

janssen



— janssen —



**Медико-психологические
и профилактические аспекты
суицидального поведения
подростков**
(ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ)

Методические рекомендации

Алматы 2011

Методические рекомендации разработаны сотрудниками отдела клинической психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии доктором медицинских наук, профессором С.А.Алтынбековым, кандидатом медицинских наук Джолдыгуловым Г.А., младшим научным сотрудником Аширбековым Б.М. и изданы при финансовой поддержке ТОО «Олеара Фарма».

Рецензенты:

1. Г.М.Кудьярова – профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова, доктор медицинских наук
2. С.А. Нурмагамбетова – главный научный сотрудник Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, доктор медицинских наук, профессор

Аннотация

В методических рекомендациях изложены медико-психологические особенности суицидального поведения подростков, представлены подходы к профилактике суицидов. Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	2
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.....	3
ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СУИЦИДЕ И СТЕРЕОТИП РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	3
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	8
ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	13
ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ	18
ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	23
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	24
ПРИЛОЖЕНИЯ А.....	26
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	30

ВВЕДЕНИЕ

Одной из острейших проблем Республики Казахстан является проблема суицидов среди несовершеннолетних. Ее актуальность обуславливается отчетливой тенденцией к росту количества завершенных суицидов и суицидальных попыток среди несовершеннолетних, недостаточностью и методологической слабостью имеющихся профилактических программ, отсутствием единых профилактических подходов заинтересованных структур государства и общества.

Согласно результатам аналитического обзора Генеральной прокуратуры РК за период 2005-2007 года зарегистрировано 750 фактов и 1146 попыток суицида среди несовершеннолетних, в частности за 2005 год - 261 смерть, 393 попытки, за 2006 год - 274 смерть, 379 попыток, за 7 мес. 2007 года - 215 смертей, 374 попытки [2]. Согласно данным Министерства образования и наук РК в 2008 году имели место 299 смертей и 245 попыток самоубийства. Следует учесть, что данные цифры представляют собой официальную информацию. Об истинном количестве суицидов среди несовершеннолетних можно только догадываться, т.к. в стране отсутствует система постоянного мониторинга показателей суицидальной активности.

UNICEF констатирует, что среди стран региона, Казахстан занимает лидирующее положение по количеству суицидов среди молодых людей в возрасте 15-19 и 20-24 лет [13]. При этом отмечается, что в республике нет исследований, анализирующих причины такой ситуации.

Масштабы распространенности суицидов среди несовершеннолетних, а главное, сохраняющиеся отрицательные тенденции, возводят данную проблему в ранг угрозы национальной безопасности. Это связано с тем, что низкий уровень адаптационных механизмов (психологической адаптации), отражаемый высокой суицидальной активностью среди несовершеннолетних, не являясь

проявлением психического заболевания, во-первых, создает прямые предпосылки для возникновения т.н. «пограничных» психических расстройств с последующей невротизацией, во-вторых, влияет на будущий уровень социального функционирования в будущем (с учетом того факта, что суицидальная попытка в подростковом периоде является одним из предикторов суицидального поведения в последующей жизни [7]), в-третьих, напрямую влияет на возникновение и закрепление психологических проблем молодых людей, призванных в вооруженные силы, в-четвертых, по достижении «критической массы» в общей популяции несовершеннолетних потенциально опасен в отношении появления психических эпидемий (т.н. «синдром Вертера»). Иными словами, оставленная без должного внимания проблема суицидов среди несовершеннолетних чревата очевидными негативными последствиями, ориентированными на ближайшее будущее не только конкретного молодого человека, но и государства, в целом.

В этой связи возникает необходимость разработки подходов к профилактической и терапевтической работе с суицидами. При этом, следует учитывать мультидисциплинарный характер проблемы, обуславливающий вовлечение в реализацию коррекционных мероприятий не только специалистов в области здравоохранения и образования, но силовых ведомств, социальной службы и других.

С учетом вышеизложенного, целью настоящих методических рекомендаций является изложение медико-психологических особенностей проблемы суицидов, а также разработка некоторых организационных аспектов мультидисциплинарного подхода по профилактике суицидов.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СУИЦИДЕ И СТЕРЕОТИП РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицид – (от лат. *sui caedere* — убивать себя)– осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид – акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство (парасуицид) – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода».

Парасуициды. Как указывалось выше, парасуициды не влекут за собой фатального исхода, по крайней мере, при их квалификации не выявляется осознанное намерение человека уйти из жизни. Обычно мотивом парасуицидов является стремление субъекта достичь желаемого за счет физических изменений или угроз самоповреждения, при этом объективная вероятность фатального исхода минимальна. Нередко парасуициды называют демонстративно-шантажным суицидом.

Антисуицидальные факторы – факторы, препятствующие формированию намерения и непосредственной реализации суицидального замысла или обесценивающие целесообразность суицидального акта. В роли антисуицидального барьера могут выступать этнокультуральные, религиозные, социально-психологические, личностные факторы, эмоциональная привязанность к родителям и детям, нереализованные творческие замыслы, эстетические чувства (представления о том, как будет выглядеть человек после совершения суицида, часто предотвращают реализацию замысла), страх боли, боязнь остаться инвалидом и прочее.

Акт **суицида** нередко является неожиданным событием для окружающих, даже близких родственников суицидента, которые затрудняются объяснить причины совершенного самоубийства. Между тем ему предшествуют значительные психологические изменения (**предсуицидальный период**), протекающие в несколько этапов, отражающих последовательное углубление суицидальных тенденций и нарастающую готовность перехода во внешние формы суицидального поведения [1].

1. Суицидальная predisпозиция: проявляется такими особенностями личности как тревожно-депрессивный радикал,

импульсивность, интерперсональная зависимость, фрустрация потребностей со стремлением к ее ликвидации;

2. Латентный пресуицид: период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в «мотивационной готовности» к суицидогенезу, при этом оформленные признаки суицидальной активности отсутствуют. Характеризуется незначительными изменениями в поведении (повышенной тревожностью, изменениями настроения, нарушениями в общении, асоциальными поступками, алкогольными эксцессами), суицидальными фантазиями, периодическими суицидальными мыслями;

3. Манифестный пресуицид: проявляется постоянными суицидальными мыслями, суицидальными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения;

4. Острый пресуицид (состояние психологического кризиса, прямая угроза осуществления суицидальных действий): проявляется сверхценным характером суицидальных мыслей, суицидальными тенденциями; целенаправленным поиском средств осуществления суицидальных действий; прямыми или косвенными «прощаниями» с близкими; неадекватными формами поведения («зловещее» спокойствие, идеаторномоторная расторможенность, ажитация);

Указанная этапность может быть представлена в несколько ином ракурсе, если выбрать в качестве своеобразного критерия наличие и интенсивность суицидальной идеации. В этом варианте усиление суицидальной активности напрямую отражается стойкостью и глубиной разработки суицидальных мыслей от **пассивных представлений и фантазий** на тему смерти через **замыслы**, характеризующиеся активностью разработки способа и планов самоубийства, к непосредственным **намерениям**, указывающим на принятое решение и присоединение волевого компонента. Последним этапом будет являться переход от внутренних форм суицидального поведения к **внешним** (конкретным поступкам).

Реализация суицидальных замыслов может происходить в трех вариантах

1. Импульсивный - в этом варианте мысль о необходимости совершения самоубийства возникает у человека внешне независимо от предшествующего содержания психики. Тем не менее, это не исключает активную работу подсознания, ангедонию и появление бессознательных образов, связанных с темой смерти, в сновидениях, воспоминаниях, произвольных мыслях и проч. Крайним вариантом импульсивной реализации суицидального замысла является молниеносный суицид, когда наблюдается мгновенное присоединение к замыслу волевого компонента психической деятельности с незамедлительным самоубийством. Особенности молниеносного суицида сближают его с состоянием патологического аффекта
2. Развернутый - здесь всегда можно проследить активную работу сознания по формированию «логики суицида» с обоснованием его необходимости. При этом происходит включение антисуицидальных механизмов в виде борьбы мотивов, аргументов, определяемых противоположными тенденциями в психической жизни суицидента.
3. Смешанный - в этом варианте импульсивное появление мыслей о самоубийстве является только отправной точкой для развития и окончательного утверждения суицидального замысла в виде выбора способа самоубийства, обдумывания мероприятий, связанных с прекращением жизни (завещания, предсмертные записки, завершение каких-то дел и проч.)

Возникновение и механизм развития суицидального поведения обуславливается рядом факторов, представленных:

1. **Индивидуальными суицидогенными факторами (ИСФ)**, являющих собой личностные особенности суицидента, способствующие формированию суицидального поведения и осуществлению суицидальных действий. Выделяют [1]:

— **предиспозиционные ИСФ**: недостаточность или неполноценность психического функционирования (мотивация; ориентировка в ситуации и ее оценка; целеполагание; осуществление выбора поведения). Суицидальную опасность несут:

сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; максимализм суждений и их незрелость; дефектность прогнозирования; неблагополучие в коммуникации; неадекватность самооценки; психологическая уязвимость; — позиционные: дезадаптивная позиция, занимаемая суицидентом в ситуации конфликта. Наиболее суицидоопасным является пассивнооборонительный характер поведения.

— статусные ИСФ: особенности психического состояния или психического реагирования суицидента, непосредственно влияющие на вероятность осуществления суицидальных действий. При наличии психических расстройств такими факторами являются аффективная, аффективно-бредовая или галлюцинаторно-бредовая симптоматика. У практически здоровых лиц статусные факторы проявляются в виде психологических личностных реакций;

— интенционные ИСФ: особенности личностных намерений относительно суицидального поведения, характера и степени его выраженности

2. Т.н. детерминантами суицидального поведения, которые носят преимущественно мировоззренческий характер и, кроме того, отражают влияние этнокультуральных, религиозных, средовых, социально-экономических характеристик на формирование суицидальной активности [4].

Постсуицидальный период —

Амбрумова и Тихоненко [1] выделяли 3 периода постсуицидального состояния:

Ближайший постсуицид — первая неделя после совершенной попытки. В первые дни, после ликвидации соматических последствий суицида, на первый план выходят выраженная астения, амнестические расстройства (после отравления), аффективные колебания, эмоциональные переживания по поводу совершенного поступка, нередко депрессивные расстройства настроения.

Ранний постсуицид — от 1 недели до 1 месяца

Поздний постсуицид — последующие 4-5 месяцев.

Выделяют следующие варианты постсуицидального периода

Суицидально-фиксированный — суицидогенный конфликт актуален и диссимилируется. Сохраняются суицидальные намерения

и положительная оценка суицидальной попытки. Вероятность повторной попытки очень высока и суицидент нуждается в пребывании в психиатрическом учреждении.

Аналитический — суицидогенный конфликт актуален, но суицидальные проявления не выражены. Человек относится к совершенной попытке критически, рассказывает в своем поведении. Тем не менее риск повторной попытки велик. В данном случае суицидент также нуждается в наблюдении психиатра.

Манипулятивный — если после попытки ситуация изменилась в нужном для суицидента направлении, то риск суицидальных рецидивов снижается.

Критический — суицидогенный конфликт утратил актуальность, суицидальные проявления отсутствуют. Вероятность повторной попытки минимальна. Помощь ограничивается рациональной психотерапией.

Значение тщательного наблюдения за суицидентом в постсуицидальный период проявляется в необходимости оценки его психического состояния на предмет особенностей, позволяющих уточнить наличие и актуальность аффективных нарушений, оценить риск повторной попытки, провести симптоматическое лечение и/или дифференциальную нозологическую диагностику.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Психологическая характеристика подросткового возраста. В ряду возрастных периодов в жизни ребенка подростковый период занимает особое место. Именно подростковый возраст (12-18 лет) является самым продолжительным периодом развития ребенка и характеризуется наибольшими психологическими и соматическими (особенно гормональными) перестройками [3,5].

В подростковом возрасте, подчеркивал Л. С. Выготский, имеет место период разрушения и отмирания старых интересов, и период созревания новой биологической основы, на которой впоследствии

развиваются новые интересы. Он перечислил несколько основных групп наиболее ярких интересов подростков, которые назвал *доминантами*. Это «эгоцентрическая доминанта» (интерес подростка к собственной личности); «доминанта дали» (установка подростка на обширные, большие масштабы, которые для него гораздо более субъективно приемлемы, чем ближние, текущие, сегодняшние); «доминанта усилия» (тяга подростка к сопротивлению, преодолению, к волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспитательского авторитета, протесте и других негативных проявлениях); «доминанта романтики» (стремление подростка к неизвестному, рискованному, к приключениям, к героизму. Существенные изменения происходят в этом возрасте и в развитии воображения. Под влиянием абстрактного мышления воображение «уходит в сферу фантазии», которая становится исключительно субъективной формой мышления, мышления исключительно для себя. Подросток прячет свои фантазии «как сокровеннейшую тайну и охотнее признается в своих проступках, чем обнаруживает свои фантазии». Л. С. Выготский отмечал также еще два новообразования возраста. Это развитие рефлексии и на ее основе самосознания. Развитие рефлексии у подростка не ограничивается только внутренними изменениями самой личности, в связи с возникновением самосознания для подростка становится возможным и неизмеримо более глубокое и широкое понимание других людей. При этом развитие самосознания, как никакая другая сторона душевной жизни, зависит от культурного содержания среды. Сравнивая себя со взрослым, подросток приходит к заключению, что между ним и взрослым никакой разницы нет. Он начинает требовать от окружающих, чтобы его больше не считали маленьким, он осознает, что также обладает правами. Центральное новообразование этого возраста — возникновение представления о себе как «не о ребенке»; подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым, он отвергает свою принадлежность к детям, но у него еще нет ощущения подлинной, полноценной взрослости, но зато есть огромная потребность в признании его взрослости окружающими. Стремление быть

взрослым вызывает сопротивление со стороны действительности. Оказывается, что никакого места в системе отношений со взрослыми ребенок еще занять не может, и он находит свое место в детском сообществе. Для подросткового возраста характерно господство детской общности над взрослым. Здесь складывается новая социальная ситуация развития и общение со своими сверстниками — ведущий тип деятельности в этом возрасте.

С точки зрения психиатрии подростковый возраст (пубертатный период) является критическим периодом и резко выраженные психологические особенности в его рамках характеризуются как «подростковый комплекс», а связанные с ними нарушения поведения как пубертатный криз. Общими особенностями этого возраста отмечаются изменчивость настроения, особая чувствительность — чувствительность к оценке другими своей внешности, способностей, умений сочетается с излишней самоуверенностью, чрезмерной критичностью и пренебрежением в отношении суждений взрослых. Тонкая чувствительность нередко уживается с определенной черствостью, болезненная застенчивость с развязностью, желание быть оцененным с бравадированием своей независимости, борьба с авторитетами и общепринятыми правилами со склонностью к обожествлению случайных кумиров, слепым подражанием. Исследователи указывают на характерный в этом периоде «кризис идентичности» [1], оппозиционную готовность, максимализм в оценках.

В этой связи, очевидно, что психологическая неустойчивость и динамизм подростков создает предпосылки для легкого развития кризисных ситуаций, т.е. обуславливает высокую вероятность суицидального поведения. Ниже представлены основные психологические особенности, детерминирующие возможную суицидальную активность подростка:

1. Подросток — уже не ребенок, но еще и не взрослый. Иногда дверь в мир взрослых грубо захлопывается перед ним самими же значимыми взрослыми, с мотивировкой «ты еще слишком мал», «нос не дорос».

2. Ребенок отделяется от родителей и уходит в свой мир — мир сверстников (этап «второй перерезки пуповины»).

3. Подросток испытывает внутренний конфликт: желанное прощание с детством и его безмятежностью и тяжесть расставания с отсутствием ответственности. Возникающие взрослые экзистенциальные и мировоззренческие вопросы создают ощущение глобальной неразрешимости. Подросток свято верит в уникальность собственных проблем и переживаний, что порождает чувство одиночества и подавленности;

4. Борясь с собственным одиночеством, и осознавая сложность проблем, подросток начинает искать себе подобных. Так образуются молодёжные тусовки и формируется подростковая субкультура в противовес миру взрослых.

5. В молодёжной среде у подростка формируется «мы-концепция». С одной стороны, это именно то, что сплачивает группу: общие цели, интересы, задачи. С другой стороны, мир вокруг распадается на «своих» и «чужих», причём взаимоотношения между этими группами порой резко антагонистичны.

6. Формирование «Мы-концепции» у подростка является мостиком к возникновению в жизни подростка референтной группы или групп.

7. Учебная деятельность и школа перестаёт быть главной и самой важной задачей. Ведущей деятельностью становится интимно-личностное общение со сверстниками.

8. Рост критичности подчас ведёт к полному негативизму. Чаще же всего этот негативизм распространяется только на конфликтные, стрессовые и эмоционально напряжённые для подростка ситуации. Лишь у 20% подростков полностью отсутствуют кризисные проявления негативизма.

9. Характерна направленность поиска на собственную личность, самоисследование, самоанализ, чрезмерная чувствительность. Подросток пытается высказаться, пусть даже самому себе (дневники).

10. Начало взрослости осуществляется по внешнему механизму (механизму подражания). Я буду КАК взрослый — игра — копирование внешних качеств, стиля, привычек, манеры поведения, то есть внешней атрибутики взрослости. В этом смысле особую значимость приобретает та личность, которая будет являться этим идеалом.

11. Подросток стремится следовать за модой и идеалами, принятыми в молодёжной субкультуре: физические данные, рок и поп музыка и т.д. и отличается подверженностью средствам массовой информации.

Кризисные ситуации. В свете вышеизложенного, взаимодействие подростка с окружающим миром обуславливает частое возникновение специфических эмоционально значимых событий, далеко не всегда получающих адекватную оценку со стороны взрослых (например, насмешки над внешним видом или неудачами, смерть (суицид) лидера любимой поп-группы, безответная любовь, конфликт с родителями и прочее). Субъективная значимость события определяет развитие состояния психического дискомфорта, а возрастные аффективная неустойчивость, максимализм в суждениях, чувствительность, при отсутствии понимания со стороны взрослых, обуславливают психологический тупик с выраженными затруднениями в поиске социально приемлемого выхода из ситуации психического дискомфорта. Отсутствие последующей психологической поддержки со стороны взрослых способствует фиксации кризисных переживаний, развитию депрессивных переживаний (нередко маскированных поведенческими девиациями) и формированию «порочного круга». Прямым следствием подобной ситуации при определенных личностном складе (тревожность, импульсивность, эмоциональная лабильность) может быть переход в предсуицидальный период и появление паттернов суицидального поведения.

Иными словами, понятие причины суицида в подростковом возрасте приобретает крайне размытый и неконкретный характер. Теоретически любое событие, любое недопонимание со стороны окружающих, при условии их субъективной значимости, может считаться причиной суицида. Ведущее место среди суицидогенных факторов является неразрешимость кризисной ситуации, чувство одиночества и безысходности.

Суицидальное поведение. Акт суицида в подростковом возрасте по своим качественным особенностям и механизмам реализации мало отличается от описанного выше. Возрастные

особенности суицида могут проявляться в определенной его романтизации (например, если причиной кризисной ситуации явилось самоубийство кумира, то подросток может принять решение «идти до конца», «сохранить верность» и использовать тот же способ самоубийства, что и кумир) – синдром Вертера¹. Другим возрастзависимым штрихом может являться фантазирование на тему поведения обидчиков в случае его ухода из жизни и своего «поведения после смерти».

Значительно больше отличий имеют в пубертатном периоде парасуициды:

Во-первых, в подростковом возрасте необходимо четко отличать демонстративно-шантажные реакции и острые аффективные реакции. Последние чаще всего они совершаются в условиях аффективно суженного сознания, т.е. по механизмам импульсивной реализации (интрапунитивные аффективные реакции по А.Е.Личко), что резко повышает вероятность нанесения себе тяжких телесных повреждений и вероятность незапланированного фатального исхода.

Во-вторых, даже в случае демонстративно-шантажных поступков, возрастная слабость контроля интенсивных эмоциональных реакций также определяет большую вероятность развития незапланированного фатального исхода в определенной ситуации (угрозы выпрыгнуть из окна и т.п.).

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Исходя из вышеизложенного, сущность своевременной диагностики суицидального поведения подростка заключается в определении суицидогенных факторов, которая включает в себя выявление:

- индивидуальных личностных факторов (непосредственных суицидальных тенденций, ближайших суицидоопасных состояний и позиций личности, predisпозиционных суицидогенных личностных характеристик, форм и уровней дезадаптации);
- личностно-ситуационных факторов (конфликтов и суицидальных мотивов);
- групповых факторов риска (социально-демографических и прочих средовых).

В настоящее время одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска являются опросники и анкеты. Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы:

1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;

2 - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида.

1 группа методик направлена на выявление суицидальной идеации, определение суицидогенных переживаний, иными словами, производится психологическое или клиническое обследование подростка на предмет качественного содержания его мыслительной деятельности. Здесь обращается внимание на наличие депрессивного мировоззрения, переживаний одиночества, безысходности, собственно суицидальных мыслей. К первой группе можно отнести Шкалу суицидальных мыслей [10], различные шкалы оценки депрессии [6,10], опросник для диагностики уровня субъективного ощущения одиночества [8]. Также широко используются рисуночные тесты, нередко сразу помогающие определить суицидоопасность внутренних переживаний подростка. С целью выявления и анализа мотивационных аспектов суицидального поведения используют методику противосуицидальной мотивации (Ю.Р.Вагин, 1998), позволяющую оценить сформированность противосуицидальной защиты. В тесте представлены девять основных противосуицидальных мотивационных комплексов: 1) провитальная мотивация (страх

¹ синдром Вертера - состояние, когда литературное произведение или действия героя, поступки «звезд» рождает у поклонников желание подражать, вызывая эффект негативных, социально опасных проявлений. Назван по имени литературного героя Гете.

смерти); 2) религиозная мотивация; 3) этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми); 4) моральная мотивация (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения); 5) эстетическая мотивация; 6) нарциссическая мотивация (любовь к себе); 7) мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход); 8) мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему); 9) мотивация финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть).

Помимо инструментальных методик не следует игнорировать метод клинического интервью. По существу любое диагностическое мероприятие начинается с установления контакта с обследуемым, в рамках которого целенаправленные, продуманные вопросы способствуют получению данных о суицидоопасности. Например, у подростка, у которого есть основания подозревать наличие суицидальных замыслов, спрашивают, думает ли не о самоубийстве. На прямой вопрос обычно отвечают отрицательно, и это отрицание считается тем упорнее, чем больше выражена тенденция к диссимуляции. Затем задается вопрос, почему он не думает (или уже больше не думает) о самоубийстве. Оценивая ответ на данный вопрос, обращают внимание на наличие колебаний при ответе, аргументацию. В случае сохранения мыслей о самоубийстве и желании обмануть специалиста обследуемому трудно найти аргументы в поддержку своего «фальшивого» утверждения жизни. Суицидальные замыслы в случае достаточной выраженности носят сверхценный характер и сопровождаются определенным сужением сознания, в силу чего формулировка доводов в пользу жизни крайне затруднительна.

Вторая группа методик направлена на выявление predisposing факторов: определение личностных особенностей, уровня невротизации, тревожности. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение человека. Опросник Дж. Тейлора позволяет определить уровень врожденной личностно-конституциональной тревоги. Высокий показатель по уровню

тревожности уже является predisposing фактором к формированию суицидального поведения.

Для решения задач оценки суицидального риска иногда применяются традиционные личностные опросники: методики диагностики степени эмоциональной стабильности и нестабильности личности Айзенка, личностный опросник Айзенка, адаптированный для обследования детей, начиная с 7-летнего возраста, содержит 60 вопросов, интерпретируемых по шкале экстра- и интроверсии, нейротизма и лжи. Г.Айзенк (1964) связывает экстра- и интроверсию со степенью возбуждения и торможения в центральной нервной системе, рассматривая этот фактор, являющийся в значительной мере врожденным, как результат баланса процессов возбуждения и торможения. Фактор нейротизма (или нейротизма) свидетельствует, по Айзенку, об эмоционально-психологической устойчивости или неустойчивости, стабильности - нестабильности и рассматривается в связи с врожденной лабильностью вегетативной нервной системы, что отражает predisposition, predisposition к неврозу. При выраженном нейротизме, по Г.Айзенку, достаточно незначительного стресса, и, наоборот, при невысоком показателе нейротизма для возникновения невроза требуется сильный стресс, чтобы развился невроз.

Лица, совершившие суицидальную попытку, имеют более высокие баллы по шкале нейротизма и психотизма, замечена связь между повторными суицидальными попытками и нейротизмом.

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО, А.Е.Личко) позволяет измерить степень эмоционально-личностных нарушений человека в текущий момент и спрогнозировать тенденцию изменения характера человека при переходе этих нарушений в хроническую стадию, т.е. спрогнозировать патологии характера (тенденции в развитии личности, которые происходят при перерастании временной дезадаптации в хроническую).

Объективная шкала позволяет выявить следующие акцентуации у подростков (относительно незначительные отклонения от нормы); гипертимный тип (преобладание возбужденности, активности, «счастливый счастличик», суицидальное поведение гипертимным подросткам практически не свойственно); циклоидный тип (фазы

гипертимности и депрессии сменяют друг друга, в субдепрессивный период возможно суицидальное поведение); лабильный тип (настроение сменяется слишком резко от незначительных причин, вероятны суицидальные попытки в состоянии аффекта); астеноневротический тип (повышенная утомляемость, раздражительность сменяется раскаянием и слезами); сензитивный тип (повышенная впечатлительность, чувство собственной неполноценности, вероятно суицидальное поведение, суицидальные попытки носят характер истинного покушения.); психастенический тип (нерешительность, тревожность, мнительность, страхи за будущее); шизоидный тип (закрытый внутренний мир; живет фантазиями, отстраненность от людей, оригинальность суждений, отрыв от реального мира, суицидальное поведение шизоидам не свойственно); эпилептоидный тип (злобно-тоскливое настроение с накапливающим раздражением, мелочная аккуратность, стремление к власти, Истинные суицидные действия у эпилептоидных подростков крайне редки, чаще демонстративное суицидальное поведение, нередко носящее характер явного суицидального шантажа.); истероидный тип (жажда внимания, быть в центре внимания любой ценой, склонность к позерству, демонстративным сценам, свойственны суицидальные демонстрации); неустойчивый тип (отказ от выполнения долга и обязанностей, от учебы, стремление лишь к развлечениям и удовольствиям, суицидальное поведение неустойчивым подросткам не свойственно); конформный тип (полная зависимость от окружающих). Эти типы в чистом виде встречаются редко, чаще проявляются как смешанные.

Уровни суицидального риска

Итогом диагностических мероприятий становится оценка уровня суицидального риска. Приводимая ниже градация суицидального риска основана на характере суицидальной идеации, ее выраженности и глубине [4].

Минимальный риск. По существу обследуемый находится вне зоны суицидальной активности, могут констатироваться те или иные суицидогенные факторы, но это не приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Возможно наличие отдельных

кратковременных антивитаальных переживаний («что это за жизнь?!» и прочее).

Ниже среднего уровня. Конstellляция суицидогенных факторов приводит к стойкому снижению настроения и ангедонии. Антивитаальные переживания, недовольство жизнью доминируют в переживаниях пациента. Периодически возникают кошмарные сновидения, в том числе с картинами смерти.

Средний. Наряду с кошмарными сновидениями, в сознании возникают сцены смерти и известных обследуемому самоубийств. Появление образов смерти и воспоминаний о самоубийстве в сознании не связывается, однако, с переживаемой ситуацией. Эти образы носят своеобразный «отстраненный» характер. Собственное «Я» не включается в переживания, связанные со смертью.

Выше среднего. Начинает все более четко осознаваться «безысходность» ситуации. Образы смерти и самоубийства чаще появляются в сознании. Антивитаальные тенденции сменяются желанием смерти, носящим, однако, пассивный характер. Имеют место также антисуицидальные тенденции.

Максимальный. К все более четко выступающему желанию собственной смерти присоединяются мысли об убийстве самого себя. Исчезают антисуицидальные тенденции. Обследуемый обдумывает способы самоубийства. К суицидальным мыслям присоединяется намерение прекратить собственную жизнь выполнением тех или иных конкретных действий. Мысль о самоубийстве становится доминирующей, отмечает достаточно специфическое сужение сознания.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ

Первичная профилактика - В широком смысле в первичной профилактике относятся все мероприятия, направленные на укрепление психического здоровья. Здесь можно выделить несколько уровней, тесно взаимосвязанных между собой

Государственный уровень - проведение национальной политики по формированию системы антисуицидальных факторов:

- Создание и закрепление с помощью средств СМИ, образования, культуры, религии, этических норм, негативно оценивающих суицид.
- Укрепление института семьи.
- Ограничение на государственном уровне доступа подрастающего поколения к идеологии сект, одобряющих одиночные и групповые самоубийства.
- Выпуск дошкольной и школьной литературы в виде сказок, комиксов, стихотворений, басен, коротких рассказов, иронично и, в целом, отрицательно представляющих суицидальные поступки или намерения героев.
- Создание мультипликационных фильмов, пропагандирующих отрицательное отношение к суициду.
- Государственная пропаганда героизма, твердости духа, стойкости в трудных жизненных ситуациях, патриотизма с учетом этнокультуральных особенностей граждан страны.
- Введение в образовательные программы учащихся всех уровней (от школы до Вузов) технологий, направленных на обучение продуктивным, социально-приемлемым поведенческим стратегиям в кризисных ситуациях.
- Создание и закрепление системы регулярных психопрофилактических осмотров, направленных на идентификацию групп повышенного суицидального риска.

Микросоциальный уровень - семья

- Формирование здорового образа жизни
- Обращение должного внимания на развитие личности
- Обеспечение гармоничной и полной занятости детей
- Обучение детей социально-приемлемым способам преодоления кризисных ситуаций
- Ограничение доступа к веществам и средствам самоубийства

Вторичная профилактика - Включает в себя комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов суицидального поведения. Основное место здесь занимает

специализированная медико-психологическая помощь. В настоящее время одним из оптимальных методов работы с суицидентами является кризисная психотерапия.

Кризисная психотерапия – это неотложная психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений. Она нацелена на вычленение и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидального поведения, а также на поиск и тренинг неапробированных человеком способов разрешения суицидогенного конфликта [9,12].

Цели кризисной терапии:

- Устранение симптомов
- Восстановление докризисного уровня функционирования
- Осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса
- Выявление внутренних ресурсов пациента, членов его семьи и значимых близких для преодоления кризиса
- Осознание связи между суицидогенным конфликтом и предшествующими ему переживаниями и проблемами
- Освоение новых моделей поведения и адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые помогут преодолеть текущий кризис и могут быть полезными в будущем

Кризисная психотерапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах. Она может проводиться в амбулаторных и стационарных условиях, по телефону и на дому.

Показаниями для групповой кризисной терапии являются:

- Готовность обсуждать и анализировать свои проблемы
- Наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной терапии
- Выраженная потребность в психологической поддержке и помощи, установление новых эмоциональных отношений взамен утраченных, разработка и апробация новых способов адаптации.

Кроме кризисной терапии, имеют место другие методы психотерапии и коррекции суицидального поведения: игровая терапия, арттерапия, аксиопсихотерапия, направленная на переструктурирование ценностей, когнитивная кризисная терапия, различные модификации аутогенной тренировки, ролевого тренинга и др.

Третичная профилактика – являет собой комплекс мероприятий, направленных на снижение влияния инвалидизирующих последствий суицида. Подразумевает психотерапевтическую и психокоррекционную работу с семьей суицидента.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в Республике Казахстан происходит формирование суицидологической службы, деятельность которой регламентируется отдельными положениями и правилами. Коротко можно отметить, по опыту суицидологической помощи СССР и европейских стран она должна включать в себя:

- Широкую сеть кабинетов «телефонов доверия», укомплектованных высокопрофессиональными кадрами, круглосуточно обеспечивающими urgentную психологическую и психотерапевтическую помощь людям, находящимся в кризисной ситуации
- Сеть суицидологических кабинетов (на уровне ПСМП)
- Сеть кризисных стационаров (при больницах скорой помощи или ЛПУ соматического профиля)

Вместе с тем, очевидно, что подобная структура оказания суицидологической помощи ориентирована преимущественно на вторичную профилактику суицидов. В реализации мероприятий по первичной профилактике огромная роль принадлежит учреждениям образования, внутренних дел, социальным службам и негосударственному сектору. При условии наличия продуманной государственной поддержки первично профилактических

мероприятий, акцент деятельности указанных структур будет падать на своевременное выявление и нивелирование суицидогенных факторов.

Касательно учреждений образования необходимо отметить, что обязательным условием их эффективной работы по профилактике суицидов является наличие школьного психолога, владеющего методиками диагностики суицидального поведения.

Работа школьного психолога в учреждениях образования ориентирована на выявление детей из групп риска по формированию суицидального поведения. Для этого целесообразно регулярное добровольное мониторингирование психологического состояния учащихся с использованием диагностических инструментов (шкал, опросников) с привлечением психологов, психотерапевтов из негосударственного и государственного сектора. В зависимости от результатов мониторинга определяется риск формирования суицидального поведения у каждого конкретного подростка и совместно с родителями ребенка планируется дальнейшая психологическая работа. Например, если риск обуславливается преимущественно микросоциальными факторами (проблемы в семье и прочее), то следуют рекомендации по привлечению специалистов служб психического здоровья, социальных работников. В случае выявления фактов насилия в семье ставятся в известность представители внутренних дел и т.д. Во всех случаях необходимо помнить, что основными условиями эффективной профилактической работы являются добровольность и информированность подростка и его законных представителей, а также координированная и слаженная деятельность всех заинтересованных служб.

Другой стороной профилактической деятельности организации образования, координируемая школьным психологом, является проведение психологических тренингов для подростков с целью обучения их методикам совладания при поиске выхода из кризисных ситуаций. Для этой цели также могут привлекаться специалисты служб психического здоровья как государственного, так и негосударственного сектора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рост суицидальной активности среди общего и детского населения Республики Казахстан обуславливает необходимость активизации усилий государства и общества по разработке конкретных мероприятий, направленных на профилактику суицидов. Основным условием эффективности таких мероприятий является единство в подходах и преемственность деятельности заинтересованных служб (здравоохранения, образования, внутренних дел и других). Кроме того, важное значение имеет ответственность каждого ведомства за свой участок работы и взаимодействие со смежными службами.

Суицидальное поведение является многофакторным явлением и имеет сложные механизмы формирования, что диктует необходимость использования бригадного подхода к диагностике и профилактике с привлечением различных специалистов на разных этапах. Вторичную и третичную профилактику суицидального поведения традиционно осуществляет медицинская служба, однако, особую значимость приобретает ранняя диагностика суицидального поведения, выявление детей из группы риска по развитию суицидального поведения, а также деятельность направленная на нивелирование влияния суицидогенных факторов. В этой связи основной акцент в реализации мероприятий по первичной профилактике падает на учреждения образования, в частности, на школьных психологов. Очевидно, что именно на уровне школы взаимодействие специалистов здравоохранения, внутренних дел, социальной службы и родителей в направлении превенции суицидальных проявлений будет наиболее оптимальным. Кроме того, необходимость координации такого взаимодействия обусловит повышение роли школьных психологов и вообще психологического сектора учреждений образования, а также будет способствовать организации системы мониторинга суицидальной активности детей и подростков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М.1980. 55с
- 2 Аналитический доклад за 2005-2007гг Генеральной прокуратуры РК «Детский суицид». [Электронный ресурс] <http://www.procuror.kz/?type=news&id=5&pid=152&lang=ru&nid=193>
- 3 Гурьева В.А. с соавт. Клиническая и судебная психиатрия. М:Генезис, 2001.480стр
- 4 Ефремов В.С. Основы суицидологии.-Спб:изд-во «Диалект», 2004.-480с.
- 5 Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Изд.2-е.-Л.-Медицина, 1985.-416с
- 6 Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.-4изд.-М:МЕДпресс-информ, 2002.-592стр
- 7 Перехов А. Я., Дубатова И. В. Социальные и психические стрессы при самоубийствах Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов, 2004, Ростов-на-Дону.[Электронный ресурс] <http://centerphoenix.ru/paper56.html>
- 8 Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самара:Изд-дом «Бахрах»,1998.-672стр
- 9 Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М:Когито центр,2005.-376стр
- 10 Aaron Beck, A. Rush, Brian Shaw, Gary Emery. Cognitive Therapy of Depression, 1979.[Электронный ресурс] koob.ru
- 11 Erikson. Identity: youth and crisis.-NewYork,1968
- 12 Rappoport. The state of crisis: some theoretical considerations//Social Service Review.-1962.-Vol.36, N.2.-P212-217

13 UNICEF. Annual session 2009. 8-10 June 2009. [Электронный ресурс] <http://www.unicef.org/about/execboard/files/09-PL8-Kazakhstan-QDS-English.pdf>