытками, по сравнению с подростками без суицидальных тенденций, достоверно чаще встречаются неполные, дисгармоничные, конфликтные, социально-неблагополучные семьи и семьи, где один или оба родителя страдают алкоголизмом либо хроническим инвалидизирующим (соматическим, психическим) заболеванием. И чем более выражены эти «семейные» факторы, тем больше суицидных попыток в

анамнезе у подростка. Подростки с суицидными попытками, по сравнению с подростками без суицидальных тенденций, достоверно чаще подвергаются физическим наказаниям и воспитываются родителями в условиях гипопеки. С увеличением выраженности этих факторов учащаются случаи суицидных попыток.

У подростков с суицидальным поведением, как правило, в анамнезе отмечаются различного рода психотравмирующие факторы, такие как смерть одного или обоих родителей, развод родителей, совершенное над ними насилие (физическое, психологическое, сексуальное), неразделенная любовь и др.

Рассказывая о причинах, побудивших их совершить суицид, подростки дают такие ответы, как: «ссора с девушкой», «лишение родителей родительских прав», «самоубийство близкого человека», «исключение из учебного заведения», «аборт», «травма руки с потерей функции», «свидетель смерти близкого человека», «брошен родителями в дошкольном возрасте», «судимость», «выгнали из дома», «узнал, что неродной сын», «свидетель сексуальных отношений матери», «отказ от опекуна», «сексуальное домогательство опекуна».

Психологическое исследование

Патохарактерологическая диагностика личности (6) широко использовалась ранее для диагностики личностных черт при различной психиатрической патологии. Данная методика впервые использовалась нами при работе с подростками с рецидивами суицидных попыток.

По результатам патохарактерологического исследования у подростков с многократными суицидными попытками достоверно чаще, чем у подростков с одной суицидной попыткой, встречаются в чистом виде или в сочетании с другими типами (чаще с истероидными) неустойчивые, гипертимные и шизоидные черты.

Методика оценки уровня депрессии по шкале Зунга.

Шкала Зунга (11) предназначена для самооценки депрессии и применяется в психиатрической практике широко. В нашей работе с подростками с рецидивами суицидных попыток данная методика используется впервые.

На основе факторного анализа измеряют 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли и раздражительность-нерешительность. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту («никогда или изредка», «иногда», «часто», «почти всегда или постоянно») симптомов депрессии. Обсчет осуществляется в соответствии с ключом. В результате получаем УД, который колеблется от 50 до 70 баллов и выше. Оценка результатов производится в соответствии со следующими правилами:

Если УД менее 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.

Если УД 50 - 59 баллов, то делается вывод о наличии минимальной, легкой депрессии.

Показатель УД 60 - 69 баллов – умеренная депрессия.

Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Уровень депрессии, бесспорно, влияет на повышение суицидальной настроенности, хотя, по нашим данным, и не увеличивает риск рецидива суицида. Корреляционный анализ уровня депрессии с другими исследованными факторами выявил значимые взаимосвязи. Уровень депрессии выше у подростков-сирот; у подростков, переживших психические травмы, такие как смерть родителей или физическое насилие со стороны сверстников; у подростков с посттравматическим расстройством. Как правило, суициды таких подростков истинные, совершенные путем отравления лекарственными или наркотическими веществами. Нередко такие подростки утверждают, что мысли о смерти они имели еще в раннем детстве. Наоборот, уровень депрессии ниже у подростков, совершавших демонстративный суицид, чаще в виде порезов, у подростков, употреблявших наркотические вещества любой группы, а также у совершавших кражи.

Определение проявления особенностей агрессии.

Опросник Басса-Дарки (3) содержит 8 шкал, направленных на выявление двух видов враждебности (обида и подозрительность) и пяти видов агрессии (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия).

1. Показатели по шкале «Физическая агрессия» отражают использование подростками физической силы против другого лица.

2. В показателях шкалы «Косвенная агрессия» отражена агрессия, которая окольным путем, может быть направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки) или как агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами и т.п.).

3. По шкале «Раздражение» показатели регистрируют готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Результаты шкалы «Негативизм» отражают оппозиционную манеру поведения, обычно направленную против авторитета или руководства. Это поведение может проявляться в формах от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. В показателях по шкале «Обида» отражена степень зависти и ненависти к окружающим, обусловленных чувством горечи и гнева на весь мир за действительные или вымышленные (мнимые) страдания.

6. По показателям шкалы «Подозрительность» регистрируют существование недоверия и осторожности по отношению к людям, основанной на убеждении, что окружающие намерены причинить вред.

7. Показатели шкалы «Вербальная агрессия» отражают выражение негативных чувств, как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

8. Результаты шкалы «Чувство вины» выражают возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Результаты исследования по полученным шкалам считаются в процентном соотношении совпадений ответов испытуемых с ключом, таким образом, распределение процентов происходит в интервале от 0 до 100%. Оценка результатов производится в соответствии со следующими правилами: 1) Отсутствует или слабо выраженный уровень – 0 – 25%; 2) Средний или нормальный уровень – 26 – 50%; 3) Повышенный уровень – 51 – 75%; 4) Крайне высокий уровень – больше 75%.

За нормативные данные берутся средние показатели, полученные при исследовании общей популяции населения. По нашим данным для социально-адаптированных подростков, не имеющих суицидальные тенденции, свойственен повышенный уровень агрессии по всем шкалам кроме таких видов агрессии как «чувство вины», «обида» и «подозрительность».

Особенностями проявления агрессии у подростков с рецидивами суицидных попыток являются очень высокие показатели по шкалам «негативизм», «подозрительность» и «обида».

Оценка уровней тревоги.

Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (10) широко используется в детской и подростковой психиатрической практике, но для исследования подростков с рецидивами суицидных попыток она используется нами впервые.

В структуру методики включены 10 параметров-шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности у детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет:

Шкала 1. «Общая тревожность», в результатах которой отражается общий уровень тревожных переживаний ребенка (подростка) в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и оценкой перспективы.

Шкала 2. «Тревога в отношениях со сверстниками», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с другими детьми и подростками.

Шкала 3. «Тревога, связанная с оценкой окружающих», в результатах которой отражаются уровень специфической тревожной ориентации ребенка (подростка) на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей; уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, в связи с ожиданием негативных реакций с их стороны.

Шкала 4. «Тревога в отношениях с учителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных взаимоотношениями со школьными педагогами и влияющих на успешность обучения ребенка (подростка).

Шкала 5. «Тревога в отношениях с родителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с

взрослыми, выполняющими родительские функции, а также характер тревожного реагирования ребенка (подростка) в связи с родительским отношением и оценкой его родителями.

Шкала 6. «Тревога, связанная с успешностью в обучении», в результатах которой отражается уровень тревожных опасений ребенка (подростка), оказывающих непосредственное влияние на развитие у него потребности в успехе, достижении высокого результата и т.п.

Шкала 7. «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний ребенка (подростка) в ситуациях, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.

Шкала 8. «Тревога, возникающая в ситуации проверки знаний», в результатах которой отражается уровень тревоги ребенка (подростка) в ситуации проверки (особенно – публичной) его знаний, достижений, возможностей.

Шкала 9. «Снижение психической активности, обусловленное тревогой», в результатах которой отражается уровень реагирования на тревожный фактор среды признаками астении, оказывающей влияние на приспособляемость ребенка (подростка) к ситуациям стрессогенного характера.

Шкала 10. «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой», в результатах которой отражается уровень выраженности психовегетативных реакций в ответ на тревожный фактор среды, свидетельствующих об особенностях приспособляемости организма ребенка (подростка) к ситуациям стрессогенного характера.

Деление по степени выраженности каждого из 10 измеряемых проявлений тревожности разделяется на следующие категории по 10-балльной шкале:

- «отсутствие тревоги или слабая ее выраженность» - 0-2 балла;
- «нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида» - 3-5 баллов;
- «повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях - субклинический уровень» - 6-8 баллов;
- «крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер и дезорганизующей деятельность ребенка (подростка) вплоть до клинических проявлений» - 9-10 баллов.

Особенностью подростков с рецидивами суицидных попыток являются очень высокие показатели по шкале «Тревога, связанная с оценкой окружающих».

Копинг-стратегии.

Методика «Копинг-стратегии Лазаруса» (18) применяется в психиатрической практике для выявления наиболее часто используемых стратегий поведения в

фрустрирующих ситуациях. Данная методика впервые применяется нами в работе с подростками с рецидивами суицидных попыток.

В структуру методики включены 8 параметров-щкал, позволяющие выделить у обследуемого преобладающие копинги поведения: 1) Конфронтационный копинг; 2) Дистанцирование; 3) Самоконтроль; 4) Поиск социальной поддержки; 5) Принятие ответственности; 6) Бегство-избегание; 7) Планирование и решение проблемы; 8) Положительная переоценка.

Для подростков с рецидивами суицидных попыток характерно использование таких копинг-стратегий как «бегство-избегание», «дистанцирование», «конфронтация».

Психотерапевтическая помощь подросткам с рецидивами суицидных попыток

В тех случаях, когда угрожаемый в отношении совершения суицида или высказывающий суицидальные мысли подросток попадает к психиатру или психотерапевту (что бывает, к сожалению, далеко не всегда), встает необходимость принятия соответствующих профилактических мероприятий. Конечно, в тех случаях, когда суицидальная настроенность является следствием психического заболевания, не вызывает сомнения необходимость срочной госпитализации, и на первый план выступает медикаментозное лечение основного заболевания. В случае же психогенных ситуационных реакций основная роль в профилактике суицидов принадлежит психотерапии, методы и продолжительность которой зависят, как от особенностей пациента и его окружения, так и от личности психотерапевта и возможностей, которыми он располагает.

При проведении первой беседы с подростком-суицидентом нельзя:

- недооценивать суицидальное настроение подростка;
- недооценивать значимость индивидуально-значимых переживаний подростка;
- презрительно высказываться о суицидентах.

При проведении первой беседы с подростком-суицидентом необходимо:

- снизить аффективное напряжение;
- проявить максимальную тактичность к личности пациента и заинтересованность в его проблемах;
- развенчать миф о мнимой привлекательности и романтичности самоубийства;
- развенчать миф о том, что суицид решит существующие проблемы;

- добиться договоренности с подростком о том, что в случае «острого желания умереть» он будет обращаться за помощью к родителям или лицам их заменяющих, или к врачу;
- мотивировать на комплексную медицинскую помощь, включающую в себя фармакологическое лечение и психотерапию.

В случае, когда риск совершения суицида относительно невелик, достаточным оказывается несколько встреч для беседы с подростком и его родителями и последующих контактов в случае необходимости. При этом необходимо установить доверительный контакт с подростком и внимательно его выслушать. Психотерапия должна быть направлена на снятие аффективного напряжения, дезактуализацию психотравмирующей ситуации, помощь в выборе адекватных решений (нормализация семейных взаимоотношений, разрешение конфликтов и т.п.), актуализацию имеющихся у подростков интересов, а также на формирование новых интересов и ценностную переориентацию. В.М.Бехтерев (1911) придавал первостепенное значение воспитанию для предотвращения самоубийств. Поэтому семейная психотерапия в плане улучшения взаимопонимания детей и родителей также является необходимым звеном для работы с потенциальными суицидентами. Психотерапевтическая помощь после незавершенного суицида аналогична, она может включать суггестию и аутогенную тренировку. Следует указать, что успех психотерапии во многом определяется совместимостью личности психотерапевта и личности пациента. Отметим также возможность в случае необходимости назначения медикаментозного лечения (седативные средства, антидепрессанты, нормотимики).

Имеющееся в литературе (22) разделение суицидального поведения на суицид, парасуицид и высказывание суицидальных мыслей, бесспорно, отражает объективную реальность, хотя обладает некоторой условностью, так как возможны переходы между состояниями, которые характеризуются этими понятиями. Так, и высказывания суицидальных мыслей, и парасуицид могут впоследствии закончиться истинным суицидом. Это должно учитываться при проведении психотерапии подростков с суицидальным поведением. К сожалению, лишь незначительная часть суицидентов до совершения этого акта обращается к помощи психотерапевта. Что касается подростков и молодых людей, то к психотерапевту они чаще всего приводятся родителями или оказываются в поле зрения психотерапевта, находясь в больнице в связи с суицидной попыткой. В беседе с подростком, высказывающим суицидальные мысли, как и с любым трудным подростком, прежде всего, необходимо добиться доверительного контакта, что достигается опытом лишь отчасти. Поводы и мотивы суицидальных намерений отличаются достаточным разнообразием. Естественно, дополнительными факторами, ограничивающими возможности психотерапии, являются психопатизация личности подростка, алкоголизм, наркомания.

Что касается молодых людей с незавершенным суицидом, оказавшихся в психиатрической больнице, то после индивидуальной психотерапии важное

положительное значение имеет групповая психотерапия, в том числе, и с выздоравливающими психическими больными, среди которых могут быть также пациенты, совершавшие суицидные попытки.

В заключение остановимся на особенностях психотерапии в нескольких достаточно типичных ситуациях.

Суицидальное поведение у подростков, воспитывающихся в семье по типу доминирующей гиперпротекции. Характерная для подросткового возраста реакция эмансипации в условиях гиперпротекции приобретает различные патологические формы. Как правило, особенно если подросток в структуре личности имеет эпилептоидные или гипертимные черты, появляется нарастающая агрессия в отношении родителей. Кроме того, для таких подростков часто характерным является увлечение рискованными видами спорта, эпатажное поведение в малознакомых сомнительных компаниях, частое употребление алкоголя и экспериментирование с наркотиками, беспорядочные половые связи и т.п.

Такой тип поведения у директивных родителей вызывает протестные реакции и стремление «усмирить разгулявшегося» подростка, что, в свою очередь, усугубляет возникшие проблемы. В ситуации, когда подростка не пускают на улицу, в компанию, к которой он стремится, в условиях «домашнего ареста» возрастает агрессивность – подросток может позволить себе поднять руку на родителей, выбивает двери, ломает мебель, и в случае, когда у него все же не получается добиться своего, такие подростки нередко направляют агрессию против себя. Аутоагрессивные действия, в том числе и суицидальное поведение, могут носить как аффективный, так и демонстративный характер. Приведем примеры, встречавшиеся в нашей практике.

Даниил Г., 15 лет. Обратился на консультацию в марте 2004 г. вместе с матерью и отчимом. Подросток предъявляет жалобы на периоды «плохого настроения», наличие суицидальных мыслей, как единственного выхода из трудных ситуаций. Со стороны матери жалобы на частые выпивки сына, которые появились полгода назад, агрессивное поведение по отношению к матери и отчиму.

Анамнез. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился от 2 беременности (I- м.а), протекавшей с угрозой выкидыша, герпетической инфекцией, от 1 родов на 36-37 нед. кесаревым сечением, с массой тела 3000 г, ростом 52 см. На I-м году жизни была перинатальная энцефалопатия, гипотонус мышц, всегда был беспокойным, плохо спал. На учете у невропатолога не состоял, лечился частно – фитотерапия, массаж. Раннее психомоторное развитие по возрасту, всегда был активным. Детский сад посещал с 3-х лет, адаптировался хорошо. В массовой школе с 7 лет 11 мес., программу усваивал. В настоящий момент ученик 9 класса. Учился всегда «ниже своих возможностей». Закончил музыкальную школу. Планирует закончить 11 классов, поступить в театральный институт на факультет менеджмента. Со слов подростка имеет увлечения – сноуборд, скейтборд, экстремальные виды спорта.

Перенесенные детские инфекции: в.оспа, корь, краснуха. Оперативных вмешательств не было. Травмы – перелом руки. В 11,5 лет был судорожный припадок (тонико-клонические судороги с потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием). При обследовании была обнаружена арахноидальная киста в левой височной области, резидуально-органическое поражение головного мозга.

С осени 2003 г. стал подолгу гулять на улице, активно обзванивать друзей для совместного времяпровождения, часто приходит в состоянии алкогольного опьянения. Со слов самого подростка, выпивает «в зависимости от настроения от одного стакана до 5-6 л пива». Курит. «Экспериментировал» с наркотиками – ЛСД, амфетамины, марихуана. Осенью 2003 г. демонстрировал попытку выпрыгнуть из окна, чуть не вывалился, был испуган. После этого случая неоднократно высказывал суицидальные мысли демонстративно-шантажного содержания. В марте 2005 после конфликта с матерью разбил стакан и осколком нанес порезы на левом предплечье. Со слов самого подростка сделал это «на слабо». Был госпитализирован в больницу им. Раухфуса, где получал лечение в течение 11 дней. Была рекомендована консультация у психиатра.

Проживает в отдельной квартире с матерью и отчимом. Родители развелись, когда мальчику было 4 года, с отцом категорически не общается. Отчим в семье появился 1,5 года назад. Заботлив по отношению к подростку. Сам подросток говорит, что относится к отчиму «безразлично, хотя в тот момент, когда он появился, я его ненавижу». Мать директивна, на консультации речь в виде монолога, игнорирует вопросы и комментарии врача, перебивает во время диалога.

Психический статус. Сознание не помрачено. Ориентирован верно. Без острой психотической симптоматики. В контакт вступает свободно, в беседе активен. Чувство дистанции сохранено. Несколько демонстративен. Критика к своим поступкам снижена. Настроение не снижено, ровное, эмоционально адекватно. Уровень психического напряжения достаточный. Внимание, память не снижены. Интеллектуально в пределах возрастной нормы.

По данным ПДО: акцентуация по циклоидному типу.

По шкале депрессии Зунга депрессии не выявлено.

Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Эписиндром. Делинквентное поведение.

Под наблюдением подросток находился в течение 2 месяцев. Получал финлепсин, ноотропы, вазоактивные препараты. Проводилась индивидуальная психотерапия отдельно с подростком, отдельно с матерью. В настроении стал более ровный, переключился на школьные занятия, перестал проявлять агрессию по отношению к матери и отчиму. По прошествии 2 месяцев от начала терапии подросток с матерью приходит на приемы перестали. Мать мотивировала прекращение наблюдения тем, что «нет времени, состояние улучшилось».

Катамнез через 2 года. Подросток заканчивает 11 класс, учится удовлетворительно. Отношения с матерью холодные. Часто проводит время в

компании молодых людей, которые старше него на 5-6 лет. Считает, что в этой компании его «уважают». Периодически употребляет наркотики и алкоголь. Суицидных мыслей не высказывает.

Алла З., 14 лет. Обратилась на консультацию в апреле 2004 г. вдвоем с матерью. Жалобы предъявляет мать: на агрессивное поведение дочери в виде оскорблений, избивания, прижигания сигаретой руки бабушке, ворует из дома деньги и золото, не ночует по 5-7 дней дома, прогуливает школьные занятия, не аттестована на конец учебного года по многим предметам. Со слов девочки, «все хорошо, ничего не хочу менять, на все наплевать, все бесит». Не отрицает вспышки злости и резкие перепады настроения.

Анамнез: Наследственность явно не отягощена. Воспитывается в неполной семье, отца не знает. Родилась от 1 беременности (токсикоз 1 половины), от 1 стремительных родов, с массой 3700 г, ростом 51 см. В первые 6 мес. – гипертонус кистей. Наблюдалась у невропатолога, получала лечение, массаж. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Детский сад посещала с 2 лет 7 месяцев, адаптировалась хорошо, была общительной девочкой. Перенесенные дет. инфекции – ветряная оспа. Операции – по поводу перелома носа. Других травм, судорог не было.

В массовой школе с 7 лет 10 мес. Программу усваивала, до 6 класса училась успешно. Затем стала увлекаться рок-музыкой, постепенно, начиная с 7 класса, забросила занятия в школе. На момент обращения числится в 8 классе, на конец учебного года имеет несколько двоек и не аттестована по половине предметов. Осенью 2003 г. в уличной драке была избита группой подростков, оперирована по поводу перелома носа. С весны 2004 г. на фоне конфликтов с матерью, связанных с неуспеваемостью в школе, стала уходить из дома на 5-7 дней. Курит, эпизодически употребляет слабоалкогольные спиртные напитки. Употребление наркотиков и других психоактивных веществ отрицает. Половая жизнь с 13-летнего возраста. 5-6 раз резала кожу предплечий (множественные шрамы). Рассказывает об эпизоде, во время которого в нетрезвом состоянии хотела спрыгнуть с крыши. Мать пытается препятствовать сложившемуся образу жизни дочери. Не желает слушать объяснений, не признает компромиссов.

Психический статус. Сознание не помрачено. Ориентирована верно. Без острой психотической симптоматики. В контакт вступает постепенно, напряжена. Пытается продемонстрировать безразличие, в беседе держится подчеркнуто независимо. Инициативы в общении не проявляет. Настроение с резкими перепадами, то улыбается, то раздражается. Внимание устойчивое. Память не снижена. Уровень психического напряжения высокий. Интеллектуально представляется на уровне возрастной нормы. Со слов девочки, любит читать, любимые книги – Б. Акунина.

По данным ПДО: гипертимный тип акцентуации.

По шкале депрессии Зунга выявлена депрессии умеренной степени выраженности.

Диагноз: Делинквентный эквивалент депрессии.

Лечение: флуоксетин 40 мг/сут. в течение 2 мес., психотерапевтические беседы.

Катамнез через 2 года: Обучается в юридическом колледже, отношения в семье наладились.

На первой встрече в подобных ситуациях трудности возникают из-за недоверчивого отношения подростка, как к врачу-психотерапевту, так и к родителю, а также из-за низкой заинтересованности и мотивации к психотерапевтической помощи, настороженности, повышенных агрессивности и тревожности. Со стороны родителей сложности возникают из-за ригидной установки в том, что не прав исключительно подросток и трудности восприятия ими информации о том, что и они не всегда бывают правы. В данном случае психотерапевтические встречи лучше проводить индивидуально с подростком и родителями.

В первой беседе с подростком важно подчеркнуть заинтересованность в его проблемах и уважительное отношение к его личности. Нередко, когда подросток ведет себя дерзко и вызывающе, фраза: «А знаешь, ты мне нравишься! У тебя есть характер!» удивляет и ставит его в тупик. Подросток начинает вести себя более уважительно по отношению к врачу, у него появляется интерес к беседе. В сложившейся ситуации необходимо сохранение должной дистанции для сохранения статуса психотерапевта. Во время дальнейших встреч с подростком необходима ориентация терапии на повышении самооценки, реконструкции таких ценностей как учеба и личностное развитие, искренние отношения с близкими и друзьями.

Родители также нуждаются в поддержке и помощи. Суицидная попытка или стойкие суицидальные высказывания собственного ребенка – стрессовая ситуация для любого родителя. Родителей таких подростков во время первой беседы необходимо выслушать и дать возможность выплеснуть все «что донесли до кабинета психотерапевта» для снижения аффективного напряжения. Необходимо подчеркнуть, что психотерапевт понимает проблемы родителей и уважает их точку зрения. Важно подчеркнуть, что родители в данной ситуации не одиноки и психотерапевт уже сталкивался с похожими проблемами и имел опыт их положительного разрешения. Подобная психотерапевтическая тактика повышает статус психотерапевта и дает надежду на успех терапии, мотивирует на выполнение дальнейших рекомендаций.

Во время последующих встреч с родителями необходимо подчеркивать положительные качества подростка, отмечать необходимость поощрения его решений и действий, а также стремления к самостоятельности. В беседе обсуждаются необходимые компромиссы во взаимоотношениях родителей с подростком и право ребенка на собственные тайны и личные отношения. Можно привести случаи из своей практики, в которых в результате компромиссного отношения родителей с подростком

и признанием родителями права на самостоятельные решения подростки начинают чаще делиться своими проблемами с родителями, проявляют более уважительное отношение к ним, признают их авторитет.

Суицидальное поведение у подростков, воспитывающихся в неполной семье по типу гипопротекции. В данном случае мы рассматриваем подростков из неполных, дисгармоничных семей с длительно протекающими деструктивными отношениями. Подростки этого типа воспитываются в неполных семьях и часто имеют акцентуации характера или психопатии по гипертимному и неустойчивому типам и нарушения поведения в виде непосещения школьных занятий, уклонения от трудовой деятельности, алкоголизации, делинквентного поведения. Такие подростки отличаются поверхностностью суждений, отсутствием зрелого отношения к жизни, инфантилизмом.

Суицидные попытки совершаются чаще всего по незначительным причинам на высоте аффекта, нередко с целью избежать наказания за совершенные противоправные действия либо с шантажными целями. После суицидной попытки такие подростки склонны перекладывать ответственность за совершенные действия на окружающих, часты рецидивы. Для иллюстрации такого поведения приведем примеры.

***Николай М., 17 лет.** Поступил в психиатрическую больницу в связи с суицидной попыткой путем нанесения порезов предплечья.*

***Анамнез.** Родился в г. Ленинграде в семье рабочих, отца не знает, мать не работает. Пациент – второй ребенок в семье, имеет старшего брата 18 лет, сестру 14 лет и 3 младших братьев. Наследственность психическими заболеваниями явно не отягощена. Данных о раннем развитии нет. Со слов больного, посещал детский сад. В школу пошел с 6 лет, учился средне, после 3 класса был переведен на программу для детей с задержкой психического развития, где отучился 2 года, затем был возвращен на обучение по прежней программе. Закончил 7 классов, поступил в ПТУ. В связи с переездом семьи в Новгородскую область, учебу оставил. Подрабатывал иногда плотником без оформления. В настоящее время не работает, не учится. Проживает в Новгородской области, где семья пациента имеет дом. В настоящий момент, со слов больного, мать продала дом в Новгородской области и переехала в Санкт-Петербург к двоюродной сестре – «хочет подыскать новый дом в пригороде Санкт-Петербурга, сама живет у двоюродной сестры, а меня туда не пускают».*

Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ. Тяжелой соматической патологии, операций не переносил, мелкие черепно-мозговые травмы получал в драках. Из вредных привычек: курит с 11 лет, в настоящее время до 1 пачки в сутки. Алкоголь впервые попробовал в 11 лет, употребляет эпизодически. Ранее ингалировал пары толуола, морилку, курил марихуану. В течение последних 2 лет употребление психоактивных веществ отрицает.

Со слов больного, ранее однократно лечился в психиатрической больнице в возрасте 9 лет в Псковской области в связи с тем, что в школе ударил мальчика в глаз

шваброй. Данная госпитализация в психиатрическую больницу первая переводом из детской психиатрической больницы, куда поступил накануне в состоянии средней тяжести в алкогольном опьянении с резаной раной передней поверхности локтевого сгиба с повреждениями поверхностных вен.

Психический статус. При первичном осмотре: сознание не помрачено. Ориентирован верно. В беседу вступает охотно, речь по существу. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика отсутствует. Настроение не снижено, держится спокойно. Рассказывает о том, что мать в настоящее время продала дом, приехала к двоюродной сестре, он же в это время находился у дяди. Когда вернулся в Новгородскую область увидел, что дом заколочен и решил поехать в Санкт-Петербург искать мать. Отправился по адресу двоюродной сестры, куда его не пустили. Мать объяснила ситуацию следующим образом: «Пока не куплю новый дом, живи, где хочешь». В связи с чем пациент в течение 3 суток ночевал в подвале, ничего не ел. Нашел деньги на пиво, «напился и решил порезаться бритвой, которая валялась в подвале». На момент осмотра суицидальные мысли категорически отрицает. Суждения примитивные, поверхностные. Интеллектуально посредственный. Память не снижена.

Объяснительная записка матери: «Родился от 2 беременности, 2 родов. Развивался нормально, до года переболел пневмонией. Детский сад не посещал. Был общительным ребенком. Характер эгоистичный. В школе учился средне, по программе мог успевать на «отлично» (ленив), с учителями не ладит. Со старшими груб, плохо идет на контакт, если его в чем-то критикуют. Последние 2-3 года стал замкнутым, с родными ладит по настроению. Часто употребляет алкоголь. Стал очень агрессивен, переменчив в желаниях. Не может определиться, что ему надо. В последнее время по любому поводу пьет. Вены резал за последние 2 года раз 6 при условии, если есть кто-то рядом и может оказать помощь. Причины самые разные: 1 раз из-за девушки, потом просто жизнь плохая (ненорм. лексика). Примерно 4 раза из-за собаки (она убежала), потом снова из-за плохой (ненорм. лексика) жизни».

По данным ПДО: акцентуация по неустойчивому типу.

По шкале депрессии Зунга депрессия отсутствует.

Диагноз: Острое стрессовое расстройство. Суицидная попытка в состоянии алкогольного опьянения у примитивной личности.

Катамнез отсутствует.

Кристина Т., 17 лет. Обратилась на консультацию в декабре 2004 г. Наследственностьотягощена алкоголизмом родителей. Отец погиб 10 лет назад (зарезан в пьяной драке). Мать после смерти мужа увеличила употребление алкоголя. Состоит на учете в ПНД, госпитализировалась в психиатрическую больницу. Ухудшение в состоянии девочки отмечается с начала ноября 2004 г. – выраженная астения, грусть, суицидные высказывания. Перестала посещать техникум. Связывает состояние со сложными отношениями с девочкой, к которой у нее

привязанность. В феврале 2004 г. совершила суицидную попытку (отравилась таблетками – amitриптилин, циннаризин, леривон и др.). Находилась в реанимации в течение 4 суток. Госпитализировалась в городскую психиатрическую больницу, получала леривон. Выписалась в удовлетворительном состоянии. На следующий день после выписки выбрала очередным объектом привязанности другую девочку, из-за которой сейчас и переживает. Данные раннего анамнеза отсутствуют. Закончила 9 класс общеобразовательной школы, физико-математический класс с «3» по физике. Рассказывает, как трудно было учиться, «ночами не спала». В 10 класс не пошла, т.к. «надоело учиться». Поступила в индустриальный техникум, успешно окончила 1 курс. В настоящий момент на 2 курсе, но в связи с прогулами и снижением успеваемости возможно оформление академического отпуска. Проживает у сестры. Ситуация в доме матери сложная – скандалы, о матери говорит: «мучаюсь с ней всю жизнь». Примитивна в суждениях. На психотерапевтические беседы ходила непостоянно, постепенно бросила. С матерью психотерапевтической работы не получилось в связи с отсутствием мотивации решения проблем, в жизни дочери не заинтересована.

По данным ПДО: акцентуация по циклоидному типу.

По шкале депрессии Зунга депрессия отсутствует.

Катамнез: через год после обследования повторила суицидную попытку, была госпитализирована в психиатрическую больницу. Нигде не учится, не работает.

При таких ситуациях психотерапевт сталкивается с несколькими задачами одновременно: безразличное отношение к судьбе подростка со стороны родителей и его последствия, патохарактерологическое развитие личности, нарушения поведения, включающие в себя суицидальные тенденции.

Семейная психотерапия в данной ситуации затруднительна, а чаще всего невозможна, т.к. семья по своей структуре разрушена на протяжении многих лет, структура личности родителя, который занимается воспитанием подростка носит в себе психопатические черты. Поэтому главным объектом психотерапевтического воздействия становится подросток.

В индивидуальной психотерапии важно привить новую модель поведения у подростка, которая направлена на выработку самостоятельности, личностной зрелости, обучению его к принятию обдуманных жизненных решений, за которые он будет сам нести ответственность. Формируется отношение к родителю в роли помощника. В групповой психотерапии такой подросток учится по-новому строить взаимоотношения со сверстниками.

Суицидальное поведение у подростков в случае смерти одного или обоих родителей. Среди подростков, потерявших одного или обоих родителей, встречаются различные по своей структуре личности. Семьи, в которых воспитывались такие подростки и продолжают воспитываться после смерти родителя (родителей) также различны. Однако, для подросткового возраста характерны некоторые общие черты.

Это юношеский максимализм и склонность к идеализации, эмоциональная чувствительность, ранимость с показным цинизмом одновременно, стремление к самостоятельности и высокий уровень притязаний наряду с небольшими возможностями и возрастной несостоятельностью. Поэтому смерть близких воспринимается подростком намного острее, чем взрослым человеком.

В случае, если подросток потерял родителя, который всегда понимал и любил его, а второй родитель или отсутствует или безразличен к его судьбе, подросток испытывает острое ощущение ненужности и одиночества. К сожалению, рядом не всегда оказываются люди, способные поддержать в сложных для подростка ситуациях. В тех случаях, когда при потере одного родителя остается второй, подросток также сталкивается с рядом трудностей: второй родитель тоже испытывает горечь потери, часто поглощен своими мыслями и эмоциями, не всегда чутко реагирует на колебания настроения своего ребенка. Ситуация устройства личной жизни вторым родителем является дополнительным стрессом для подростка, усиливающим ощущение отвергнутости.

Для подростка свойственно идеализировать образ умершего родителя, приписывать ему необыкновенные качества, забывать о его недостатках либо трактовать их в более выгодном свете, даже если при жизни такой родитель имел ряд патохарактерологических особенностей, страдал алкоголизмом или наркоманией. Смерть родителя (родителей) сама по себе является психотравмирующим фактором, который может оказывать влияние на состояние подростка довольно длительный период, становясь, таким образом, неблагоприятным фоном для воздействия уже менее значительных событий жизни на психику подростка. В трудной ситуации, казалось бы, на взгляд окружающих совсем незначительной, такой подросток остро переживает и нередко фантазирует в своих мыслях «как он соединиться со своим умершим родителем». Подростки в такой ситуации чаще всего становятся замкнутыми, погружаются в свои мысли, не любят отвечать на наводящие вопросы, касающиеся их состояния. Они становятся более рассеянными, у них снижается успеваемость. На улице они могут вести себя растерянно, часто попадают в ситуации, угрожающие их жизни. Именно подростки этой категории склонны длительно вынашивать мысли о самоубийстве и даже незначительная психотравмирующая ситуация способна стать «последней каплей» в череде их неудач. Проиллюстрируем данный тип подростков примером.

Валерия Н., 16 лет. Поступила в июне 2005 г. в отделение подростковой психиатрии НИПНИ им.В.М.Бехтерева впервые, планоно, в связи с жалобами на снижение настроения – «ничего не радует, ничего не хочется, хотя и знаю, что нужно», резко выраженное чувство одиночества и малоценности, трудности в сосредоточении, нарушения сна, периодически возникающее чувство тревоги без причины.

Анамнез: Сведения собраны со слов пациентки. Данные о раннем развитии, перенесенных заболеваниях отсутствуют. Со слов девочки, отец ушел, когда девочке было 2 месяца. Первые 6 лет жизни девочка воспитывалась матерью, проживала в Санкт-Петербурге, в коммунальной квартире. Затем мать вышла замуж и они вместе с отчимом уехали для проживания в Костромскую область. По воспоминаниям девочки мать была непоследовательной, ограждала дочь от домашних обязанностей, «сделала меня неприспособленной ни что-либо делать, ни приспосабливаться к жизни». В марте 2003 г. мать умерла от острой сердечной недостаточности. Девочка закончила 9 класс в сельской школе, после чего переехала в С-Петербург. Проживает у тети, свою комнату в коммунальной квартире сдает в аренду. Числилась студенткой 2 курса техникума, занятия не посещала, была отчислена. С отчимом изредка перезванивается, участия в судьбе девочки он не принимает. Год назад она совершила суицидную попытку (отравление таблетками), проходила курс лечения на подростковом отделении городской психиатрической больницы г. Санкт-Петербург, принимала антидепрессанты. Мысли о своей ненужности, малоценности и нежелании жить сохранялись. В анамнезе – сексуальное насилие со стороны незнакомого мужчины, в машину которого села добровольно с целью «покататься и забыться после ссоры с тетей».

Психический статус: Сознание не помрачено. Ориентирована верно. Без острой психотической симптоматики. Настроение снижено, эмоционально монотонно. В контакт вступает охотно. Чувство дистанции снижено. Инфантильна в суждениях. Не соотносит свои способности и возможности с реальностью. Уровень психического напряжения достаточный. Обратную речь понимает в полном объеме. Собственная речь тусклая, маловыразительная. Считает себя виноватой в судьбе матери: «если бы я не родилась, то отец не бросил бы маму, и ее жизнь была бы счастливее. Она была очень красивая женщина, а из-за меня ее жизнь не сложилась». Интеллектуально на уровне возрастной нормы.

На отделении: При поступлении настроение снижено, эмоционально тусклая, монотонная. Двигательно пассивна, малообщительная. Без планов на будущее. Суицидальные мысли и тенденции отрицает. На фоне проведенной терапии настроение несколько улучшилось. Нормализовался сон, эпизоды тревоги стали более редкими.

По данным ПДО: акцентуация по эпилептоидному типу.

По шкале депрессии Зунга диагностирована выраженная депрессия.

Лечение: коаксил, атаракс.

Диагноз: Расстройство адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция.

Выписывается в связи с улучшением в удовлетворительном состоянии домой.

Катамнез через 2 года: 2-3 раза в год приходит на консультацию. Заканчивает 2 курс колледжа по специальности «секретарь-референт». Суицидальных мыслей и намерений больше не было. С тетей отношения стали более близкими.

В ситуациях, подобной вышеописанной, в психотерапевтической работе дезактуализация психотравмирующего события невозможна. Потеря родителя (родителей) невосполнима. Кроме того, разрушение идеального образа умершего родителя (родителей) является недопустимой ошибкой, и неудивительно в подобных случаях отвержение подростком психотерапевта. На первом этапе работы достаточно часто лечение антидепрессантами становится необходимостью.

Психотерапевт в своей работе с такими пациентами должен быть максимально чуток и внимателен. Диалоги с такими подростками являются достаточно интересными, с взаимным обсуждением возникающих проблем у подростка, с обменом мнениями о различных ситуациях. Подчеркивается то, что во всем мире таких подростков, которые потеряли близких, к сожалению, немало и способов справиться с этой ситуацией тоже достаточно. Подростку нужно приводить примеры сходных ситуаций, которые разрешались иными, чем самоубийство, способами.

Целью работы является социальная адаптация подростка в сложившихся условиях. Групповая психотерапия для таких пациентов показана при выходе из депрессивного состояния и является важной составляющей для социальной адаптации. Группу необходимо подбирать по интересам, избегая включения в нее делинквентных подростков.

Психотерапевтическая работа со вторым родителем или человеком, исполняющим роль воспитателя у такого подростка, не менее важна, чем работа с самим подростком. Как отмечалось выше, второй родитель также находится в психотравмирующей ситуации, он может быть растерян, погружен в свои размышления. Поэтому для родителя важно подчеркнуть, что его ребенку необходима помощь и поддержка здесь и сейчас, а не когда ситуация будет восприниматься менее остро обеими сторонами. В семейной психотерапии отводится большая роль в улучшении семейных отношений, что помогает решить возникающие ежедневные проблемы.

Заключение

Всестороннее клинико-психологическое обследование является очень важным для подростков с суицидными попытками, особенно с многократными, и может широко использоваться в психиатрической практике как в рамках профилактической, так лечебной и реабилитационной работы. Такое обследование позволяет улучшить качество профилактических программ и эффективность лечебно-реабилитационных.

Опыт психотерапевтической работы с описанными авторами группами пациентов может широко использоваться в психиатрической практике и повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий на любом этапе оказания помощи.

Представленные методы диагностики и терапии многократно и успешно использовались авторами пособия в индивидуальном консультировании детей и подростков с суицидальным поведением (было проведено более 100 консультаций).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Д. Суицид – напрасная смерть. – Великобритания, 2001. Пер. С англ. Елена Ройне, Таллин. – 312 с.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.
3. Практикум по возрастной психологии: // Под ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко. – СПб.: Речь, 2001. – 688 с.
4. Курпатов А.В., Полетаева О.О. Кризисная и суицидологическая служба: состояние и перспективы развития. // III Клинические Павловские чтения: «Депрессия». Сборник работ. Выпуск третий. – СПб.: Издательство «Чело век», 2001. С. 42 – 44.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. – 256 с.
6. Личко А.Е. Основные типы нарушения поведения у подростков // Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973. - С. 5 -16.
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М.: МЕДпресс. - 2001. – 432 с.
8. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте // Саморазрушающее поведение у подростков. Сборник научных трудов / Л., 1991. – С. 36-40.
9. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности // Материалы XIII съезда психиатров России / М., 2000. – 318 с.
10. Ромицына Е.Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности». Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агенство, 2003. – 432 с.
12. Тимченко И.В. и соавт. Опыт работы многопрофильной бригады с подростками, совершившими суицидальные действия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. - № 3. – С. 40.
13. Diekstra R.F. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr. Scand. - 1993. – Vol. 371. – P. 9-20.
14. Farberow N.L., Shneidman E.S. The cry for help. New York: McGraw-Hill. - 1961. – 182 p.
15. Fergusson D.M., Lynskey M.T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. - 1995. – Vol. 34. – P. 1308-1317.
16. Garofalo R., Wolf R.C., Wissow L.S., et al. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 1999. – Vol. 153. – P. 487-493.

17. Ivarsson T., Larsson B., Gillberg C. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*. - 1998. – Vol. 7. - P. 96 – 104.
18. Lazarus R.S., Folkman S. Coping and adaptation // W.D. Gentry (Eds) // *The Handbook of Behaviour Medicine*. New York. - 1984. - P. 282 – 325.
19. Linehan M.M. *Cognitive behavior therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. - 1993. – 287 p.
20. Salloway S., Malloy P., Cummings J.L., 1997.
21. Schmidtke A., Schaller S. The role of mass-media in suicide prevention. In: K Hawton and K van Heeringen (eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley. – 2000. – P. 675-697.
22. World Health Organization. *Figures and Facts about Suicide* (Doc. WHO/MNH/MBD/99.1). WHO: Geneva. - 1999.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Клинико-психологические особенности подростков с многократными суицидальными попытками: пособие для врачей / Санкт-Петербургский науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева; авторы: В.К.Каубиш, А.В.Бруг. – СПб., 2007.– 24 с.

Подписано в печать 07.12.2006. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.

Заказ № 114. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д.3, тел. 365-20-80