

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

Проблемы детской и подростковой суицидологии в России

Ю.В. Попов

Заместитель директора института по научной работе

Руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого
возраста

А.А. Пичиков

М.н.с. отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста

**«Какое ужасающее
противоречие в том,
что ребенок,
рожденный и предназначенный
непосредственно для радостного
и невинного наслаждения
жизнью,
сам накладывает на себя руки»**

А.Ваер

Особенности суицидального поведения у подростков

1. Недостаточно адекватная оценка подростками последствий аутоагрессивных действий и как результат отсутствие четких границ между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком.
2. Наличие внешней демонстративности суицидального поведения.
3. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми суициденты подросткового возраста объясняют свои попытки самоубийства, что обуславливает трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций.
4. Суицидальные попытки в подростковом возрасте, в отличие от взрослых, не имеют прямолинейной зависимости от наличия и характера психопатологической симптоматики и, в частности, от депрессии.
5. Наличие взаимосвязи суицидальных попыток и суицидов подростков с некоторыми видами отклоняющегося поведения: прогулами школы, конфликтными взаимоотношениями с родителями, случаями алкоголизации, наркотизации, дромоманией и уходами из дома, мелкими правонарушениями.

Особенности суицидального поведения у подростков

6. Повышенный интерес к проблеме смерти и суицида, их романтизация, значительная роль имитационных и кластерных самоубийств.
7. Конфликты, приводящие к формированию суицидального поведения, чаще всего кратковременные, объективно не тяжелые, с широким диапазоном сфер отношений от бытовых ссор до конфликтов типа «внутреннего кризиса» с наличием так называемой почвы в виде предшествующих физических и психологических нагрузок.
8. Неоднозначность психологического смысла суицида с преобладанием «протеста» и «обращения», наряду с псевдожеланием смерти и малой дифференцированностью представлений о ней.
9. Преимущественно аффективный механизм суицидов.
10. Рассогласованность между серьезностью мотивов суицида, степенью желанности смерти и соматической тяжестью попытки.
11. Наличие гендерных различий суицидального поведения у подростков.

Сбор суицидологического анамнеза:

1. Если раньше была суицидальная попытка, то ее характеристики (способ и вероятность возможности оказания помощи при суициде).
2. Импульсивность или продолжительность суицидальных мыслей, в контексте личностных факторов, касающихся возможности контролировать импульсы.
3. Наличие текущих утрат, особенно смерти или суицидов в социальном окружении пациента.
4. Появление намерений, указывающих на существование суицидального плана.
5. Выявление фактов завершения дел, раздаривание своих любимых вещей, написание прощальных записок.
6. Степень изолированности от социального окружения.

Сбор суицидологического анамнеза:

7. Суициды в семейном анамнезе или наличие суицидов у лиц, близких к суициденту.
8. Предыдущие психиатрические госпитализации, влияние психического заболевания на уровень социально-психологической адаптации.
9. Наличие симптомов деперсонализации и дереализации.
10. Наличие синдромов органического поражения головного мозга.
11. Наличие зависимости от психоактивных исследований (особенно от алкоголя).

Перечень представленных вопросов для диагностического интервью безусловно является неполным, но в конечном итоге основными являются следующие:

- а. имеется ли у обследуемого реальное намерение покончить с собой?
- б. в состоянии ли он решить проблемы, приведшие к кризисной ситуации?



Шкала суицидального риска

- 1. Риск отсутствует.** По сути, риска нанесения себе вреда не существует.
- 2. Незначительный риск.** Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У подростка нет определенных планов и не было попыток самоубийства в прошлом.
- 3. Умеренный риск.** На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.

Шкала суицидального риска

4. **Высокий риск.** Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у подростка были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Подросток проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку.

5. **Крайне высокий риск.** В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

