



Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

**«Сухаревские чтения.
Суицидальное поведение детей и подростков:
эффективная профилактическая среда»**

14 - 15 ноября 2017 года



*Сборник статей
под общей редакцией к.м.н. М.А. Бибчук*

Москва 2017

Департамент здравоохранения города Москвы
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия последиplomного образования Минздрава России
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Материалы Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием

**«Сухаревские чтения.
Суицидальное поведение детей и подростков:
эффективная профилактическая среда»**

14 - 15 ноября 2017 года

Сборник статей
под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук

Москва 2017

УДК 616.89
ББК 56.14.88.4
У 59

«Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда», 14-15 ноября 2017 года, г. Москва. Сборник статей под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, [Электронное издание] М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»– 2017. – 137 с.

ISBN 978-5-9909532-1-5

Издание подготовлено к Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда», состоявшейся 14-15 ноября 2017 года в г. Москве.

Сборник содержит статьи и тезисы научных работ по детской психиатрии, посвященных профилактике, лечению и реабилитации детей и подростков с суицидальным поведением.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

УДК 616.89
ББК 56.14.88.4

ISBN 978-5-9909532-1-5

© ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», авторы - текст, 2017
© А.В. Соколов оформление, 2017

Глубокоуважаемые коллеги!

Сегодня, проблема суицидального поведения детей и подростков является одной из наиболее болезненных проблем не только психиатрии, но и общества в целом. К сожалению, Россия занимает одно из первых мест по распространенности самоубийств среди подростков, и потому профилактика, предупреждение аутоагрессивного поведения становится не только медицинской, но и общественной проблемой.

Мы глубоко убеждены, что предотвращение детских и подростковых суицидов возможно только при создании профилактической среды, делающей невозможным уход из жизни ни одного ребенка. Формирование такой среды требует комплексного, полипрофессионального взаимодействия не только врачей-психиатров, психологов и педагогов, но и родительского сообщества, сотрудников правоохранительных органов, журналистов и многих других.

В конференции участвовали врачи, психологи, социальные работники, педагоги, сотрудники правоохранительных органов и другие специалисты из разных регионов России и из-за рубежа. Присланные вами тезисы охватывают широкий круг вопросов, касающихся биологических, феноменологических, клинико-диагностических, патопсихологических подходов к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации детей с суицидальным и аутоагрессивным поведением; организационные и юридические аспекты детской и подростковой суицидологии; современные аспекты психотерапии и психофармакотерапии суицидального и аутоагрессивного поведения; влияние информационных технологий на психическое здоровье подрастающего поколения; возможности семьи как среды реабилитации детей с суицидальным поведением; вопросы профессионального взаимодействия всех специалистов, оказывающих помощь детям, подросткам с суицидальными проявлениями и их семьям и многих других теоретических и практических проблем детской суицидологии.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Социально полезная деятельность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, как средство профилактики суицидального поведения в условиях Центра содействия семейному воспитанию (из опыта работы ГБУ ЦССВ имени Ю.В.Никулина)

Акопянц И.А., Воеводкина В.К., Салтанова И.А.

ГБУ ЦССВ «Школа циркового искусства имени Ю.В.Никулина»,
г. Москва

В Центре содействия семейному воспитанию, как организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находятся дети, имеющие негативный жизненный опыт, с выработанной у них асоциальной моделью поведения, с обострённым глубоким чувством «ненужности никому».

«Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, относятся к категории детей, находящихся в исключительно экстремальных условиях бытия, которые не обеспечивают возможности удовлетворения основных потребностей в психологическом развитии, эмоциональной и социальной защищенности. Кроме того, данная категория детей не может развиваться полноценно в социальном пространстве прав и обязанностей... Известно, что результатом пребывания ребенка в детском доме является низкая самооценка, ограниченность социального опыта, неразвитость эмоций, неготовность к самостоятельной жизни». Все эти особенности повышают склонность воспитанников к совершению суицидальных попыток.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы Центр содействия семейному воспитанию «Школа циркового искусства имени Ю.В.Никулина» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы с 1995 года использует средства циркового искусства в социализации и реабилитации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усиливая социальную направленность методов цирковой педагогики. Воспитанники получают дополнительное образование по таким предметам циркового искусства как жонглирование, акробатика, иллюзия, воздушная гимнастика, эквилибр на моноцикле и др.

Цирк - синтетическое искусство, которое интегрирует в себе спорт, музыку, хореографию, актерское мастерство, пластику, искусство цвета и света. Цирковое искусство способно реализовать большую часть основных фундаментальных потребностей детей-сирот в познавательной, игровой, творческой деятельности, в общении, обеспечивая тем самым развитие и социализацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Одним из эффективных подходов по профилактике суицидов у воспитанников в ГБУ ЦССВ имени Ю.В.Никулина является социально-педагогический подход. Он заключается в восстановлении или коррекции качеств личности воспитанников, особенно нравственных и волевых.

Особенностью данного подхода в Школе циркового искусства является вовлечение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в добровольную социально полезную деятельность. Эта деятельность направлена на цели, выходящие за рамки групповых, она ориентирована одновременно и на процесс, и на результат и способствует формированию навыков позитивного общения, активной гражданской позиции молодого человека. Если на начальном этапе такой деятельности мотивы ее участников скорее индивидуалистичны или сосредоточены на группе, то впоследствии они в значительной мере становятся все более широко социальными, направленными на других, даже незнакомых людей. Личность формируется в деятельности, и именно характер социально значимой деятельности в подростковом возрасте определяет мировоззрение молодого человека, его отношение к себе и другим людям, к труду. Таким образом, ребенок, оставшийся без попечения родителей, из «никому не нужного» превращается в «нужного для всех».

Воспитанники ГБУ ЦССВ имени Ю.В.Никулина активно привлекаются к волонтерской работе, участвуя в различных благотворительных проектах и акциях, они посещают пансионаты ветеранов Великой Отечественной войны и тружеников тыла, ветеранов труда, госпитали, центры социальной адаптации граждан.

С сентября 2016 года коллектив Школы циркового искусства реализует социокультурный проект «Социоцирк-Москва». Основная идея проекта – социализация средствами циркового искусства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, людей старшего возраста, вовлечение обучающихся в новые социальные связи, расширение кругозора, предоставление возможности заниматься творчеством, имеющим оздоравливающий эффект.

В рамках работы по социальному проекту в Школе циркового искусства имени Ю.В.Никулина созданы команды волонтеров, состоящие из воспитанников, опытных педагогов дополнительного образования, ветеранов цирка, которые проводят в учреждениях социальной сферы выездные мастер-классы по различным жанрам циркового искусства: жонглированию, иллюзии и др.

Предлагаемые занятия очень доступны: дети и взрослые развивают физические навыки, раскрывают творческий потенциал с помощью нового, интересного занятия. Цирковая педагогика – это интересный, яркий, красочный метод, который способен увлечь ребенка и людей более старшего возраста.

В настоящее время к участию в проекте «Социоцирк-Москва» привлечены Территориальные центры социального обслуживания и Центры помощи семье и детям Юго-Восточного административного округа Москвы. Все участники проекта отмечают профессиональную работу воспитанников и педагогов, положительный эффект от занятий, создание атмосферы праздника на занятиях новым интересным делом.

В заключение отметим, что организованная таким образом работа позволяет осуществлять социальную и психологическую защиту детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в условиях центра содействия семейному воспитанию, снизить количество детей с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток, организовать работу по оптимизации взаимоотношений в детско-взрослой среде.

Преподавание подростковой суицидологии в медицинских вузах и системе дополнительного профессионального образования

Алексеева М.В., Ваулин С.В.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Смоленск

Актуальность проблемы суицидального поведения у подростков определяется их распространенностью, склонностью к серийным и групповым суицидальным актам, ростом частоты депрессивных расстройств. Несмотря на серьезность последствий аутоагрессивных проявлений у подростков, внимание и помощь со стороны родителей и педагогов, суицидологических служб не несет характер согласованных действий.

Отмечаемая в последнее время тенденция роста показателей суицидального поведения у подростков показала слабые стороны системы оказания психологической, психиатрической помощи этому контингенту. Одной из ключевых проблем в этой ситуации является нехватка квалифицированных специалистов в области суицидологии и отсутствие необходимых знаний у смежных специалистов, непосредственно работающих с подростками. Частично это обусловлено повышенной активностью со стороны педагогического сообщества в попытке решения данной проблемы, мотивированной мнением о стигматизирующих последствиях обращения к психиатру ребенка с суицидальным поведением.

Знание возрастных особенностей формирования суицидального поведения, анализ случаев суицидов подростков необходимы для разработки организационных форм и методов их предупреждения, дифференцированной тактики ранней профилактики, коррекции психических расстройств, сопровождающихся развитием суицидального поведения, а также предупреждения некорректного отражения темы самоубийств в средствах массовой информации и Интернете. Эффективная профилактика подростковых самоубийств возможна лишь при согласованных усилиях со стороны педагогического и медицинского сообществ. До настоящего времени разборы причин совершенных подростками суицидов, носят в большей степени формальный характер и чаще проходят, без участия компетентных в области суицидологии представителей психиатрии. Школьные психологи не имеют достаточных знаний в области суицидологии, не могут оценить риск совершения суицида в реальной обстановке, не имеют навыков коррекции подобных состояний. Составленные планы по профилактике суицидального поведения в молодежной среде не основаны на реально действенных, но трудоемких методах, и, как следствие, не приводят к снижению количества подростковых суицидов.

Особенностью психиатрии, как любой другой медицинской специальности, является постоянный и поступательный процесс накопления знаний, который самым тесным образом связан с практикой. Базовое медицинское образование является лишь начальной ступенью становления специалиста и является недостаточным для врача. Кроме того, в последнее десятилетие заметно снизилось качество обучения студентов

основам психиатрической науки, что связано с целым рядом обстоятельств. Среди причин низкой компетентности в вопросах психиатрии выпускников вуза можно назвать сокращение учебных часов по специальности, крайне ограниченные возможности демонстрации больных и непосредственного общения студентов с пациентами психиатрических учреждений. Начальные знания по детской и подростковой психологии, но не психопатологии, получают лишь студенты педиатрических факультетов. В то время как детскими психиатрами становятся в основном выпускники лечебных факультетов. И, тем более, врачи педиатры, врачи общей практики не владеют навыками распознавания степени суицидального риска у подростков.

Дополнительное профессиональное образование врачей-психиатров является важным элементом обеспечения качества психиатрической, в том числе, суицидологической помощи. Существующие программы последипломного образования не всегда оперативно меняются соответственно требованиям практики. Тем более что каждое учебное заведение, занимающееся ДПО в области психиатрии, вынуждено самостоятельно разрабатывать учебные программы, что неизменно приводит к отсутствию единого подхода в обучении.

На настоящий момент единственной в масштабах страны программой тематического усовершенствования обучения специалистов в размере 72 часов по суицидологии является программа, изложенная в Приказе МЗ РФ от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», которая лишь косвенно затрагивает вопросы суицидального поведения у детей и подростков.

Введение системы непрерывного медицинского образования у врачей позволяет регулярно проводить программы повышения квалификации длительностью от 18 до 72 часов, посвященные актуальным вопросам подростковой суицидологии, аддиктивному поведению, включая зависимость от психоактивных веществ, интернет и игровые зависимости у врачей психиатров, психотерапевтов.

Таким образом, реформирование системы дополнительного профессионального образования, позволяет наряду с вышеуказанными мероприятиями внедрение подобных учебных программ для специалистов смежных специальностей - педиатров, врачей общей практики.

Превенция суицидальных рисков среди учащихся первого курса ГМУ г. Семей (Казахстан)

*Алтыбаева Г.К., Оспанова Н.Н., Молдагалиев Т.М., Сарсембина Ж.Д.,
Бураханова Г.К., Калиева А.А.*

«Государственный медицинский университет г.Семей» МЗ РК,
г. Семей, Республика Казахстан

В Казахстане уровень суицидов среди общего населения, по данным ВОЗ, составляет 23,8 на 100 000: мужчины – 40,6, женщины – 9,3 [Suicide rates, data by country - [Электронный ресурс]. URL: [http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en]. Наряду с этим в Казахстане остро стоит проблема подросткового суицида, о чем было сделано официальное заявление Генерального Прокурора РК в 2011 году [Опубликовано на сайте The General prosecutor's office of the Republic of Kazakhstan (<http://prokuror.gov.kz>) По данным ЮНИСЕФ с 2004 года и по 2012 Казахстан занимал первое место по количеству случаев суицида девочек и девушек 15-19 лет среди стран СНГ, Центральной и Восточной Европы (UNICEF TransMONEE 2012 Database) [Девочки Казахстана: право на жизнь: Аналитический документ – Алматы, 2012. – с.5]. Согласно ежегодному отчету UNICEF, посвященному ситуации в Казахстане, уровень суицидов среди подростков 15-19 лет достиг в 2014 году 9,1 на 100 000 для девушек, 20,5 на 100 000 для юношей. Каждый седьмой суицид был зарегистрирован в сельской местности. Риск совершения суицидов выше среди юношей в 3,6 раз по сравнению с девушками. Ранние пилотные исследования по индикации факторов, связанных с совершением самоубийств выявили, что в 90% случаев подростки обнаруживали симптомы депрессии и низкой психологической устойчивости [UNICEF Annual Report 2015. Kazakhstan, 2015, p.13 [Электронный ресурс].

Таким образом, при анализе преваленса суицидов среди подростков в ГМУ г. Семей, необходимо отметить повсеместную распространенность данной проблемы, различный уровень ее проявлений (от суицидальных мыслей до завершенных суицидальных попыток).

От того, как построены образовательные технологии, насколько профессиональна ППС зависит адаптация студентов, и, во многом, их психологическое состояние.

Рекомендации, направленные на организацию академического и неакадемического процесса в ГМУ г. Семей по сути являются рамками, внутри которых выстраивается вся систем превенции, как первичной, так и вторичной. Однако, учитывая максимальный охват и большую эффективность, первичные превентивные меры являются первостепенной задачей для любого ВУЗа [Fernández Rodríguez M.C. and Huertas I.B. Suicide Prevention in College Students: A Collaborative Approach // Interam J. Psychol. – 2013. – № 47(1). – P. 53–60].

Основные элементы данного направления превенции включают в себя: оценка и мониторинг психологического здоровья; повышение осведомленности о проблеме

суицида; повышение компетентности ППС в воспитательной работе и в области развивающих социальных практик; создание безопасной среды; кризис-менеджмент.

Каждый из ключевых элементов осуществляется посредством конкретных методов, технологий и инструментов, которые будут описаны ниже.

Субъектами, осуществляющими реализацию данных элементов, является администрация вуза, ППС и сами студенты. Объекты мероприятий – студенты вуза.

Настоящее исследование показало, что четверть студентов 1 курса трех факультетов ГМУ г. Семей имела аффективные симптомы той или иной степени выраженности. Это свидетельствует о напряженных механизмах адаптации или начинающейся дезадаптации, что в большей степени обусловлено личностными особенностями самих студентов, их степенью готовности к новым условиям жизни.

Основываясь на результатах исследования, необходимо подчеркнуть необходимость внедрения комплексной оценки рисков и симптомов. Скрининговые методы в рамках первичной профилактики, в частности с помощью формы Базовый опросник учащихся, должны быть дополнены специфическими методиками в рамках вторичной профилактики, в том числе с прицелом на симптоматическую и синдромальную клиническую диагностику. В условиях ГМУ г. Семей инструментом, который может быть использован специалистами ментальной сферы на втором этапе оценки, является M.I.N.I.KID – краткое международное нейropsихиатрическое интервью [Шихан Д., Лекрубье И. M.I.N.I. KID – краткое международное нейropsихиатрическое интервью для детей и подростков. Английская версия 6.0 DSM-IV. – 2009.- 46 с.]. Данный инструмент позволяет психиатру проводить комплексную диагностику расстройств в том числе с оценкой природы суицидальности.

Адекватная информация минимизирует вероятность стигматизации и отторжения лиц, совершивших суицидальные попытки, или имеющих такие намерения.

Информационная работа в отношении суицидов должна строиться сразу по нескольким направлениям: психообразовательные программы для студентов, развитие коммуникативных компетенций учащихся, распространение информации о службе психологической помощи в вузе.

От преподавателей порой зависит, насколько оперативно к помощи студенту могут подключиться специалисты ментальной сферы, психологическая служба вуза.

На основании проведенного исследования, нам видится целесообразным обучение преподавателей по наиболее проблемным вопросам суицида среди учащихся.

Доступ к средствам совершения суицида является одним из факторов его совершения. Учитывая особенности жизни казахстанского вуза, необходимо подчеркнуть важность контроля безопасности для всех учащихся.

Кризис-менеджмент представляет собой способность ответить на кризисную психологическую ситуацию. Одна из стратегий – создание кризисной службы, состоящей из кризисного центра и телефонной «горячей линии».

Мы считаем, что в ГМУ г. Семей целесообразным является телефонное консультирование через «горячую линию» доверия. Необходимо рассмотреть возможность использования социальных сетей в проведении консультации. Важная роль

здесь отводится психологической службе вуза, которая должна проводить такие консультации и осуществлять перенаправление нуждающихся студентов в профильные медицинские учреждения.

Особенности аутодеструктивных тенденций при нервной анорексии

Бабарахимова С.Б. Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: по данным современных научных исследований (McCarthy M., 1990; McCourt J., Waller G., 1995; Herpworth J., 2009) установлено, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, рекламы, социальных сетей в интернете в обществе формируется культ стройного женского тела, параметры фото и топ-моделей; следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что, в конечном счете, может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini C., 1993).

Цель исследования: исследовать взаимосвязь аффективных расстройств и аутодеструктивных тенденций на различных этапах развития нервной анорексии для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Бека, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования ведущее место отводилось изучению динамики нарушений эмоциональной сферы. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфофобический регистр непсихотического уровня. Пациентки с дисморфофобическими симптомами считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим телом, чрезмерным увеличением округлостей бедер, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера ягодиц. Все пациентки предъявляли

жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. На фоне выраженных депрессивных расстройств в 73% случаев возникали суицидальные мысли, в 3% случаев была совершена суицидальная попытка. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. Девочки-подростки стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у пациенток выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Данные исследования по тесту Люшера показали, что у всех девочек отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, избеганию помощи со стороны близких и родственников. В 15% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациенток значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), суицидальные мысли и тенденции (23%). В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 46% обследуемых, в 3% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациенток. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на моральные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание. Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от этапа развития нервной анорексии и степени тяжести депрессивной симптоматики.

Выводы: аутодеструктивные тенденции депрессивного регистра выявляются у 93% больных и находятся в прямой зависимости от этапа развития нервной анорексии. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями, приводят к нарастающей школьной и социальной дезадаптации подростков.

Аутоагрессия и отказы от развития у детей: ранние аффективные и поведенческие показатели повышенного риска суицидального поведения

Бардышевская М.К.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ,
МГУ им. М.В. Ломоносова
г. Москва

В статье представлен спектр феноменов аутоагрессии и связанных с ней аффективных и поведенческих показателей повышенного риска суицидального поведения у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Рассмотрены особенности динамики этих показателей за время лечения и коррекции, обозначены направления коррекционной работы.

Аутоагрессия у детей описана как симптом эмоциональной депривации, нарушение психосоматического развития, как симптом при наследственных заболеваниях. Аутоагрессия понимается нами как отвержение ребенком своего физического тела, нанесение самоповреждений. Аутоагрессии часто сопутствуют отказы от развития (речи, овладения навыками самообслуживания) и отказы от питания, выделения, сна, которые могут быть рассмотрены как формы атаки ребенка на свое психофизическое Я.

Дети с аутоагрессией, которая часто сопряжена с агрессией, направленной на других, либо является стихийной компенсацией при невозможности последней, являются основными пациентами детских психиатрических клиник в мировой практике. Знание мотива и механизма аутоагрессии у конкретного ребенка необходимо для построения оптимальной для его выздоровления коммуникации с ним.

Цель исследования: классификация феноменов аутоагрессии в уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК) (Бардышевская), ориентированная на разработку комплексной программы помощи пациентам с аутоагрессией. Задачи исследования: а) выделение критериев для распределения феноменов по ведущему АПК и типу нарушения; б) анализ случаев положительной и отрицательной динамики аутоагрессии; в) определение связей аутоагрессии с другими поведенческими проявлениями; г) определение эффективных терапевтических воздействий в зависимости от типа аутоагрессии.

Метод. Психологическое структурированное наблюдения с терапевтическими воздействиями.

Исследованные дети: 25 детей 2-5 лет и 12 детей 6-10 лет с диагнозом «Другие расстройства развития», РАС с эмоциональной депривацией (с вторичными отказами, хроническим отвержением, отделение 9 острое дошкольное НПУ им. Г.Е. Сухаревой; Дом ребенка) и патологическим симбиозом с матерью (отделение 12 «Мать и дитя», НПЦ им. Г.Е.Сухаревой, амбулаторные пациенты).

Использовались следующие критерии распределения феноменов аутоагрессии по группам:

- 1) репертуар;
- 2) динамические характеристики (интенсивность, длительность, импульсивность),
- 3) эмоциональное состояние;
- 4) пусковые, облегчающие и тормозящие стимулы;
- 5) место в развитии: альтернативой какому нормальному поведению является;
- 6) соотношение аутоагрессии в поведении и в символической активности (проявление аутоагрессии в разных форматах: поведенческом, речевом, игровом и пр.);
- 7) соотношение аутоагрессии с другими видами поведения (сочетание с отказами в развитии и в витальных видах поведения, с особыми паттернами агрессии, привязанности);
- 8) эффективные терапевтические воздействия.

Предполагается, что в норме и при задержке развития аутоагрессия отсутствует или имеет случайный характер (может использоваться маленькими детьми «понарошку»). Клинические проявления аутоагрессии представляют собой феномены искажения, повреждения и распада, а также явления, переходные между ними (см. табл. 1).

Табл. 1. Варианты аутоагрессии в уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов (Бардышевская М.К.)

АПК (ведущий мотив активности) Нарушение:	Искажение	Искажение в сторону повреждения	Повреждение	Повреждение в сторону распада
Психофизиологи- ческого выживания	Аутоагрессия на признаки старения, потери близких в окружении. Отказы от еды, выделения, сна с бредоподобными фантазиями (на фоне депрессии).	Аутоагрессия с физическими травмами при сенсорных, эмоциональных нагрузках (бьет себя по ушам до кровотечения при непереносимости громких звуков)	Аутоагрессия при сенсорных, эмоциональных перегрузках (когда не помогает самоизоляция, избегание). болевом синдроме.	Явления распада в витальных видах поведения (систематическое данье несъедобного). Аутоагрессия, сопровождающая стойкие регрессы в развитии. Отказы от еды и пр. при тяжелых психосоматических состояниях (на фоне депрессии)
Симбиотический	Аутоагрессия на нарушение сенсомоторного стереотипа	Аутоагрессия как протест против своей автономии (при патологического симбиозе)	Отказ от выделения, еды, сна при нарушении стереотипа. Аутоагрессия как привычная аутостимуляция	При тяжелых вариантах анаклитической депрессии

Экспансии	Аутоагрессия, спутанная с агрессией, как попытка выйти из симбиоза с матерью.	Импульсивное травмоопасное поведение (на маниакальном фоне)	Аутоагрессия как протестная реакция, если не удалось настоять на своем	Аутоагрессия при виде своего отражения в зеркале (в сочетании с рвотой и пр.)
Игровой-диалогический и привязанности	Аутоагрессия для привлечения внимания, вызова чувства вины у другого человека, проверки его любви. Демонстративное травмоопасное поведение (на маниакальном фоне).	Аутоагрессия как самонаказание (за сказанное слово, любую понятную коммуникацию). Аутоагрессиясадомаз охистическая, спутанная с агрессией, как привычная форма контакта с другими людьми.	Привычная аутоагрессия при крайне бедной невербальной коммуникации. «Веселая» аутоагрессия: комплекс оживления извращенный с аутоагрессией Извращенная эмоциональная коммуникация (разговаривая, бьет себя по щекам, растягивает губы в стороны, заламывает кисти рук и пр.) Аутоагрессия на ласковое обращение	Стойкий отказ от коммуникации в сочетании с отказом от еды при крайне низкой активности, полном истощении, витальной депрессии
Образно-ролевой	Имитация «понарошку» аутоагрессии. Изображение смерти «в роли» (распятого Христа) при деперсонализации. Аутоагрессия в игре (ломает шею героя, с которым идентифицирует себя). Прямая атака игрушки на себя. Прячется, замирает, когда обращаются по имени, живет в другом образе. Аутоагрессия, сопровождающая творческую активность. Фантазирование о причинении себе вреда, суицидальные высказывания («Пусть меня лифт защемит»).	«Расчленение» образа себя и другого (видит не руку, а «кости»). Атака на свое отражение в зеркале. Отказ от еды, выделения из-за чувства вины.	Символизация внутреннего повреждения (роль сломанных Жигулей).	Стойкий отказ от еды, выделения из-за страха рассыпаться

Результаты и их краткое обсуждение.

1. Варианты аутоагрессии зависят от стадии развития Я ребенка. На стадии появления или «ожидания появления» «Я» в речи у детей преобладают отказы от развития и импульсивная аутоагрессия по типу «короткой связи». У детей, использующих Я в речи достаточно устойчиво, репертуар аутоагрессивных проявлений и возможности их произвольной регуляции значительно шире за счет добавления символических форм (высказываний, игр, рисунков).
2. Мотивы и механизмы аутоагрессии у детей различны и должны учитываться в выборе метода коррекции.
 - a. У детей с выраженной органической патологией аутоагрессия является маркером повреждения АПК психофизиологического выживания и симбиотического, носит стойкий характер, может сочетаться с импульсивной агрессией. За счет причинения себе боли происходит контролируемая ребенком тонизация себя и «перекрытие» сенсорного и эмоционального перевозбуждения от внешних или внутренних (боль) источников. Такая агрессия может купироваться только за счет рудиментарной успокаивающей стимуляции (тактильный контакт).
 - b. У детей с искаженным развитием ведущими (наиболее быстро развивающимися) являются АПК образно-ролевой и АПК экспансии. Такой ребенок пытается компенсировать первично поврежденный АПК психофизиологического выживания и расщепленный АПК симбиотический путем разыгрывания своей смерти, слияния с трагической ролью (Христа и пр.). Необходимо восстановление Я ребенка, выход из роли. Неблагоприятным признаком является сочетание и взаимное усиление аутоагрессии и агрессии по отношению к близким, быстрая смена ролей.
 - c. У детей с эмоциональной депривацией и опытом хронического отвержения аутоагрессия является маркером первичного повреждения АПК симбиотического в сочетании с задержкой развития АПК игрового-диалогического и привязанности, который является ведущим. Демонстративная аутоагрессия используется такими детьми для привлечения внимания взрослого.
3. Ближайшие связи аутоагрессии (сопряженные виды поведения или куда может трансформироваться аутоагрессия при ее блокировании): пищевое поведение, сон-бодрствование (АПК психофизиологического выживания, когда аутоагрессия сменяется или сочетается с отказом от еды), аутостимуляция (АПК симбиотический), агрессия (АПК экспансии), невербальная коммуникация (АПК игровой-диалогический и привязанности), изобразительная активность, игровое поведение (АПК образно-ролевой), поведение перед зеркалом (во всех АПК, как ядерное поведение, как выражение отвержения зрительного, видимого образа себя). При усугублении аутоагрессии, как правило, происходит генерализация нарушений в разных областях развития. При ослаблении аутоагрессии эти виды поведения могут либо нарушаться, сменяя аутоагрессию, либо частично или полностью восстанавливаться, если были ранее нарушены. Динамика аутоагрессии в контексте других аффективно-поведенческих показателей (до и в конце лечения) показывает, что у детей с выраженной органической патологией – ведущие АПК психофизиологического выживания и симбиотический. У детей с искаженным развитием – АПК образно-ролевой и экспансии (симбиотический АПК поврежден). У детей с эмоциональной депривацией, отвержением – АПК игровой-диалогический и привязанности. При разовых, пробных терапевтических воздействиях, направленных на

восстановление поврежденных АПК, удастся значительно уменьшить проявления аутоагрессии, однако часто за счет ухудшения показателей в других областях развития (например, ребенок прекращает выражать суицидальные намерения в фантазиях, но у него возникает энурез). При систематической коррекционной работе можно добиться более комплексных и стойких положительных изменений.

4. Признаки повышенного риска суицидального поведения: тотальность (маркеры во всех АПК), в реальном поведении и символической активности, сочетание аутоагрессии с отказами от развития в ключевых областях (речь и пр.) и отказами в витальных видах поведения, сочетание аутоагрессии с агрессией к близким (показатель достаточно высокого тонуса).

5. Основные линии восстановления поврежденных АПК: восстановление психофизиологического тонуса и соматического благополучия (изменение диеты, режима, двигательной активности, терапия общением с животными), замена аутоагрессии на альтернативный здоровый паттерн (занятия с логопедом, дефектологом, педагогом), высвобождение нормальных инфантильных паттернов (игровая терапия, восстановление нарушенной привязанности), нормализация настроения (антидепрессанты), восстановление нарушенной символической активности, установление связей между расщепленными частями личности ребенка (психоанализ), семейная психотерапия.

Вывод.

Работа должна строиться с учетом типа аутоагрессии (с точки зрения типа нарушенного развития и ведущего аффективно-поведенческого комплекса) и путем комплексной коррекции сопряженных с аутоагрессией аффективных и поведенческих показателей.

Информационные технологии и суицидальная угроза

Басова А.Я.^{1,2}, Северина Ю.В.¹, Соколов А.В.^{1,2}

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,

² ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»,

г. Москва

Согласно биопсихосоциальной модели в возникновении и развитии любого заболевания участвуют как биологические, так и психологические (в том числе когнитивные, эмоциональные и поведенческие) и социальные факторы. Не смотря на всю перспективность подобного подхода с научной, лечебной и этической точек зрения, его применение в сфере психического здоровья сопряжено с серьезными трудностями и требует дальнейшего изучения (Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов, 2015). Стремительное развитие новых информационных технологий во второй половине XX века привело к значительному изменению социального и культурного ландшафта нашей эпохи, что не могло не найти отражения с области психического здоровья. Особенно заметно эти изменения проявились с возникновением и бурным продвижением сети Интернет.

По данным Фонда «Общественное мнение» в 2017 г. Интернетом в России пользовалось около 84 млн. человек, т.е. около 70,4% населения страны. Большая часть этих людей выходила в Интернет ежедневно, значительную долю из них составляли дети и подростки. Около 40% времени в Интернете приходилось на социальные сети. Так, аудитория преимущественно молодежной отечественной сети ВКонтакте на 2017 г. составила около 70 млн. подписчиков, 78% из которых были моложе 25 лет. Широкое распространение мобильных устройств позволяет выходить в сеть в любом месте и в любое время. В среднем, пользователи социальных сетей моложе 25 лет проводят в них около 2 часов в день.

Таким образом, социальные сети превратились в мощный ресурс, влияющий на подрастающее поколение, в том числе в виде биологического, психологического и социального фактора.

Безусловно, современные информационные технологии открывают перед нами новые возможности, но они же могут стать источником угрозы. Один из аспектов этой проблемы заключается в возможности возникновения принципиально новых форм психической патологии под влиянием цифровых технологий.

Так, при помощи нейровизуализации, были выявлены изменения активности нейронов в височных долях, лобной и префронтальной коре у подростков под действием компьютерных игр (Blacketer S.-J., Choudhury S., 2006, Green C.S., Bavelier D., 2003, и др.) Подобные изменения носят устойчивый характер, заметно сказываются на развитии когнитивных функций и социального интеллекта (G. Small, G. Vorgan, 2011) и, возможно, приведут к возникновению новых форм психических расстройств в будущем.

Согласно другой точке зрения цифровые технологии ведут лишь к патоморфозу хорошо известных нам психических расстройств, оказывая заметное влияние на их феноменологию, течение и поведенческие нарушения, а в ряде случаев облегчая их

возникновение. Анонимность и кажущаяся сложность идентификации пользователей интернета привела к смещению ряда форм девиантного поведения в сеть, а также к появлению новых форм патологического поведения, характерных именно для сетевого сообщества, таких как кибербуллинг, киберсуицид и киберсекс.

Киберсуицид трактуется либо как суицидальная попытка, совершенная под влиянием информации, найденной в интернете, либо как публичное представление суицидальной попытки или обсуждение суицидальных намерений в сети.

К первому случаю относятся т.н. «синдром Вертера», «самоубийства знаменитостей», просуицидальные сайты форумы, странички в соцсетях. Второй вариант представлен т.н. самоубийствами «под вебкамерой» и суицидальными пактами.

Возникает вопрос о представленности темы самоубийства в интернете. Введение в поисковую систему Яндекс слова «Самоубийство» дало около 9 830 000 ссылок, слово «Суицид» - 3 800 000 ссылок. Информация, полученная таким путем, представляла собой преимущественно научные или научно-популярные сведения, противосуицидальные статьи разных, в том числе религиозных, организаций, новостные странички о самоубийствах знаменитостей или суицидах, вызвавших общественный резонанс и т.п.

Изучение Топ-100 этих ссылок позволило подразделить источники по типу сайта на информационно-просветительские (43%), СМИ (22%), пропагандистские (19%), рекламный (12%), религиозные (4%). По отношению к суициду источник разделялись на противосуицидальные (79%), нейтральные (19%) и просуицидальные (2%). По особенностям общения с пользователем на монологические с односторонним типом общения (75%) и диалогические (25%).

Таким образом, подавляющая часть информации, представленной в интернете по запросу «самоубийство» или «суицид» носило отчетливую антисуицидальную направленность. Преобладали научные или научно-популярные статьи или новости в электронных СМИ. Причем информация преподносилась в форме монолога, отзывы пользователей, если и публиковались, оставались безответными, дискуссия не поддерживалась. В результате люди с суицидальными мыслями и депрессивными переживаниями, обратившиеся к этим источникам, не получали должной поддержки и помощи.

Представленные данные, при всей их неполноте, позволяют обратить внимание на недостаточность антисуицидальной, антистигматизационной и психопросветительской работы в русскоязычном сегменте интернета в настоящее время. Интернет обладает мощным реабилитационным ресурсом, который в настоящее время практически не используется.

Здесь могла бы быть не только психопросветительская работа, но и создание диалоговых площадок, ведущими которых могут стать авторитетные в сети фигуры (актеры, журналисты, писатели, ученые, блоггеры и др.), психотерапевтические сайты с возможностью психотерапии онлайн, противосуицидальные программы для мобильных устройств и многое другое.

Нам нужно осознать, что новые информационные технологии несут не только новые проблемы, но и новые возможности, которые могут помочь многим людям, страдающим душевными расстройствами, найти свое место в обществе.

Семейная психотерапия суицидального поведения у детей

Бибчук М.А.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва

Семья ребенка с суицидальным поведением в ряде случаев является источником (провокацией) суицидального поведения, но даже если суицидальное поведение не связано изначально с семейными мотивами (несчастливая любовь, травля в школе), то семья ВСЕГДА реагирует на такое поведение, и реакция семьи может, в свою очередь, активизировать или блокировать суицидальные тенденции.

В большинстве случаев суицидальное поведение ребенка является «сообщением» для семьи, что у него есть фрустрированные потребности («Я так больше не могу/ не хочу жить»). В ответ на суицидальные проявления у родителей чаще всего возникает страх, растерянность или вина. На этом фоне действия родителей нередко являются противоречивыми, непоследовательными и несогласованными друг с другом. Неустойчивая воспитательная позиция родителей отдалает возможность удовлетворения фрустрированной потребности ребенка, уменьшает кредит доверия или способствует получению ребенком «вторичной выгоды», что повышает суицидальные риски, как при истинном, так и при шантажном характере суицидального феномена.

Действия специалистов – и профилактика, и семейная психотерапия - направлены на формирование реабилитационного поведения и укрепление реабилитационного потенциала семьи, включая:

- выявление возможных суицидальных факторов в ближайшем окружении ребенка (ситуации длительного физического насилия, одиночество, смерть близких);
- получение информации о поведении ребенка (например, о появлении импульсивности или разрыве значимых отношений со сверстниками в школе);
- формирование среды безопасности (в частности, изъятие потенциально опасных средств, например, в случаях, когда отец работает в силовых структурах и имеет оружие, или в семье есть кто-то, принимающий психотропные препараты);
- выявление и коррекция семейных отношений, которые закрепляют суицидальное поведение ребенка (например, непоследовательная реакция родителей на манипулятивные действия ребенка);
- психообразование окружающих ребенка-суицидента (например, «это не лень, а проявление болезни»);
- обучение родственников навыкам эффективного взаимодействия при высоком суицидальном риске у ребенка;
- поиск ресурсов в семье, так, например, открытое обсуждение суицидальных мыслей и намерений, возможность высказаться и быть услышанным является значимым антисуицидальным фактором для ребенка.

Независимо от того, с каким типом суицидального поведения сталкивается специалист во время консультации, от него требуется соблюдение основного

методического принципа системного подхода – нейтральности. Нейтральность, как внутренняя профессиональная и этическая позиция консультирующего специалиста, предполагает равное уважение, равное внимание, равное сочувствие всем членам семейной системы. Позиция нейтральности позволяет быть доброжелательно внимательным и безоценочным, дает гарантии всем членам семьи на принятие, обеспечивает право быть услышанным и получить поддержку. Состояние нейтральности позволяет специалисту оставаться “живым” - отзывчивым, сочувствующим, поддерживающим, сохраняя при этом объективное отношение к информации, процессу, взаимоотношениям (1); избежать крайностей в суждениях («добро — зло», «хороший — плохой», «прав — неправ») в любой ситуации (2); отказаться от борьбы за доказательство своей правоты (3); избежать полярных форм поведения, таких как отстраненность или чрезмерная вовлеченность (4); действовать прямо, открыто и ясно, в том числе, формулируя вопросы: "Ты думаешь о самоубийстве ?" (5).

Благодаря позиции нейтральности специалист справляется с угрозой эмоционального выгорания и сохраняет устойчивость в процессе психотерапии. Ведь если психотерапевт считает, что целью его интервенций является сохранение жизни ребенка, то тревога у специалиста будет крайне высокой, т.к. он не способен контролировать жизнь пациента вне терапии или вне стационара. Если же цель психотерапии - иная (например, повышение уровня дифференциации суицидента или повышение устойчивости родительской подсистемы), то работа будет более продуктивной.

Работа психолога или психотерапевта с семьей ребенка-суицидента имеет как общие черты консультирования любой семьи, в частности, социальную и проблемную фазы, этапы формирования гипотезы и интервенций, предписания и домашние задания, так и особенности, присущие терапии именно суицидальных случаев.

Социальная фаза предполагает сбор суицидологического анамнеза, разговор об изменении состава семьи в последнее время (в частности, ситуации горя и утраты), времени использования ребенком компьютера и родительского контроля за этой деятельностью.

Проблемная фаза включает изучение семейной мифологии суицидального поведения, функции и динамики феномена суицидального поведения, признаков проблемного стереотипа, особенностей коммуникативной сферы.

Формирование гипотезы учитывает типологию суицида (истинный, шантажный или сетевой), суицидальные и антисуицидальные факторы.

Интервенции учитывают амбивалентность суицидента и его семьи в вопросах жизни и смерти, предполагают интерпретацию вторичной выгоды, анализ предпринятых попыток решения, сфокусированы на обучение родителей проявлять свои чувства, «конструктивно» ссориться, на формирование родительских компетенций и согласованности действий в родительской паре.

Домашние задания обычно направлены на разрушение проблемного стереотипа, на повышение уровня доверия и сотрудничества в семье, на обучение новым формам совладания с депрессией, тревогой и растерянностью.

Мишенью для семейной психотерапии шантажного суицидального поведения являются новые способы коммуникации и новые правила взаимодействия, а при психотерапии истинных суицидальных намерений - поиск новых смыслов существования не только для ребенка, но и для всей семьи.

Как правило, эффективная семейная психотерапия суицидального поведения требует продолжительности не менее 3-х месяцев при интенсивности – 3 раза в неделю. Однако в условиях стационара невозможно обеспечить такую продолжительность занятий со специалистом, что предполагает организацию работы семейного психолога на постгоспитальном этапе. Важно, чтобы у родителей была ясность в вопросах необходимости соблюдения сроков терапии, и они смогли быть гарантом преемственности оказываемой помощи при переходе к новому специалисту после выписки ребенка из стационара.

Психологические особенности больных с установленным диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности», совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте

Белозеров Б.Г.¹, Кузнецов Н.А.¹, Ярославская М.А.¹, Мельников А.И.²

¹ Центральная клиническая психиатрическая больница Московской области, г. Москва

² ГАУЗ психиатрическая больница №22 Московской области, г. Химки

Актуальность. Согласно терминологии Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения подростками являются лица в возрасте от 10 до 19 лет, включая ранний подростковый возраст — 10–14 лет, поздний подростковый возраст — 15–19 лет. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, суициды среди лиц в возрасте 15-24 лет за последние 15 лет возросли в 2 раза и являются ведущими причинами смертности в экономически развитых странах. В Российской Федерации за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков увеличилась в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет и дальше расти. Одним из ведущих факторов суицидального риска у подростков является наличие психического заболевания, в частности расстройства личности.

Цель настоящего исследования – изучить психологические характеристики больных эмоционально неустойчивым расстройством личности, совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте.

Характеристика выборки и методы исследования.

В исследовании приняли участие 12 человек, 8 – мужчин, 4 – женщины, в возрасте от 18 до 19 лет, средний возраст составил – $18,5 \pm 0,5$. Все участники исследования в разный период времени (2012-2016гг.) находились на амбулаторном и стационарном лечении в ГБУЗ ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ с установленным диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности» (шифр по МКБ – 10 F60.3), у всех испытуемых выявлялась однократная суицидальная попытка в возрасте 15-17 лет.

Для исследования психологических характеристик больных эмоционально неустойчивым расстройством личности применялись: метод психологического изучения материалов медицинской документации, биографический метод изучения личности, беседа, наблюдение, экспериментально-психологические методики изучения личности (СМИЛ в модификации Л.Н. Собчик, 2002; копинг опросники: «Проактивное совладающее поведение» L.G. Aspinwall, R. Schwarzer, S. Taubert, 1999 в адаптации Е.С. Старченковой в модификации В.М. Ялтонского, 2009; Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана, 2009; шкала восприятия социальной поддержки MSPSS, G.D. Zimet, 1988; адаптация В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота, 1991.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследования установлено, что у 41,6 % пациентов суицидальные попытки в возрасте 15-17 лет были однократными и носили демонстративный характер, осуществлялись в виде суицидального шантажа с нанесением поверхностных самопорезов, мотивами поведения были «лишения компьютерных игр», «ограничения встреч с друзьями», «слабая учебная успеваемость». В 58,4% пациентов суицидальные попытки в возрасте 15-17 лет были также однократными, но совершались на фоне острой аффективной реакции и носили импульсивный характер, осуществлялись в виде попыток отравления, нанесения глубоких самопорезов, мотивами поведения были «несчастливая любовь». В семейном анамнезе у 15% пациентов выявлялась алкогольная зависимость по материнской линии, у 5% отмечалось злоупотребление наркотиками (гашиш, героин) по отцовской линии. Наследственность психическими заболеваниями (шизофрения, эпилепсия) была отягощена у 10% пациентов. Периодическое употребление ПАВ отмечалось у 25% пациентов. Нарушение школьной адаптации наблюдалось у 66,7% пациентов. В неполной семье воспитывались 50% пациентов, развод родителей был осуществлен в раннем возрасте детей, отношения с отцом не поддерживались.

При исследовании личностных особенностей у пациентов с диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности» выявлены: эмоциональная неустойчивость, склонность к реакциям раздражения, импульсивность, нарушение регуляции волевого компонента деятельности, неустойчивая самооценка, категоричность суждений, высокая требовательность к окружающим, склонность придавать особую значимость своим переживаниям, ограниченность репертуара способов реагирования при возникновении конфликтных, проблемных ситуаций, характеризующиеся, преимущественно, преобладанием конфронтации, оценочных высказываний, избеганием, за место конструктивных попыток разрешения проблем. Пациенты испытывают дефицит социальной поддержки. Вышеуказанные тенденции могут определять невысокие адаптивные возможности, трудности выбора нейтральных и конструктивных решений в аффективно насыщенных ситуациях, что повышает вероятность непосредственных, ситуативных поступков без учета возможных последствий своих действий.

Выводы

У больных эмоционально неустойчивым расстройством личности, совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте отмечается низкий уровень психосоциальной адаптации.

У больных эмоционально неустойчивым расстройством личности, совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте выявляются два типа суицидальных проявлений. Первый тип – демонстративный, осуществлялся в виде суицидального шантажа с нанесением поверхностных самопорезов, мотивами поведения были «лишения компьютерных игр», «ограничения встреч с друзьями», «слабая учебная успеваемость». Вторым типом суицидального поведения на фоне острой аффективной реакции, носящий импульсивный характер, который осуществлялся в виде попыток отравления, нанесения глубоких самопорезов, мотивами поведения были «несчастливая любовь».

У больных эмоционально неустойчивым расстройством личности, совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте эмоционально-ориентированный стиль реагирования преобладает над когнитивной оценкой ситуации.

Выявленные в результате исследования психологические особенности больных эмоционально неустойчивым расстройством личности, совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте могут рассматриваться как мишени психотерапевтического воздействия и значимые компоненты социально–психологической реабилитации.

Даллаский клуб самоубийц или почему социальные сети губят наших детей

Булгакова А. А.

Тамбовский Государственный Университет им. Г.Р. Державина,
г. Тамбов

Немецкий психиатр А. Ваег написал: «Какое ужасающее противоречие в том, что ребенок, рожденный и предназначенный непосредственно для радостного и невинного наслаждения жизнью, сам накладывает на себя руки». Такое заключение было сделано почти 100 лет назад, а что же сейчас? На 2017 год детская статистика самоубийств возросла из-за модных смертельных игр в интернете. Самые распространённые – «Синий кит» и «Тихий дом». Если смотреть по названию, то ничего не предвещает беды, но подтекст совсем иной: синий кит - млекопитающие, осознанно выбрасывающиеся на берег или на острые скалы, совершая самоубийство; а тихий дом – истолковывается как место, в котором царствуют вечная тишина и спокойствие. Игры составлены на выполнении несложных заданий, которые настораживают. Дети выполняют максимум 20 заданий, последнее из которых – добровольный уход из жизни. В основном дети из неполноценных или проблемных семей. Статистика самоубийств «Синий кит» указывает на их возрастание с каждым годом. Официально зафиксировано: в 2014 – около 400 суицидов; в 2015 – 504; в 2016 – 720. Эпидемии подросткового суицида – явление не новое. Так кластерные суициды, совершенные сходным способом в короткий период времени, в суицидологии известны как феномен как «синдром Вертера». В 1774 году гениальный немецкий писатель И. Гете написал роман «Страдания юного Вертера». Главный герой произведения Вертер застрелился из-за неразделенной любви. Книга произвела огромный резонанс среди читателей и вызвала волну самоубийств по всей Европе. Всплеск самоубийств был столь велик, что в некоторых странах роман был запрещен. Так почему же наших детей так манит Интернет и социальные сети? Ответ лежит на поверхности – это отсутствие контакта с родителями. Раньше, до появления всемирной глобальной сети, подростки вели дневники, в которых прятали свои чувства и переживания от родителей. Сейчас же дети ведут свои блоги в социальных сетях («Instagram»/ «Twitter»/ «ВКонтакте» и т.д.), где получают массу негативных комментариев от злопыхателей либо же впитывают высоко романтизированные представления о жизни сверстников, которые формируются при просмотре ленты новостей в сети, вызывают чувство зависти и убеждение о том, что другие люди живут более успешно. Точно так же, как под воздействием модных журналов и телепрограмм на ТВ женщины и девушки начинают стесняться своего тела, стремятся стать слишком худыми и развивают нарушения пищевого поведения, так и под воздействием социальных сетей подростки становятся самокритичными и все чаще ощущают угнетенность и отчаяние. Тем самым увеличивая риск возникновения у себя депрессивных состояний. А

как известно, последние чаще всего прогрессируют в суицидальные мысли, а дальше и в добровольный уход из жизни.

В большинстве случаев свои нереализованные потребности в реальной жизни, подростки ищут в сети Интернет: потребность в самостоятельности, признании; потребность в общении, в принадлежности к группе по интересам, в любви. В результате эксплуатации сети Интернета возникает ощущение тотального надзора и господством над ситуацией. Интернет-зависимость порождает психологические проблемы: конфликтное поведение, хронические депрессии, предпочтение виртуального пространства реальной жизни, трудности адаптации в социуме, дискомфорт при отсутствии возможности пользования Интернетом. Используя Интернет, подросток вместо стремления "думать" и «учить» предпочитает «искать». Многие дети сознаются, что бывают на сайтах, посвящённых порнографии, и сайтам самоубийц, наркоманов. При этом у подростков возникает иллюзия вседозволенности и того, что им все сойдет с рук. Это побуждает нарушать права человека, а иллюзия безнаказанности может оказаться ловушкой и иметь серьезные последствия в реальной жизни - происходит нуллификации нравственности.

Если вернуться вновь к социальным сетям, а частности «ВКонтакте», то при поисковом запросе «суицид», то выдается более 2400 групп и только единицы сообществ, помогающих выйти из состояния депрессии.

Если вы ответственный родитель и беспокоитесь за свое чадо, то наблюдайте за ним, промониторив его профили в социальных сетях. И если вы обнаружили что-либо из этого списка, стоит забить тревогу.

1. Подросток не высыпается, даже если рано ложится спать - проследите, спит ли он в ранние утренние часы.

2. Рисует китов, бабочек, единорогов.

3. Состоит в группах, содержащих в названии следующее: «Киты плывут вверх», «Разбуди меня в 4.20», f57, f58, «Тихий дом», "Рина ", «Няпока», «Море китов», «50 дней до моего...»; хэштеги: #дом китов, #150звезд, #ff33, #d28, #хочу в игру.

4. Закрыл в Контакте доступ к подробной информации, в переписке с друзьями (на личной стене) есть фразы «разбуди меня в 4.20», «я в игре». И совсем уж страшно, если на стене появляются цифры, начиная от 50 и меньше.

5. Переписывается в вайбере (и др. мессенджерах) с незнакомыми людьми, которые дают странные распоряжения.

Так же в сети активно пропагандируется явлением селфхарма или в простонародье – самоповреждение. Еще Э.Дюркгейм назвал подобного рода аутодеструктивное поведение «символическим суицидом». Термины, характеризующие так называемое не прямое самоубийство, весьма многочисленны: «частичное», «полу намеренное», «полу преднамеренное», «скрытое», «бессознательное суицидальное поведение» или «суицидальный эквивалент». Во всех случаях непрямого самоубийства люди совершают действия, направленные на саморазрушение или причинение себе вреда при отрицании стремления к этому. Внешне смерть в подобных случаях всегда кажется случайной. Подростков привлекает селфхарм тем, что возможно физическая боль заглушает их душевную или же проецирование душевных ран на собственное тело. Вокруг даршан ходит много мифов,

начиная от « неудачная попытка суицида» до «он/она просто хочет привлечь внимание»].
Нанесение порезов – это ответ, а вопрос у каждого подростка свой собственный.

Если подытожить все выше изложенное, то с уверенностью можно сказать, что Интернет в дошкольном, школьном и подростковом возрасте опасен, если допускать детей в глобальную сеть бездумно.

Диагностика риска совершения суицида: направления современных разработок

Бурлакова Н.С.¹, Олешкевич В.И.², Печникова Л.С.¹

¹ МГУ имени М.В.Ломоносова,

² ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва

Оценка и коррекция риска совершения самоубийства является одной из важных функций психиатрии. В зарубежной клинико-психологической литературе этой оценке посвящен целый ряд исследований. Одно из наиболее распространенных направлений отсылает к разработке соответствующих шкал, когнитивных карт для определения риска. Валидизирован целый ряд опросников и шкал, ориентированных на оценку желаний умереть, суицидальных намерений, мыслей и пр. Отметим, что нужно иметь также в виду, что эти опросники и шкалы, могут, в свою очередь иметь и провокативное отношение для формирования соответствующих мыслей, в особенности у некоторых групп пациентов, к которым относятся и подростки.

В последнее время в психиатрии и клинической психологии специалисты начинают все более принимать точку зрения, что суицидальные риски более, чем ранее считалось, коррелируют с аутодеструктивным поведением. Это в особенности относится к лицам с пограничными личностными расстройствами и подросткам.

Большинство шкал, нацеленных на оценку суицидального риска и самоповреждающего поведения, связаны именно с разработками в рамках когнитивной психологии, опираются на сознательный самоотчет и шире функционирование когнитивных мыслительных процессов. Это не всегда применимо к пациентам как сознательно пытающимся избежать госпитализации, так и неосознанно отрицающим собственные деструктивные намерения и побуждения, а также к пациентам, чьи суицидальные намерения возникают с периодической интенсивностью, что может часто не улавливаться подобными шкалами. Не всегда результаты заполнения шкал могут быть использованы и для целей адекватной аргументации для пациента в пользу необходимости госпитализации и планирования лечения.

С нашей точки зрения для оценки соответствующих рисков у подростков подхода с использованием известных шкал недостаточно. Уже по самому определению психическое развитие подростков, формирование подростковой психологии связано больше с развитием самосознания, а не просто с развитием отдельных когнитивных функций. Как подчеркивал Л.С. Выготский, именно развитие самосознания имплицитно новое развитие мышления, а последнее перестраивает и все прочие когнитивные функции и процессы. А это значит, что диагностика в подростковом возрасте наиболее адекватна в том случае, если она охватывает процессы и механизмы именно самосознания, характерные для этого возраста. Поскольку же самосознание подростка развивается в рамках новой для него социальной ситуации развития, то необходимо учитывать и структуру самой этой

социальной ситуации, а также процессы трансформации социальных отношений подростков во внутренние психические процессы, изменение социальных жанров коммуникации в психические явления внутренней коммуникации. В этих процессах и их трансформациях особенно важны процессы формирования различного рода идентификаций, в контексте более широких процессов становления самоидентичности в этом возрасте.

Все сказанное свидетельствует о недостаточности исключительно когнитивной диагностики, о недостаточности даже непосредственного исследования мышления подростков. Вместе с тем ряд когнитивно-ориентированных методик при переводе их в контекст диагностического применения в клинике подросткового возраста необходимо существенно трансформировать. Например, как было показано ранее, отдельные патопсихологические методики возможно рассматривать не только с позиции исследования характера мышления, но и с точки зрения получения при их применении феноменологических данных, характеризующих самосознание пациента, т.е. использовать патопсихологическую методику в ее двусторонней функции.

Диагностика когнитивного функционирования может непосредственно переходить в проективную. Например, тест ассоциаций со смертью (суицидом), в котором пациенту необходимо как можно быстрее классифицировать слова, связанные с жизнью и самоубийством, может интерпретироваться не только с точки зрения когнитивного функционирования сознания пациента, но и с точки зрения анализа некоторых глубинных суицидальных тенденций, а значит и для диагностики факторов риска и способов вовлечения пациента в терапию. На этой основе, так же, как и на основе когнитивных оценок, могут быть выделены некоторые подтипы суицидальных намерений и суицидального поведения, а также механизмы импульсивных попыток самоубийства.

Собственные исследования показывают, что дальнейшая разработка проективной методологии позволяет более глубоко и дифференцированно, включая обязательный анализ контекста системно изучаемой ситуации развития подростка, диагностировать склонности к суицидальному и самоповреждающему поведению. Такого типа диагностика может давать и точечные ориентиры для построения психотерапевтического и коррекционного вмешательства в каждой конкретной ситуации.

Христианская вера как антисуицидальный фактор

Воскресенский Б.А.

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
г. Москва

Оживление религиозности в России открыло новые возможности для психотерапии.

Жизнь – главный кредит, который дается человеку, и срок действия которого покрыт тайной. Но свобода воли позволяет прервать его в любой момент. Самоубийство – архетипический акт, однако отношение к нему определяется временем (Дж. Хиллман). Современные рационализм и индивидуализм в отношении к самоубийству – лишь один из путей решения проблемы.

Высшая степень разумной природы человека – религиозность (Иоанн Павел II). Будучи частицей Образа Божия, человек призван воплощать идею жизни, а не разрушения. В христианстве смерти придается созидательный смысл – умереть, спасая, утверждая жизнь других, ближних. «Выбери жизнь» – это место из Писания несомненно приложимо к любой ситуации, любым обстоятельствам. «Смерть и есть последний поступок» – писал русский философ Н.А. Бердяев. О «непостыдной смерти» молят на богослужении верующие. Даже в мучительном и неизлечимом страдании можно и должно являть победу духа над плотью, что не может остаться незначимым и для человека неверующего.

То же относится и к эвтаназии, хотя она обычно рассматривается в рамках врачебной этики. «Врачи имеют своим назначением сделать все возможное для продления жизни больного, а не для укорочения ее» (А. Молль).

Самоочевидно, что и больные, находящиеся в острых психотических состояниях, нуждаются прежде всего в психофармакотерапии, так как сфера духовного (мы имеем ввиду христианскую трихотомию), а, значит, и свобода воли у них временно поглощена, «зашторена», подавлена душевными расстройствами.

Философ поневоле: экзистенциальный кризис подростковости

Вышинская Е.С.

ГБОУ СОШ № 950,
г. Москва

Удивительно, но тема смерти особенно актуализируется в подростковом возрасте. Казалось бы, жизнь человека только начинается и как странно обнаружить, что от нее можно хотеть избавиться по собственному желанию. Как часто можно услышать от педагогов, родителей, а возможно и от психологов фразы, апеллирующие к недостатку опыта подростка, незнанию «реальной жизни». Как часто взрослый риторически предлагает молодому юноше или девушке поменяться местами, чтобы тот ощутил, что такое *настоящие* проблемы.

Но желание подростка лишить себя жизни не может базироваться только на логичных и понятных доводах. Говоря о подростковых суицидах и самоповреждении суицидального типа, мы сталкиваемся с глубоким экзистенциальным схизисом. Подростковая смертность от совершенного самоубийства может коррелировать с экономическими и политическими изменениями. Но никогда не может исчерпывающе объясняться ни одним из этих рациональных факторов.

«Мне бы твои проблемы» может сказать подростку взрослый. Но уверен ли он, что сможет повторно выдержать один из самых острых кризисов, под лейтмотив таких трагичных тем, как «в чем смысл жизни?»; «Что такое любовь?»; «Жизнь или смерть?».

Подростковый кризис раскалывает индивида в разных контекстах его бытия: подросток подвержен усиленному контролю, как ребенок и в то же время – призываем к совести, сознанию и рефлексии как взрослый. Ход прохождения подростком процесса идентификации сопряжен с множеством страхов, соблазнов и непониманием себя. Нарастающая сексуальность превращает его жизнь в постоянные салочки между сильнейшим возбуждением и тотальным чувством стыда, неловкости и смущения. Весь мир, приобретенный за период детства, буквально рушится: первая влюбленность может переживаться как предательство дружбы, теплые отношения с родными вдруг становятся тяжелой проверкой терпения и для родителей, и для детей.

Находясь в эпицентре этого по-настоящему экзистенциального кризиса, подросток становится поневоле философом, бредущем во тьме и обуреваемый всеми страстями одновременно. Швейцарский психиатр Людвиг Бинсвангер описал некую патологическую направленность, которую он назвал «экстравагантный идеал» [Л. Бинсвангер Бытие-в-мире, 1999]. Описывая данный феномен, Бинсвангер говорит о том, что жизнь или, используя термин, введенный Мартином Хайдеггером – Dasein (тут-бытие) подвергается жесткой цензуре выбранного паттерна поведения/внешнего вида/стиля жизни. Экстравагантность данного «идеала» заключена в том, что достичь его не реально, он иллюзорен, оторван от объективных возможностей и факторов. В тот момент, когда экстравагантность проявляется как утопия, в ход идет мнимый «альтернативный» вариант, который дает фантомное представление о выборе. Но под «выбором» на самом деле,

подразумевается жесткое расщепление на два абсолютно и заведомо невозможных варианта. В конечном итоге, личность обьята переживанием тщетности и безысходности, в то время, как мнимая возможность выбора, заключенная в формулу «или – или» лишь укрепляет эти переживания, достраивая их чувством полной обреченности.

Одна из проблем подросткового возраста связана как раз с темой невозможности найти выход из сложившегося положения. Ограниченный опыт и повышенный эмоциональный фон не позволяют подростку взглянуть на ситуацию «шире». Этот дефицит приводит к переживанию момента как абсолютного и безысходного.

В редких случаях, когда подросток может обратиться со своей «пустяковой» проблемой к взрослым, он рискует столкнуться со следующим этапом переживания своей «странности» и «неадекватности». Ведь, если проблема пустяковая, почему она его так тревожит.

Увлеченность темой смерти – это не всегда желание умереть. Нередко, это квинтэссенция всех не названных тревог, запретных желаний, которые путем трансформации внутриспсихического субстрата, приобретают форму одержимости темой смерти. Как и сама подростковая противоречивость, так и отношение к Смерти имеет свои грани.

Смерть – это нечто настолько абстрактное и табуированное, что не сравниться в первом со счастьем, а во втором – с сексуальностью. Смерть как нечто конечное и бесконечное одновременно. Прибегая к терминологии французского психиатра и психоаналитика Ж. Лакана, можно сказать, что Смерть (не как акт умирания, а как некий метафизический конструкт) является, в таком случае, *означаемым*, которое не предстает в виде строго очерченного знака, а скорее как первообраз, отсылающий к другим образам.

В своем докладе мне бы хотелось подробнее описать проблематику подросткового интереса к смерти с точки зрения экзистенциального анализа и философии. А также на примерах рассмотреть как современные подростки рассуждают о смысле и ценности жизни и каково отношение и понимание педагогов проблемы суицидального поведения среди детей и подростков.

Особенности суцидов у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями

Гречаный С.В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

Подростковые поведенческие девиации, употребление психоактивных веществ (ПАВ) традиционно рассматривалось в качестве предрасполагающего фактора развития суицидного поведения. Целью исследования было описать особенности суцидов у подростков с расстройствами поведения и употреблением ПАВ с вредными последствиями (ВП). В задачи исследования вошло изучение тяжести употребления ПАВ и их последствий, выраженности различных форм поведенческих расстройств, механизмов психологической защиты, копинг-поведения и личности (с помощью проективной методики) у пациентов, совершивших суицидные действия. Обследовано 293 подростка, 150 мальчиков и 143 девочек в возрасте 12-17 лет (средний возраст – $15,3 \pm 0,1$ года) с ведущим диагнозом «Расстройство поведения» и сопутствующим диагнозом «Употребление ПАВ с ВП».

В ходе клинико-анамнестического опроса различные суицидные действия у пациентов выявлены в 41 случае (13,9%), у 16 мальчиков (39,0%) и у 25 девочек (61,5%) ($p=0,211$). В 3 случаях – это было самоповешанье, в 23 случаях – отравление лекарственными препаратами и ПАВ, в 15 случаях – нанесение ранений на предплечьях. 14 чел. (34,14%) среди совершивших суицид употребляли опиоды с ВП, 8 (19,5%) – летучие растворители с ВП, 11 (26,8%) – алкоголь с ВП, 8 (19,5%) – стимуляторы с ВП.

Несмотря на то, что пациенты, совершавшие суициды отличались от других подростков статистически более высокими цифрами шкал «Психическая адаптация/психопатология» ($p=0,0001$ по критерию U Манна-Уитни), «Физическое здоровье/болезнь» ($p=0,023$) по методике «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками», отчетливые психопатологические мотивы суицидных действий выявлялись только у 8 пациентов: 3 чел. – пациенты, употреблявшие опиоды, 2 чел. – пациенты, употреблявшие стимуляторы, 2 чел. – употреблявшие алкоголь и 1 пациент, употреблявший летучие растворители. В качестве основных психопатологических мотивов суицидных поступков у вышеупомянутых пациентов чаще всего выступали тягостные астено-анергические симптомы в структуре постинтоксикационного состояния, стойкие нарушения сна, субпсихотические аффективные колебания настроения дистимического и дисфорического уровня как следствие хронической интоксикации ПАВ. Однако в большинстве случаев (33 пациента, $p=0,003$) преобладали ситуационно спровоцированные суицидные действия, проявляющиеся в виде остро возникших простых аффективных или психопатических реакций, отражающих характерологический или резидуально-органический регистр психических нарушений. Последний рассматривался также в качестве почвы для формирования поведенческих нарушений, аддиктивных

расстройств, суицидных поступков. Результаты клинико-психопатологического обследования больных подтвердились данными рейтинговой шкальной оценки («Низонжеровский опросник оценки поведения детей»). У подростков, совершивших суицидные действия, по сравнению с оставшейся выборкой были отмечены достоверно более высокие значения шкал «Отклоняющееся поведение» ($p=0,012$ по критерию U Манна-Уитни), «Оппозиция» ($p=0,0001$), «Гиперактивность» ($p=0,0001$), «Невнимательность» ($p=0,0001$), «Эмоциональные нарушения» ($p=0,020$). Важно отметить, что по результатам шкально-рейтинговой методики наряду с «классическими» симптомами поведенческих расстройств, которые соответствуют диагностическим рубрикам F 91.1, 91.2, 91.3, у склонных к суицидным действиям пациентов отмечались достоверно более высокие значения шкал «гиперактивность» и «невнимательность», включающие симптомы гиперкинетического расстройства поведения. В рамках дискуссии можно обсуждать существование гиперкинетической разновидности суицидного поведения у подростков, психопатологической основой которого являются симптомы импульсивности и эмоциональной неустойчивости.

Сравнение выраженности механизмов психологической защиты по методике «Индекс жизненного стиля» показало, что у подростков с суицидными действиями были достоверно выше значения таких шкал, как «замещение» ($p=0,001$), «реактивные образования» ($p=0,001$), а также суммарный показатель шкал, характеризующий общую напряженность защитного поведения ($p=0,006$). Заместительные формы психического реагирования, реализуемые по механизму «смещенной агрессии», по-видимому, лежат в основе аффективных суицидных попыток у наших пациентов. Отмеченные особенности согласуются с результатами проективного исследования свойств личности, полученными при помощи методики «Тест руки». У подростков, совершивших суициды, были достоверно более высокие значения шкал «агрессия» ($p=0,031$), «директивность» ($p=0,005$), «аффектация» ($0,045$), индекса открытого агрессивного поведения ($p=0,0001$) и меньшие значения шкал «коммуникация» ($p=0,043$) и «зависимость» ($p=0,018$). Абсолютное значение индекса открытого агрессивного поведения превышал известный порог готовности к открытой агрессии ($> +1$), что свидетельствует о большой вероятности явного ее выражения. Изучение копинг-поведения показало, что у подростков, совершивших суициды, были достоверно выше значения неконструктивных типов совладающего поведения «конфронтация» ($p=0,001$), «дистанцирование» ($p=0,010$), «бегство-избегание» ($p=0,001$), относительно конструктивного типа «самоконтроль» ($p=0,004$) и ниже значение конструктивного типа совладания «поиск социальной поддержки» ($p=0,002$). Вероятно, недостаточно зрелая эмоционально-когнитивная способность преодоления стресса у обследованных подростков определяет их ситуативную беспомощность в трудных жизненных обстоятельствах и, как следствие, выбор, по преимуществу, суицидного способа выхода из переживаемой фрустрации.

Полученные результаты позволяют выбрать превалирующий подход к профилактике суицидного поведения у подростков с поведенческими и аддиктивными нарушениями, который должен включать, прежде всего, средовую интервенцию, в том числе семейную психотерапию.

Комплексный подход к профилактике суицидального поведения детей и подростков

Даничкина В.Е.

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский Государственный Университет»,
г. Томск

Огромное количество завершенных и незавершенных самоубийств диктует важность изучения причин и условий появления суицидального поведения, определения факторов и групп риска, оптимизации профилактической работы. Большинство специалистов сходятся во мнении, что суициды – это типичная реакция подростков на кризисные ситуации в их жизни, поскольку наибольшее количество самоубийств совершают дети до 14 лет и молодежь в возрасте 15-29 лет. Важно отметить, что случаев неудачных попыток суицида (которые, как правило, никем не фиксируются) в 7-10 раз больше, чем законченных самоубийств. Однако известно, что около 30% лиц, совершивших суицид или суицидальную попытку, в течение предшествующего месяца обратились к врачам или психологам, но не получили должной помощи.

Среди основных причин, побуждающих подростков на суицидальные попытки, можно выделить:

Сложные условия семейного воспитания – постоянно растущее число неполных и неблагополучных семей, сложное финансовое состояние, насилие и жестокое обращение с детьми, по большей части «матриархальный» стиль воспитания и т.д. Большинство родителей вынуждены слишком много работать, чтобы содержать семью. В результате, между родителями и детьми отсутствует психологический контакт, и это, в свою очередь, играет разрушительную роль. Кроме того, особую популярность приобрел «перфекционизм» успешных семей как культивирование достоинств, завышенных требований к себе и другим, избегание промахов и ошибок.

Индивидуально-психологические и поведенческие факторы - пагубное влияние средств массовой информации и интернета, где можно встретить огромное количество сайтов, описывающих точный алгоритм действий по уходу из жизни. Следует учитывать, что неправильно преподнесенная информация о самоубийствах и суицидальных попытках может спровоцировать своеобразные «эпидемии» суицида в определенных группах населения, особенно среди подростков. Стоит избегать сенсационности изложения материала, придания суициду некоего романтического либо героического оттенка, нельзя публиковать фотографии суицидента, указывать подробности суицидального акта. По данным специалистов, каждое упоминание о суициде в СМИ убивает до 58 человек.

Ситуационные факторы - конфликты со значимыми взрослыми; неразделенная любовь и расставание; тяжелые жизненные ситуации (уход из жизни дорогого человека, неприятие обществом, серьезные проблемы со здоровьем); недостижение собственного признания на фоне высокой значимости и ценности социального успеха; неопределенная

ситуация в семье (развод родителей, конфликты); резкое изменение социального окружения (переезд).

Исследователи суицидального поведения выделяют три группы диагностических признаков, которые косвенно могут указать на довольно высокую вероятность совершения суицида:

Первая группа – вербальные сигналы (сообщения об ощущении несостоятельности, безысходности, шутки о желании умереть, заторможенная и монотонная речь, самобичевание и осуждение других, прощание).

Вторая группа – эмоциональные признаки (амбивалентность, беспомощность, печаль, слезы, длинные паузы, тяжело проговариваемые слова, растерянность, дрожание голоса, повышенная возбудимость).

Третья группа – поведенческие приметы (немотивированные и безрассудные поступки, опасные виды спорта, склонность к употреблению алкоголя и наркотических веществ, латентная или явная депрессия, "туннельное" сознание, приобретение средств для совершения суицида).

Профилактика склонностей к суицидам - важная составляющая школьного образования, однако задачи психолого-педагогической поддержки должны соответствовать разным стадиям обучения:

В младшей школе – первичная диагностика и коррекция нарушений в развитии и воспитании ребенка; профилактика и помощь в преодолении страхов и тревог, боязни школы; определение уровня подготовки к обучающему процессу и разрешение появляющихся в связи с этим трудностей; способствование легкой адаптации к школе; развитие интереса к учебе; формирование познавательной и учебной мотивации, самостоятельности и самодисциплины, творческих способностей.

Средняя школа – поддержка школьников при переходе и адаптации к другим условиям обучения; решение задач личностного и ценностно-смыслового самоопределения и саморазвития подростков; формирование жизненных навыков; профилактика перенапряжений; помощь в выстраивании конструктивных взаимоотношений с родителями и ровесниками; профилактика социальной девиации и зависимостей.

В старшей школе – помощь в определении будущей сферы деятельности; поддержка в решении экзистенциальных задач (признание ценности жизни, рефлексия, осознание своей неповторимости, осмысление смысла жизни); развитие временной перспективы и способности к построению целей, психосоциальной компетентности.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод о том, что профилактика суицидальных намерений среди несовершеннолетних будет эффективной только при условии комплексной работы всех учреждений и социального окружения, взаимодействующих с подростками.

Депрессия у подростков: мальчики «рискуют» меньше?

Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,
г. Томск

По данным ряда исследователей от 10 до 20 % подростков испытывают депрессивные симптомы различного уровня, нередко остающиеся нераспознанными (Reynolds W. M., Johnston H. F., 1994; Balázs J. et al., 2013). Эти состояния сопровождаются риском актуализации суицидальных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связанных с особым психобиологическим фоном и недостаточной психосоциальной зрелостью (Цуцельковская М. Я. с соавт., 2003), несформированностью «антисуицидального барьера» (Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н., 1988). Субклинические депрессивные проявления являются фактором риска формирования собственно депрессивного расстройства (Georgiades K. et al., 2006; Jinnin R. et al., 2017). Данные проявления зачастую не распознаются ни подростками, ни их родителями, ни врачами. Имеющиеся эмоциональные нарушения объясняются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями, низкой мотивацией, при этом подростки остаются вне поля зрения специалистов.

Цель исследования. Определение риска развития депрессии у разных групп подростков и выявление различий в зависимости от пола.

Материал. 659 подростков 12-17 лет, из них – 139 учащихся городских общеобразовательных школ, 297 учащихся сельских общеобразовательных школ, 223 ученика специализированных коррекционных школ для детей с нарушениями слуха и зрения («дети с ограниченными возможностями здоровья», дети с ОВЗ).

Методы. Для изучения уровня риска депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии М. Ковак – Children`s Depression Inventory (Воликова С. В., Калина О. Г., Холмогорова А. Б., 2011; Kovacs M., 1992; Bang Y. R., Park J. H., Kim S. H., 2015). Группа риска обследована клинически, результаты обработаны статистическим методом.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе подростков уровень риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 26,6%, высокий – 7,9%. Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу шкалы депрессии ($p=0,014$) и шкалам «Негативное настроение» ($p=0,0008$) и «Ангедония» ($p=0,0007$) в группе с высоким уровнем риска депрессии. Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся.

У мальчиков риск развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 22,3%, у девочек – 28%. Выявлены значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов – 14,5% и 1,7% соответственно ($p=0,00001$).

Для подростков мужского пола в большей степени характерен уровень риска «выше среднего», при этом высокий уровень риска вообще не выявлен у сельских мальчиков, а у мальчиков с ОВЗ встречался лишь в единичном случае (0,8%), тогда как у городских – в 7,1% ($p=0,0018$). У девочек с высоким уровнем риска показатели шкалы «Негативное настроение» значимо выше у городских ($p=0,039$) в сравнении с сельскими; как и показатели шкалы «Неэффективность» – в сравнении с сельскими (0,00001) и с девочками с ОВЗ ($p=0,002$), а показатели шкалы «Ангедония» выше и у городских ($p=0,0022$), и у сельских девочек ($p=0,0146$), по сравнению с девочками с ОВЗ.

По результатам скринингового обследования сформирована группа риска, включающая 235 подростков (35,7%), из них 7,9% - с высоким уровнем риска, 26,6% - со средним уровнем риска, 1,2% - с высоким уровнем риска по отдельным шкалам. Клиническое обследование группы выявило расстройство адаптации (депрессивные реакции) у 29 подростков (4,4%), у 68 учеников (10,3%) обнаружены отдельные признаки аффективных нарушений, существенно отражающиеся на качестве функционирования. Эти состояния расценены нами как подпороговая депрессия, диагностированная у 15,8% городских подростков, 10,8%, сельских и 6,3% подростков с ОВЗ. Преобладающими симптомами являлись периодическое снижение настроения, раздражительность, негативная оценка себя и событий своей жизни, пессимистический настрой на собственное будущее. Дополнительными симптомами этих состояний рассматривались проблемы межличностного взаимодействия, снижение академической успеваемости, элементы рискованного поведения. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения – родителей и педагогов.

Заключение. Выявленный высокий уровень риска депрессии у подростков (35%) требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности. Программы должны базироваться на мультидисциплинарном подходе, включать различные превентивные мероприятия с учетом выявленных особенностей в уровнях риска развития депрессии у мальчиков и девочек, а также в группах учащихся общеобразовательных и коррекционных школ. Следует учитывать, что проблемной для всех подростков является сфера межличностного взаимодействия, что определяется возрастными аспектами, социальной ситуацией, у детей с ОВЗ – трудностями коммуникации, обусловленными дефектом.

Мы предполагаем, что различия в распространенности аффективных симптомов по полу определяются не только биологическими, психологическими характеристиками, но и большей «чувствительностью» примененной методики к выявлению этих симптомов у девочек; что определяет необходимость изучения особенностей аффективной патологии у мальчиков и включения в скрининговые шкалы дополнительных вопросов (например, касающихся поведенческих, аддиктивных, аутоагрессивных проявлений).

Семейный контекст в различных психологических моделях суицидального поведения

Джавадова Э.И., Довбыш Д.В.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва

Несмотря на то, что проблема детского и подросткового суицидального поведения в последние годы особенно активно обсуждается и в научных сообществах, и в образовательной среде, и в СМИ, и среди родителей, и даже самими подростками, данная тема возникла не год, и даже не десятилетия назад и имеет свою длинную историю. Однако до сих пор не существует единых концепций, объясняющих причины и механизмы возникновения этого феномена и, тем более, стандартных протоколов и принципов оказания полипрофессиональной помощи.

В рамках психологических и социологических направлений также не существует общепринятой модели понимания суицидального поведения вообще и подросткового - в частности. Наиболее популярными в настоящий момент являются модели Э. Шнейдман и Н. Фарбероу (центральное понятие - психалгия), К. Меннингера (понятие суицидального мотива), А.Г. Амбрумовой (ситуационные реакции), когнитивная модель А. Бека (безнадежность) (Чистопольская, Ениколопов, Магурдумова, 2013). Отдельная и наиболее ранняя ветка - психоаналитические модели, которые также претерпевали различные трансформации за последний век (Соколова, Сотникова, 2006). В современных исследованиях суицидальное и самоповреждающее поведение рассматривают в рамках биопсихосоциальной модели, как результат взаимодействия трех видов факторов. (Heeringen, Hawton, Williams, 2000; Польская 2014; Сыроквашина, Дозорцева, 2016). Другая логика обзора существующих концепций может быть показана через ключевой фактор в генезе: перфекционизм, дефицитарность дивергентного мышления (и вообще особенностей стратегий мышления и решения задач), особенности автобиографической памяти, межличностного взаимодействия.

В нашей работе наиболее подробно мы рассмотрим когнитивную модель суицидального поведения А. Бека и межличностный подход Т. Джойнера как а) представляющие некоторую попытку не только феноменологического описания суицидального поведения, но и выделения механизмов и ключевых факторов и б) являющиеся в большей степени ориентированными на практику.

В когнитивной модели ведущим понятием является «безнадежность». Запускает суицидальное поведение дисфункциональная когнитивная схема, которая обеспечивает повышенное внимание к провокаторам суицидального поведения и фиксацию на мысли о том, что покончить жизнь самоубийством - единственный выход из текущей проблемной ситуации. Человеку, столкнувшемуся с суицидальным кризисом, кажется, что реальность невыносима, его будущее безнадежно и рядом нет никого, кто был бы способен оказать поддержку. (Холмогорова 2013, 2016).

Согласно межличностному подходу Т. Джойнера суицидальное поведение обусловлено ощущением себя в роли бремени для окружающих, распадом значимых социальных связей (то, что часто обозначают как «брошенность») и невозможностью найти поддержку у близких людей. (Павлова, Банников, 2017)

Несмотря на то, что сами авторы не делают акцент на возрастных особенностях суицидального поведения, нам кажется важным указать дополняющие и встраивающиеся в когнитивную модель идеи российских авторов. Так, Е.М. Вроно (2001) отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «н»: непреодолимость трудностей, непереносимость тоски и одиночества, нескончаемость несчастья. При этом он должен бороться с тремя «б»: беспомощностью, безнадежностью, бессилием.

Однако, когда мы говорим о подростках, независимо от того, какой модели мы придерживаемся, системная логика работы и необходимость соблюдать этические и юридические принципы работы психолога в стационаре детской психиатрической клиники не позволяют нам работать вне семейного контекста. Кроме того, когда мы говорим об угрозе жизни ребенка, помощь в самых разных форматах, как правило, оказывается необходимой не только ему, но и его близким. На наш взгляд, именно системный подход может и должен стать той над-объединяющей концепцией, позволяющей обобщить для подростка и его семьи опыт других моделей и, с другой стороны, показать не причинно-следственные, а системные, демонстрирующие взаимосвязь и взаимодействие всех элементов и факторов, гипотезы. Системный подход позволяет также на основе сформулированных гипотез (как общих, касающихся многих семей подростков, демонстрирующих суицидальное поведение, так и частных, построенных на основе опыта работы с каждой конкретной семьей) предлагать и реализовывать конкретные терапевтические ходы. На примере анализа случая в нашей работе можно выделить следующие направления: границы в семье, прояснение задач, стоящих перед семьей на каждом конкретном этапе жизненного цикла, коммуникативные аспекты.

Некоторые особенности суицидального поведения населения республики Башкортостан

Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан,
г. Уфа

Республика Башкортостан является одним из крупнейших субъектов Российской Федерации и входит в состав Приволжского федерального округа (ПФО). По состоянию на 1 января 2016 года численность населения Республики Башкортостан составила 4 млн. 066,9 тысячи человек, что позволяет находиться ей на первом месте в ПФО и на седьмом – в Российской Федерации. Плотность населения – 28,3 человека на один квадратный километр территории против 8,3 человек в среднем по России. На 1 января 2016 г. средний возраст жителей Республики Башкортостан составил 38,5 лет (мужчины – 36,0 лет, женщины - 40,6 лет). Для России это относительно «молодое» население, в целом по стране средний возраст жителей составил 39,58 лет (мужчины - 36,83 лет, женщины - 41,95 год).

Для республики Башкортостан проблема смертности от самоубийств является одной из острых демографических проблем. Особого внимания заслуживает анализ суицидального поведения детей и подростков. По данным Росстата в 2016 году число лиц, совершивших суицид в Приволжском федеральном округе выше значений других регионов, однако, высокая плотность населения ПФО вносит значительные коррективы в относительные показатели смертности от суицидов. Таким образом, ПФО располагается на 4-ом месте с показателем 25,1 на 100 тыс. населения, после Сибирского ФО (34,0), Дальневосточного ФО (26,3) и Уральского ФО (25,9).

Согласно данным Башкортостанстата, самоубийства, как причина смерти граждан Республики Башкортостан в 2012 году составляла 2,5% от общего числа и находилась на седьмом месте среди всех основных групп причин смерти. Каждый сороковой уходил из жизни добровольно каждые 7 часов 2012 года. Если бы не самоубийства, разрыв между рождаемостью и смертностью в Республике Башкортостан был бы больше на 18%. Количество самоубийц больше в 1,5 раза, чем погибших от ДТП. Жертв суицида в республике в 4 раза больше, чем погибших от рук убийц.

Стабильно высокие показатели смертности от суицидов среди несовершеннолетних до 2012 года определялись тем, что подавляющее большинство детей в пресуицидальный период не попадали в поле зрения специалистов (менее 10%) (Рис.1). Кабинеты социально-психологической помощи, предполагаемые активно выявлять пациентов с суицидальными наклонностями, были организованы на базах психоневрологических диспансеров, носили формальный характер, не имели необходимых специалистов, вся работа, которых сводилась к сбору статистических данных. Отделение кризисных состояний было открыто на базе Республиканской психиатрической больницы №1 и в

силу различных причин, в числе которых стигматизация населения, не могло обеспечить оказание необходимой помощи.

Статистические данные показали, что на протяжении пяти лет исследования, больше половины - случаи суицидов среди мальчиков, подросткового возраста. Среди несовершеннолетних, покончивших жизнь самоубийством – от 60 до 70% обучались в средней школе, 20-25% - обучались в ПТУ, колледжах, техникумах, до 10% были не организованы. Мотивом суицидального поведения в подавляющем большинстве случаев служат внутрисемейные проблемы (до 70%). Среди завершенных суицидов до 90% случаев они первичны. Стабильно, до 10% детей в момент совершения суицида находились в алкогольном опьянении, от 30 до 40% - дети с девиантным поведением.

Решение вопросов снижения смертности от суицидов, как проблемы сбережения «человеческого капитала», послужило основой организации в 2011 году Республиканского клинического психотерапевтического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Трудности с обеспечением специализированной помощи лицам в кризисном состоянии потребовали проведение организационных мер по формированию трехуровневой системы оказания психотерапевтической помощи. В период с 2014 по 2016 год в республике планомерно велась работа по открытию психотерапевтических подразделений. В результате сформировано восемь межмуниципальных центров с прикрепленной зоной обслуживания. В настоящее время в республике развернуто 405 круглосуточных психотерапевтических коек, 282 койки дневного пребывания, 21 амбулаторный психотерапевтический кабинет

Вместе с тем проведенные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных, даже с выраженными психическими расстройствами, остаются вне поля зрения врачей-психиатров и психотерапевтов. Амбулаторный учет психических заболеваний не отражает, в достаточной степени, психическую болезненность, а фиксирует в основном активную обращаемость населения и зависит от ряда социокультуральных факторов и от возможностей психотерапевтической службы в данном регионе. В популяции существует постоянный резерв неучтенных больных, в частности, более 70% всей психической болезненности в детском возрасте составляют больные с пограничными психическими расстройствами, значительная часть которых не выявляется.

С выделением психотерапевтической службы вне структуры «большой психиатрии» заметно возросла обращаемость населения с пограничными психическими расстройствами за медицинской помощью, что позволило стабилизировать, а в дальнейшем и снизить показатели смертности от суицидов.

Для обеспечения кадрового потенциала организована кафедра психотерапии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета. Календарно-учебный план предусматривает профессиональную переподготовку (ПП) врачей по специальности «Психотерапия», повышение квалификации (ПК) для врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, обучение в системе НМО врачей-

интернистов по вопросам основ суицидологии, ранней диагностики депрессии, этики и деонтологии.

Для решения вопросов профилактики суицидального поведения разработана государственная Программа, устанавливающая стратегические и тактические задачи, которые подразумевают развитие и совершенствование системы оказания специализированной (медико-психологической, психотерапевтической, психиатрической) помощи лицам в кризисном состоянии и с суицидальными тенденциями в городах и районах Республики Башкортостан.

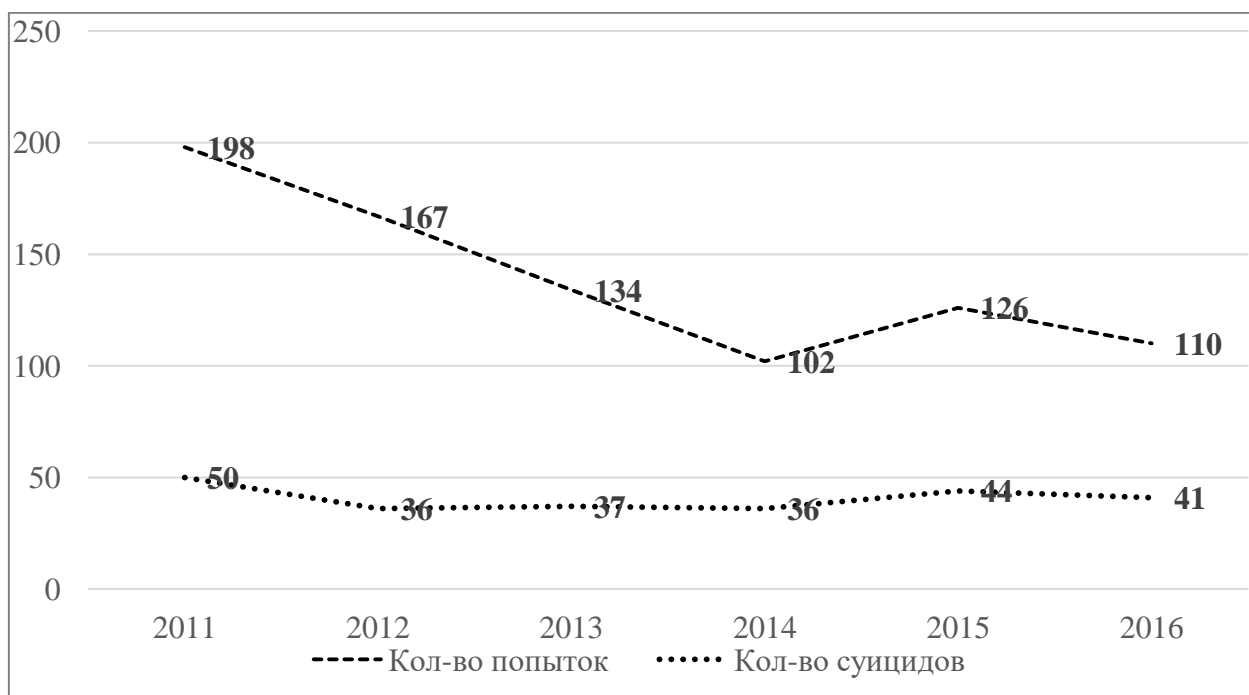


Рис. 1 Случаи завершённых суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков в Республике Башкортостан

Использование принципов метода Хакоми Р. Курца в психологическом консультировании подростков с аутоагессией, как способ изменения деструктивного поведения и формирование нового опыта выражения эмоций

Жатько Е.В.

АНО ВО «Московский гуманитарный университет»
г. Москва

В жизни каждого ребенка случаются ситуации, в которых он не получает от ближайшего окружения необходимой ему поддержки, заботы, внимания. Что, в свою очередь мешает удовлетворению его потребностей. Подобные ситуации сопровождаются возникновением негативных эмоциональных реакций, сила которых зависит от степени их неудовлетворения, частоты неудовлетворения, приобретенного опыта, возрастных, психофизиологических, соматических и эмоциональных особенностей. Эмоциональные реакции проявляются в поведении в виде слез, крика, моторного возбуждения, протестного поведения, вербальных высказываний и т.д. Все это направлено на поиск возможности удовлетворить потребность. Важную роль тут играет ближайшее окружение ребенка и его родители.

Если родители принимают ребенка безусловно и выражают ему свою любовь, поддержку, сострадание, то он успокаивается и получает необходимый социальный навык. Так удовлетворяются потребности в безопасности, в любви, в принятии и сопричастности. Их удовлетворение позволит ребенку гармонично развиваться, безопасно познавать окружающий мир и получать нужные социальные навыки. У него формируется положительный образ себя и другого.

Иногда родители не в состоянии справиться с эмоциями ребенка, по причинам своего травматического опыта, отсутствия эмоциональной чувствительности, социального навыка быть спокойным и удовлетворять потребности ребенка, внутренних убеждений, тревожности, каких-либо страхов или по какой-либо другой причине. Такие на эмоциональные состояния ребенка они часто сами испытывают негативные эмоции: гнев, ярость, чувство вины, бессилия, отчаяние, ненависть, чувство превосходства и иные. Вместо оказания поддержки ребенку у них возникает желание отстраниться от него, подавить его эмоции, наказать, показать, как он ранит их, переложить на него ответственность за происходящее и т.д.

В результате, ребенок не только не получает какой-либо поддержки своих эмоций, но и у него появляется страх - быть отверженным, физического наказания, морального насилия, потери любви. Возникают социальные эмоции – стыд, вина, неуверенность в себе, сопровождающиеся снижением самооценки, негативного образа себя и т.д.

Таким образом, вместо удовлетворения какой-либо первичной потребности, под воздействием внешних и внутренних факторов, у ребенка формируются неадаптивные

стратегии поведения, манипуляторное поведение и вторичные выгоды. На бессознательном уровне происходит формирование «ядерного убеждения» в отношении него и его взаимоотношения с Миром. Формируется так называемый «отсутствующий опыт» получения безусловной любви, поддержки, принятия, защищенности и удовлетворения других базовых потребностей.

Из-за отсутствия поддержки, нужной информации, положительного опыта выхода из стрессовой ситуации, страха, и под воздействием физического или эмоционального давления ребенок научается блокировать свое спонтанное поведение и выражение эмоций в отношении окружающего мира и других людей. Для этого, он бессознательно совершает ряд физических усилий и повышает самоконтроль. На уровне тела разворачивается механизм травмы. Так как внутреннее возбуждение не может быть выражено и принято окружающей средой, оно сохраняется в теле в виде повышенного тонуса стрессовых групп мышц, напряжения в диафрагмальной области, трудностей дыхания, спазматических проявлениях в области гортани и различных отделах ЖКТ и т.д. В поведении ребенка травматический опыт проявляется в виде неосознаваемых, повторяющихся автоматических действиях, отражающих внутреннее напряжение и направленных на поиск удовлетворения базовых потребностей. В зависимости от возраста и от степени тяжести травмы, автоматические действия проявляются как спонтанное поглаживание разных частей своего тела, пощипывание, подкручивание волос, похлопывание, расчесывание, манерности, наклоне головы, определенная поза, взгляд, жесты, привычки, особенности речи и др.

Попадая в ситуации травмы, ребенок не может удерживаться в настоящем времени и ощущать себя в нем. Сознание поглощено мыслями о травмирующей ситуации. Негативные эмоции контролируются и подавляются, первоначально другими людьми, а, затем и самим ребенком. Тело же, сохраняет напряжение, ощущаемое ребенком как тяжесть, усталость, скованность, боль в разных частях тела, замедление дыхания и другие неприятные ощущения. Бессознательно ребенок продолжает искать возможности освободиться от напряжения, и через автоматические действия он часто наносит себе самоповреждения.

Ощущение боли от самоповреждения, и вид крови вызывают страх, но, в тоже время, помогают вернуться в настоящее время и отвлечься от тягостных мыслей. В этот момент эмоциональное напряжение находит некоторую разрядку, что может вызвать у ребенка переживание некоторого удовольствия.

Не способные справляться с эмоционально насыщенными ситуациями родители, часто переживают состояние повышенной тревожности вызванной рядом внешних и внутренних факторов. Не способность выражать поддержку и принятие своему ребенку, компенсируется и подкрепляется комплексом психологических защит, в виде «рационализации», «обращения к более важным обязательствам», «отрицание ответственности», «отрицание вреда от своих действий», «минимизация переживаний ребенка» и другие. Что позволяет родителям справиться со своей тревогой. Но создает у ребенка ощущение покинутости, одиночества и является одной из причин разобщения.

Подобное поведение со стороны родителей приводит ребенка к формированию аутоагрессивных стратегий. Так, если родители, при виде самоповреждений ребенка начинают выражать гнев и ярость, то последние снова попадают в ситуацию внутреннего эмоционального напряжения, неприятия себя, их «ядерные убеждения» отражают небезопасность окружающего мира и негативные самооценки. Единственным знакомым способом получить облегчение остается нанесение себе телесных повреждений. В тех же случаях, когда родители реагируют повышенной тревожностью и чувством вины на самоповреждения ребенка, вероятнее всего, у него закрепится аутоагрессия как одна из форм манипуляторного поведения.

У ребенка с аутоагрессивным поведением отсутствует опыт, необходимый для гармоничного развития:

- нет адаптивных навыков удовлетворения своих потребностей;
- нет людей, способных его понять, поддержать в его эмоциональном переживании;
- нет безопасности и других людей, способных его защитить;
- нет возможности завершения пережитого травматического опыта;
- нет положительного образа себя, позитивного отношения к себе;
- нет опыта социально приемлемого поведения и т.д.

У ребенка остается ожидание, что потребность в любви должна быть удовлетворена, но нет понимания о том, как этого достичь. Закрепляется привычка избегания эмоциональной боли через ощущение боли физической. Вместо естественной саморегуляции, гибкости и творчества возникают «Характеры» и «Стратегии».

Таким образом, для ребенка с аутоагрессивным поведением важная часть психотерапевтической работы будет заключаться в формировании нового опыта выражения себя, удовлетворения потребностей и, безусловно, быть принятым другим. Для решения этих задач хорошо подходят следующие методы психотерапии: когнитивно-поведенческие, экзистенциальные, телесно ориентированные, гештальт и др. В качестве интегративного, процессуального, психодинамического подхода, в работе с подростками, является эффективным метод «Хакоми», разработанный Ронем Курцем более сорока лет назад в Европе. Метод процессуальный, экспериментальный, представляет собой интеграцию таких психодинамических методов, как психоанализ, когнитивная терапия, гештальт, биосинтез, метод Фильденкрайза, биоэнергетика и др.

Основная идея метода заключается в изучении текущего опыта человека в состоянии безопасности, безусловного принятия всего, что происходит с ним в состоянии осознанности текущего момента, заботы о нем и выдвижением гипотез о его «отсутствующем опыте» с последующим формированием нового опыта.

Специалист создает ребенку особую среду безопасности, безусловного принятия и позитивного отношения к нему. Во время сессии ребенок находится в своем привычном опыте поведения в настоящем времени. Специалист наблюдает и ищет в ребенке что-то уникальное, чем можем восхищаться, осознавать его уникальность и ценность, что в совокупности создает атмосферу «Любящего присутствия».

В процессе работы различными способами поддерживаются, так называемые, защитные механизмы, позволяющие ему справляться с травмой.

Так, как детям сложно перевести на вербальный уровень свои переживания, эмоции, а, подчас, просто начать говорить с незнакомым человеком, то работа в методе «Хакоми» не предполагает задавать вопросы. Вместо этого, специалист называет ребенку его эмоции и глубинные переживания. Это короткие, в одно слово высказывания, констатирующие сиюминутный опыт и формулируются, как некоторое предположение или догадка. Например: «Грустно», «Страшно» и т.д. Что позволяет ребенку не только ощутить, что его слышат, понимают и принимают, но и научиться понимать то, что с ним происходит.

Наблюдая за ребенком, специалист буквально считывает его текущий опыт по его автоматическим действиям, позам, поведению, фразам и мимике. Все эти проявления, в том числе и аутоагрессивные действия являются специфическими индикаторами. Они являются богатейшим источником получения информации не только об отсутствующем опыте подростка, но и о многих аспектах его жизни, включая травматические события. Так, опираясь на полученную информацию о ребенке, специалист, внутри себя, формулирует гипотезу о наличии определенных «ядерных», организующих убеждений подростка.

После того, как гипотеза сформулирована, специалист, делает проверку своей гипотезы. Для этого он обращает внимание ребенка на один из его поведенческих индикаторов. Выглядит это примерно так: «Я что-то знаю про тебя...». И предлагает понаблюдать за ним в состоянии осознанности: «Посмотри на то, что сейчас делает твое тело и понаблюдай, что ты чувствуешь, когда ...». После чего делается проба. В качестве пробы используются ряд приемов из когнитивно-поведенческой, телесно или гештальт методов. Это могут быть фразы, поддержки, перехват автоматических действий и др. Основная задача этого этапа – выйти на травматические переживания

Если гипотеза верна, то проба вызовет у ребенка сильные эмоции и воспоминание о травматическом опыте. В этот момент специалист находится в состоянии «любящего присутствия», физического спокойствия, состоянии осознанности своего физического опыта и выражает сострадание. В этот момент специалист ничего не говорит, предоставляя пространство эмоциям ребенка. Если эмоции сопровождаются выражением ярости и гнева, то специалист использует из телесной терапии техники поддержки, удержания и перенимания. Так ребенок получает возможность выразить травматические переживания и новый опыт социальной поддержки, своей значимости, безусловного принятия.

Получая новый опыт, у ребенка происходит изменение «ядерных» убеждений. Дальнейшая работа специалиста заключается в предоставлении условий и видов деятельности, в настоящем времени, в которых ребенок научается новым формам поведения, усваивает коммуникативные и социальные навыки, закрепляет ощущения в теле, и новый, позитивный опыт себя. На этом этапе специалистом используются вербальные формы работы, позволяющие ребенку расширить свои представления о Мире, отношениях, своих возможностях, поведенческие, арт-терапевтические, игровые и иные. Что обеспечивает «Вскармливание», благодаря которому закрепляются полученные ребенком выводы.

Итогом работы является выход ребенка из травматического опыта, приобретение нового позитивного социального опыта выражения своих чувств и переживаний, изменение «ядерных» убеждений, повышение самооценки и приобретение позитивного образа себя, улучшение соматического самочувствия, большая эмоциональная устойчивость, энергетическая наполненность и отсутствие аутоагрессивных действий.

С учетом процессуального подхода продолжительность одной психотерапевтической встречи может длиться от сорока минут до полутора, иногда двух часов.

Стоит заметить, что в ряде случаев бывает достаточно малое количество занятий, от одной до десяти. С травмами развития дальнейшая психотерапевтическая работа должна быть направлена на формирование отсутствующего опыта. Для этого могут быть успешно использованы любые эффективные методы психотерапии, тренинги и групповая работа.

Хочется заметить, что любая работа с ребенком всегда имеет большую эффективность, если проводится психотерапевтическая работа с родителями и его ближайшим окружением. С использованием приемов и техник метода «Хакоми», можно эффективно работать с семьей.

Таким образом, в работе с детьми и подростками имеющим склонность к аутоагрессивному поведению необходимы эффективные, психодинамические и в тоже время мягкие методы психотерапевтической работы, направленные на помощь ребенку в восполнении его опыта социального контакта, выражении эмоциональных переживаний, формирующие новых, социально приемлемых представлений и навыков.

Для достижения терапевтического эффекта в работе могут быть использованы как отдельные психотерапевтические методы, так и их интеграция. Метод «Хакоми» Рона Курца может быть использован как полностью, так и частично, в сочетании с любыми другими методами.

Стоит уделять отдельное внимание работе с родителями и ближайшим окружением ребенка. Метод «Хакоми», позволяет эффективно работать не только с ребенком, но и с семейной системой. С его помощью можно формировать у родителей необходимые навыки понимать, принимать и поддерживать ребенка, выразить ему свою любовь, быть с ним в контакте.

Для работы с методом «Хакоми» специалисту нужно обладать некоторыми специальными навыками, такими как осознанность, ощущение своей аутентичности, наблюдательность, эмпатия, аналитическая способность, экспериментальное мышление и некоторые другие. Как правило, многие специалисты развивают их в процессе своего обучения и работы в других психотерапевтических направлениях. Но некоторые специальные приемы данного метода могут быть успешно использованы для профилактики психоэмоционального выгорания специалистов.

«Синий Кит» и моральные паники: антрополого-психиатрический

подход

Зислин И.¹, Архипова А.С.², Радченко Д.А.²

¹ ארץ ישראל, ירושלים,

Израиль, г. Иерусалим

² Институт общественных наук РАНХиГС,

г. Москва

Исследование суицидального поведения, и в особенности суицидального поведения подростков, невозможно без рассмотрения той социальной и культурной среды, в котором оно проходит. Широчайшее и взрывное распространение интернета поставило вопрос о его влиянии прямом или косвенном на поведение пользователя и, как следствие этого, к возникновению страха общества перед всемогущей и всепроникающей «сетью». Исследования влияния интернета на суицидальное поведение проводятся в психиатрии уже более 30 лет [Luxton 2012, Marchant 2017, Демдоуми2013, Короленко], но до сих пор опубликованные данные интерпретируются и воспринимаются очень по-разному. На сегодняшний день тема интернета уже прочно вплелась в тему бреда [Bell 2005, Lerner 2006], в ткань obsessions [Chamberlain 2017], фобий и аддикций [Yayan 2017], что лишней раз показывает даже не то, насколько широко интернет вошел в повседневность, а мифологию, сложившуюся вокруг него.

Функционирование в интернете т.н. "групп смерти" лишь катализировало страхи общества и профессионального сообщества. И в общественном мнении, и в профессиональной среде (врачи, психологи, педагоги) существует и преобладает мнение об опасном, деструктивном влиянии интернета на психику подростков вообще и на суицидальное поведение в частности. Вера в это приводит к попытке выявить «сетевых убийц», которые подстрекают детей к самоубийствам, используя разные «психологические техники» (Мурсалиева 2016).

Группой «Мониторинг актуального фольклора» в мае 2016 года было запущено антропологическое исследование «групп смерти» [Архипова и др. 2017], Это исследование включало в себя два основных направления:

(А) Исследование методом включенного наблюдения практик, которые возникали в т.н. "группах смерти" с мая 2016 по февраль 2017 гг., а также изучение собственно «моральной паники» – способов конструирования образа «групп смерти» в обыденном и медийном дискурсах, а также механизмов возникновения и распространения панических слухов (термином «моральная паника» социологи обозначают ситуацию, при которой восприятие реальной или вымышленной группы как угрозы для сообщества провоцирует агрессию по отношению к любым объектам, которые могут быть ассоциированы с этой группой).

(Б) Изучение мнения профессиональной среды о возможности влияния групп смерти на суицидное поведение подростков. С этой целью в июне-августе 2017 года было проведено интернет-анкетирование врачей, педагогов и психологов.

А. Результат анализа "Групп Смерти".

Действия, которые, как предполагалось, совершаемые «кураторами» специально для того, чтобы довести подростков до самоубийства, на деле являются распространенными Интернет-практиками, давно существующими внутри множества подростковых и молодежных сообществ. Функция таких практик – не довести до самоубийства, а испытать психологическое напряжение, почувствовать себя «избранным», пройдя сложный квест, или символически приобщиться к «страшному опыту» суицида, не повторяя его буквально.

Обсуждение реальной трагедии – нескольких подростковых самоубийств – свелось не к поиску социальных и психологических причин этого явления, а к конструированию образа некоторого мифологического зла (страшных «групп смерти»), будто бы ответственного за все подростковые суициды, происходящие на территории страны. Этот «образ врага» формировался постепенно, в процессе многомесячного обсуждения проблемы в соцсетях и в СМИ, обрстая все новыми и все более мифологическими подробностями и соответствовал логике развития моральной паники.

Б. Результаты анкетирования членов профессионального сообщества:

Целью опроса было установить, насколько профессионалы, в т.ч. работающие с подростками (психиатры, психологи, школьные работники), разделяют популярную мифологию о "группах смерти". Всего было получено 363 анкеты. 100% опрошенных слышали о группах смерти.

Интернет-группы (ИГ) в качестве одной из причин суицида чаще всего называют работники образовательных учреждений. В наименьшей степени уверены во влиянии интернета на суицидальное поведение клинические психологи. Наиболее часто ИГ включают в причины суицида работники со стажем более 15 лет.

Наибольшее доверие к идее «врагов», инициирующих суицидное поведение через интернет, демонстрируют лица в возрасте от 33 до 45 лет («средняя группа» пользователей интернета, осваивавших его в пост-подростковом возрасте), б) либо с наиболее высоким, либо с наиболее низким стажем, в) работники образовательных учреждений. Практикующие в мед. учреждениях (частных или государственных) реже поддерживают идею «врагов».

Из всех опрошенных, 11 человек утверждают, что в своей практике наблюдали связь между суицидом (завершенным или незавершенным) и участием в группах смерти, причем эта связь может быть направлена в обе стороны – чаще имеющиеся суицидальные намерения приводят к вступлению в группу, а не наоборот; еще 6 человек намекают на этот опыт, но не конкретизируют его. Итого с той или иной степенью достоверности о такой связи упоминает менее 5% опрошенных.

Заключение

Исследование влияния интернета и в частности, "групп смерти" с помощью методологии социологии культурной антропологии позволит пролить иной свет не только

на природу и структуру суицидального поведения, но также и проанализировать рефлексию, возникающую в обществе, по поводу таких явлений. Данные анкетирования позволяют с определенной уверенностью говорить о тех профессиональных и возрастных группах, которые наиболее подвержены такой моральной панике.

Именно антропологическая исследовательская оптика позволит, на наш взгляд, рассмотреть проблемы "интернет и подростковый суицид", "группы смерти и подростковый суицид" под новым углом зрения, используя те методики, которые являются непривычными для клинической психиатрии (как, например: включённое наблюдение, анализ фольклорных текстов, применение теории остенсии и т.д.) и лучше понять их природу.

Не учёт или исключение стороннего/антропологического взгляда приводит к тому, что профессиональное сообщество может утратить свои профессиональные навыки и начать действовать в логике моральной паники, а не в логике лечебного подхода.

Способы эффективного межведомственного взаимодействия в профилактике суицидального поведения и кризисных состояний у несовершеннолетних

Золотова А.Н.

ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» (Новороссийский филиал) МЗ Краснодарского края,
г. Новороссийск

Актуальность. Рост кризисных состояний и суицидального поведения у несовершеннолетних - это одна из важных проблем современности. Любое суицидальное поведение, а тем более фатальный суицид всегда трагедия, а среди несовершеннолетних, это ещё большее противоречие и огромное горе, которое затрагивает не только близких, но и большое количество окружающих в силу активной социальной жизни молодёжи и волны общественного резонанса. Последние годы, во всем мире, ведется активная профилактическая работа, направленная на поиск наиболее продуктивных форм предотвращения суицидов, где уделяется особое внимание участию сотрудников различных служб и ведомств. С учетом перечисленного исследование эффективных форм профилактики суицидов путем межведомственного взаимодействия является актуальным

Цель. Проблема суицидального поведения выходит далеко за рамки психиатрической науки, затрагивая сферу образования, правопорядка, социальную и духовную. Учитывая это целесообразно взаимодействовать со всеми службами, сталкивающимися в своей работе с суицидальным поведением. Необходимо создавать единую систему межведомственного взаимодействия для достижения общего понимания проблемы и подходов к ее решению, уделяя большое внимание укреплению антисуицидальных факторов.

Материалы и методы. Для реализации целей были составлены планы взаимодействия служб системы профилактики и выполнены в 2015-2017 годах в г. Новороссийске. Планы взаимодействия согласованы между службами здравоохранения, образования, министерства внутренних дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией и с целью их реализации проводятся мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения и кризисных состояний, о способах выявления групп риска, принципах профилактики, разграничения роли и задач, каждой из структур, осуществляются действия направленные на укрепление антисуицидальных факторов.

Результаты об обсуждения. Для реализации данной программы сотрудники диспансера проводят ряд разнонаправленных мероприятий.

1. Проведены обучающие семинары для педагогов-психологов и преподавательского состава всех средних общеобразовательных и специальных учебных заведений г. Новороссийска по выявлению групп риска, стратегиям работы в случае суицидального

поведения учащихся, возможностях укрепления антисуицидальных факторов в условиях учебного заведения.

2. С целью предотвращения подражательных суицидов проведены мероприятия для средств массовой информации по правилам корректной подачи материалов, касающейся суицидального поведения.

3. Отработано сотрудничество с МВД, прочитаны лекции о способах выявления и профилактике кризисных состояний и суицидального поведения, определены точки взаимодействия.

4. С учреждениями здравоохранения, отработана система выявления суицидальных попыток в лечебных учреждениях города, обозначен маршрут лиц с кризисными состояниями и суицидоопасным поведением. Лечебно-профилактические учреждения информируют психиатрическую службу о случаях суицидальных действий (фатальных и незавершенных), что позволяет оказывать необходимую помощь данным лицам (в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»).

5. Осуществляется участие в «Уроках правовых знаний» (уроки проводятся в учебных заведениях города, принимают участие все профилактические службы), где наряду с информацией по предупреждению правонарушений, альтернативному проведению досуга, сотрудники психиатрической службы представляют данные о доступности психиатрической помощи и службы «Телефон доверия».

6. Взаимодействию с Новороссийской епархией уделяется особое внимание, как одному из способов укрепления духовных ценностей, как важному антисуицидальному фактору:

а) Проведения психообразовательных мероприятий на территории храма для всех желающих на темы расширения знаний о психической деятельности человека в норме и патологии, о зонах риска отклоняющегося, кризисного и суицидоопасного поведения, о профилактики психических расстройств;

б). Отработана командная, разнонаправленная работа представителей психиатрии, образования и духовенства в рамках проекта «Духовно-нравственные проблемы современного общества» (на базе ГБПОУ КК «Новороссийский социально-педагогический колледж») в виде конференций с участием молодежи, направленных на рассмотрение духовных проблем современности и разбора с разных позиций проблемы страстей, зависимого поведения и других;

в). Психиатр ежегодно принимает участие в Духовно-образовательных Сергеевских чтениях с психообразовательными лекциями для представителей духовенства.

7. В психоневрологическом диспансере и на других площадках города проводятся школы, тренинги, лектории для несовершеннолетних и их родителей по описанию предвестников и признаков возникновения кризисных состояний, тренинги по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций и антисуицидальных факторов. В настоящее время работа успешно продолжается, количество охваченных лиц, интерес к мероприятиям растет, повышается обращаемость к специалистам, укрепляется сотрудничество со службами профилактики.

Результаты работы показали возможности и формы эффективного взаимодействия специалистов психоневрологического диспансера и представителей других служб и ведомств, что дает возможность разнонаправлено проводить профилактику суицидального поведения и кризисных состояний у несовершеннолетних, повышать психообразовательный уровень населения, позволяет своевременно и эффективно выявлять группы риска и укреплять духовные ценности, как ведущие антисуицидальные факторы в профилактике суицидов.

Поиск диагностического инструментария для оценки и изучения суицидального поведения у детей и подростков в условиях госпитализации в психиатрический стационар

Ильина А.А.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва

Вопросам диагностики и профилактики суицидальных тенденций подростков и молодежи посвящены многочисленные зарубежные и отечественные исследования, однако основной проблемой изучения суицидального поведения является то, что на сегодняшний день не существует единой концепции суицидального и парасуицидального поведения (вплоть до расхождения в понимании основных терминов) и, соответственно, есть сложности формирования единого комплексного диагностического инструментария.

Среди разнообразия диагностического инструментария суицидального риска и намерений были выделены следующие группы методов:

- 1) тестирование;
- 2) проективный метод;
- 3) анкетирование;
- 4) стандартизированный самоотчет;
- 5) психодиагностическая беседа;
- 6) оценка внутренних факторов суицидального риска и намерений с помощью личностных опросников.

Данные методики позволяют обнаружить большое количество информации, однако каждая из них направлена на достаточно узкую мишень и не даёт объемного представления о всех составляющих суицидального поведения. Многие из этих методик не прошли всех необходимых процедур стандартизации, какие-то устарели и требуют доработки, а также не имеют достаточной теоретико-методологической обоснованности и убедительных данных по валидации. В связи с чем для более глубокого и детального понимания обозначенного явления необходимы пересмотр ряда методик и сочетание диагностических методов.

Следует отметить, что ЦЭПП МГППУ был разработан диагностический комплекс («мониторинг риска развития суицидального и самоповреждающего поведения у обучающихся»), однако он предназначен для профилактического скрининга в общеобразовательных организациях, где предполагается выделение групп риска подростков, склонных к антивитальным переживаниям и суицидальным действиям в будущем, и не совсем подходит для использования в условиях психиатрического стационара, так как в большинстве случаев пациенты больницы уже совершили суицидальную попытку и/или имеют множественные самоповреждения.

На наш взгляд диагностика, используемая в стационаре, должна соответствовать следующим критериям:

- 1) давать количественную оценку суицидального риска;
- 2) представлять качественный анализ причин и составляющих суицидального поведения у конкретного пациента;
- 3) формировать у специалиста (врача, психолога, педагога) представление о тяжести и глубине антивитаальных переживаний конкретного пациента;
- 4) возможно использование данных диагностики при прохождении пациентом врачебной комиссии при переводе из одного отделения в другое, выписке, в ходе семейной/индивидуальной психокоррекции и других мероприятий лечения и реабилитации в целом;
- 5) возможно научно-практическое исследование суицидального поведения у детей и подростков с целью улучшения профилактических и коррекционных мер, направленных на дальнейшую превенцию данного поведения.

Опираясь на современные теории и модели суицидального поведения (диатез-стресс подход, концепция «психической боли» Э. Шнейдмана, когнитивная модель суицида с понятием «безнадёжности» А. Бека, интерперсональная теория (Joiner, 2005), интегративная мотивационно-волевая модель (O'Connor, 2011), трехшаговая модель (Klonsky, 2015), модель развития суицидального поведения у подростков (Bridje, Goldstein, Brent, 2006), можно выделить две группы факторов риска: потенциальные (создающие почву) и актуальные (клинические).

К потенциальным факторам относятся: дисфункциональность семейных отношений, нарушения привязанности, дисгармоничность личностной структуры, пассивные стратегии совладения со стрессовой ситуацией, низкая толерантность к антивитаальным переживаниям как часть мировоззрения и отсутствие антисуицидальных факторов.

К актуальным факторам относятся: депрессивное состояние с переживаниями безнадёжности, одиночества, агрессии, «душевной боли».

Исходя из обозначенных факторов, предположительно, можно выделить следующие методики, которые могут быть использованы в диагностическом комплексе для работы с пациентами в стационаре:

- Шкала безнадёжности (Hopeless Scale, A. Beck),
 - Шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Рассел),
 - Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Buss, М.Р. Perry),
 - Шкала оценки психической боли (PPAS, E. Shneidman),
 - Шкала семейной гибкости и сплоченности (FACES-5, Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптация М. Перри),
 - Опыт близких отношений (ECR-R, R.C. Fraley, N.G. Waller, K.A. Brennan),
 - Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная, негативистическая, Hyler, 1987),
 - Опросник способов совладания R. Lazarus и S. Folkman (WOCQ),
 - Причины для жизни (RFL-A, A. Osman).
- С целью анализа мотивации попытки:
- Опросник суицидальной мотивации Ю.Р. Вагина.

Для построения оценки и дальнейшего прогноза:

– Протокол оценки и менеджмента риска (L-RAMP: Linehan Risk Assessment and Management Protocol).

Также, несмотря на большое количество перечисленных опросников и шкал, важно помнить про важность и необходимость клинической оценки специалистов, например, с помощью беседы и клинической карты О.П. Вертоградовой, и сочетание других методов, например, проективного, на базе неструктурированного проективного материала с целью уменьшения возможности фальсификации данных и диссимуляции состояния пациентов.

Социально-психологическая профилактика суицидального поведения в школах

Камин А.А.

Центр экстренной психологической помощи МГППУ, г. Москва

Каждый год от суицида погибают около 1 млн. человек. В Европе суицид является ведущей причиной смерти среди мужчин молодого возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения, за 45 лет показатели самоубийств возросли в мире на 60%. В ряде стран самоубийство – одна из основных причин смерти людей в возрасте 15–44 лет и вторая по значимости – в возрасте 10–24 лет, без учета попыток самоубийств, совершаемых в 20 раз чаще. Уровни суицидов подростков в России втрое выше, чем в США.

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой и ее соавторов, в основе формирования суицидального поведения лежит социально-психологическая дезадаптация личности, развивающаяся в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.

Признаки субъективной дезадаптации в виде суицидальных мыслей присутствуют у 11,8 % школьников, желание убить себя – у 2%; по данным опросника депрессии М. Kovacs, 14 % подростков отметили утверждение «Я думаю о самоубийстве, но не совершу его»; 8,8 % отметили утверждение «Я хочу покончить с собой».

Данные свидетельствуют о серьезности проблемы и необходимости разработки профилактических программ для подростково-молодежной среды.

Разработка профилактических и превентивных программ в области общественного здоровья – крайне сложная задача. В случае превентивных антисуицидальных программ есть дополнительная специфика. Совершение суицида связано с целым рядом взаимодействующих факторов – от биологических до психосоциальных. Необходим консенсус в отношении ключевых понятий для сотрудничества врачей, психологов и других специалистов при разработке действенных превентивных мер.

Это положение отражает ситуацию с профилактикой суицидального поведения в российских школах.

С одной стороны, есть отечественная школа суицидологии, связанная с именем Амбрумовой А.Г., которая разрабатывает профилактику суицидов с середины 80-х годов. Тогда исследователи заговорили о суицидах не как исключительно о медицинской или криминальной проблеме, а о значимости социально-психологической компоненты.

С другой – на международном уровне под эгидой ВОЗ действует программа SuPre (Предотвращение самоубийств). В ее рамках была издана серия пособий, адресованных различным специалистам. В том числе «Руководство для учителей и других работников школы». Его подготовкой к изданию на русском языке занимались сотрудники Одесского Национального Университета им. И.И. Мечникова.

Существуют «Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях» Министерства

Образования и Науки РФ. В разделе «Научно-методические основы работы по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях» рекомендуется материалы смотреть на <http://podrostok.cipv.ru>, который в данное время недоступен.

Все эти материалы иногда прямо противоречат друг другу. Что создает трудности при выборе методов работы сотрудникам школ.

Практический опыт социально-психологической работы в школах г. Москвы, накопленный отделом Психологической помощи субъектам образования Центра экстренной психологической помощи Московского Государственного Психолого-Педагогического Университета включает 3 этапа профилактики: первичная, вторичная, третичная. При первичной работе - профилактика заключается в продвижении ценности здоровья и жизни в общей популяции.

Вторичная профилактика нацелена на людей в трудной жизненной ситуации, которая уже истощила его душевные силы. Когда любая активность представляется человеку ухудшающей жизненную ситуацию, он в социально-психологическом кризисе. Основная цель – помочь найти выход из кризисной ситуации с помощью очного индивидуального консультирования или на телефоне доверия. Второй тип профилактики предполагает обращение за помощью к специалистам, работающим в различных учреждениях г. Москвы.

Третичная профилактика адресована близкому окружению и самому суициденту, выжившему после попытки. Ее цель – помочь пережить это событие всем субъектам образовательного процесса – обучающимся, их близким, а также сотрудникам школ. Они получают экстренную и кризисную психологическую помощь, для адекватных способов преодоления трагической ситуации. Это помогает им успешно избежать возможных негативных поведенческих проявлений в рамках эффекта Вертера.

Взаимосвязь факторов социально-психологической и индивидуально-личностной дезадаптации и суицидального риска у подростков

Карпец В.В.¹, Данильчук В.В.¹, Балдина Э.П.¹, Котлярова С.В.¹, Катан Е.А.²

¹ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер»,
²ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
г. Оренбург

По данным министерства здравоохранения Оренбургской области, в организациях здравоохранения по области в 2016 году под наблюдением врача психиатра-нарколога состояло 707 несовершеннолетних, употребляющих алкоголь с вредными последствиями 597 (в 2015 году – 761), 63 несовершеннолетних, употребляющих ненаркотические психоактивные вещества с вредными последствиями (в 2015 году – 96), 39 несовершеннолетних, употребляющих наркотики с вредными последствиями (в 2015 году – 93), с диагнозом «токсикомания» – 4 несовершеннолетних (в 2015 году – 3). Всего, с января 2012г. по июль 2017г., среди наблюдаемых Оренбургского областного клинического наркологического диспансера, было выявлено 46 подростков в возрасте 12-17 лет, совершивших суицидальную попытку.

Цель: определение взаимосвязи факторов индивидуально – личностной и социально-психологической дезадаптации и суицидального риска у подростков.

Материалы и методы. Основная группа (ОГ) составила 20 человек, 13 девочек и 7 мальчиков, средний возраст 14,5 ± 0,9 лет. Средний период диспансерного наблюдения 1,6 ± 0,8 лет.

Клиническое состояние соответствует рубрикам МКБ-10: **Z72.0** Употребление табака - 40%; **Z72.1** Употребление алкоголя 50%; **Z72.2** Использование наркотиков – 10%; (злоупотребление F17.2, 10.2, F11 – 16, 19 - исключено). Проблемы воспитания: Z62.0 Неадекватность заботы и контроля со стороны родителей 40%; Z62.1 Излишняя опека со стороны родителей - 10%. Характер совершенных суицидальных действий: X60 Преднамеренное самоотравление и воздействие неопиоидными анальгетиками – 30%, X63 Преднамеренное самоотравление и воздействие другими лекарственными средствами – 35%, X78 Преднамеренное самоповреждение острым предметом- 20%; X65 Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем – 15%.

Распределение исследуемых по уровню школьной мотивации: высокой и хорошей мотивации не выявлено; положительное отношение к школе, но школа привлекает внеучебной деятельностью 25%; низкая школьная мотивация – 50%; негативное отношение к школе, школьная дезадаптация – 25% наблюдений.

Оценка социального функционирования: превосходное функционирование в широком диапазоне сфер не выявлено; симптомы минимальны, социальная эффективность в редких случаях выходит из-под контроля – 30%; симптомы кратковременны и являются ожидаемой реакцией на психосоциальный стресс – 50%;

слабые симптомы (напр., депрессивное настроение и умеренная бессонница) – 20% наблюдений.

Контрольная группа (КГ) составила 20 учащихся 7-х классов общеобразовательной школы, среди которых 13 девочек и 7 мальчиков, не совершавших суицидальные попытки, не наблюдавшихся у нарколога. У 75% - обнаружено превосходное и высокое социальное функционирование, у 25 % - ситуационное снижение данной характеристики. Низкая школьная мотивация отмечалась у 15%, 85% проявляли должный интерес к учебе.

Методики: опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой); дифференциальный опросник переживания одиночества (Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев); шкала безнадежности Бека.

Результаты: При оценке суммарного показателя индекса суицидального риска общий индекс суицидального риска среди подростков ОГ составил 48,2 балла, среди подростков КГ 40,8 баллов ($p < 0,05$). Показатели шкалы «Антисуицидальный фактор» в ОГ был равен 4,2 баллам, в КГ – 4,8 баллам.

Анализ взаимосвязи между субшкалами ОСР выявил наиболее сильные взаимосвязи ($OR > 2$) субшкал «Демонстративность» ($OR 6.000$), «Социальный пессимизм» ($OR 6.000$), значимо влияние субшкал: «Несостоятельность» ($OR 3.857$), «Слом культурных барьеров» ($OR 2.111$), не обнаружено взаимосвязи ($OR < 2$) с факторами, оцениваемыми по субшкалам «Аффективность» ($OR 1.500$), «Уникальность» ($OR 1.556$), «Максимализм» ($OR 1.546$), «Временные перспективы» ($OR 1.749$).

Для субшкалы «Антисуицидальный фактор» ($OR 0.056$) не обнаружено прямого влияния на риски суицидального поведения, что подтверждает его протективное значение.

Для подростков обеих групп не характерны тяжелая и умеренная выраженность безнадежности. Признаки легкой безнадежности отмечены у 80% подростков ОГ, 20% не обнаруживали признаков безнадежности. Среди подростков КГ легкий уровень безнадежности, отмечен у 16% респондентов, у 84% признаков безнадежности не выявлено.

Низкий и средний уровень показателей по шкале «Позитивное одиночество», повышенные и высокие показатели по шкалам «Общее переживание одиночества», «Зависимость от общения» являются статистически значимым фактором для возможного суицидального поведения ($OR > 2$).

Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) в уровнях социальной эффективности и школьной мотивации свидетельствуют о психологическом неблагополучии подростков ОГ, данные достоверно взаимосвязаны с инициацией употребления ПАВ. Обнаружена значимая взаимосвязь с показателями шкал индекса суицидального риска: «Демонстративность» ($OR 6.000$) «Социальный пессимизм» ($OR 6.000$), «Несостоятельность» ($OR 3.857$), «Слом культурных барьеров» ($OR 2.111$).

Выводы: для подростков обеих групп характерен высокий индекс суицидального риска, что, видимо, является общей особенностью психологического состояния данной возрастной категории. Возможность суицидального поведения у подростков повышают индивидуально – личностные (женский пол, ощущение безнадежности, переживание

одиночества и потребность в общении) и социально-психологические факторы (снижение социального функционирования, низкая школьная мотивация, употребление ПАВ).

Половозрастные особенности суицидального поведения подростков

Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А., Зикеев С.А.

ФГБНУ НЦПЗ,
г. Москва

В 2017 году, по данным Росстата, общий коэффициент смертности по причине самоубийства для всех возрастов, рассчитываемый на 100 000 населения, составил 16, однако среди подросткового контингента 15-19 лет этот показатель выше. Согласно исследованию Е.Л. Усачевой с соав. (2014), более трети пациентов детско-подросткового возраста среди общего числа госпитализированных в детскую психиатрическую больницу по экстренным показаниям составляют несовершеннолетние с разными формами суицидального поведения. В соответствии с определением ВОЗ понятие «суицидальная попытка» подразумевает любое изначально не летальное суицидальное поведение и относится к тому или иному намеренному самоповреждению, которое может иметь или не иметь летального намерения и исхода. В отечественной психиатрии принято различать демонстративно-шантажное, импульсивное и истинно суицидальное поведение. Демонстративные суицидальные действия совершаются с целью напугать и привлечь внимание окружающих и не содержат истинных антивитаальных намерений. Импульсивное суицидальное поведение возникает на пике сильных негативных эмоций (обида, гнев) под влиянием которых «сужается» восприятие действительности. Истинное суицидальное поведение включает в себя антивитаальные намерения и характеризуется продуманным планом действий. В своей работе мы опирались на вышеприведенные понятия.

Целью работы – получение данных об особенностях суицидального поведения подростков, послужившего причиной их экстренной госпитализации в психиатрический стационар. Клинико-психопатологическим методом с привлечением сведений из медицинской документации не выборочно исследованы 143 подростка (55 юношей и 88 девушек) в возрасте 15-17 лет, доставленные скорой психиатрической помощью (СПП) в подростковые отделения ПКБ№15 г. Москвы в связи с суицидальным поведением на протяжении календарного года. (Подростки, госпитализированные по такой же причине, но минуя СПП, не учитывались в настоящей работе). В период проведения нашей работы подростковые отделения ПКБ№15 еще не были закрыты и использовались для стационарного лечения несовершеннолетних старшего подросткового возраста.

Среди всех стационарированных по неотложным показаниям подростков пациенты с суицидальным поведением составили 42%.

В анамнезе девушек чаще (в 1,7 раза) по сравнению с юношами обнаруживались повторные суицидальные действия. В 75% случаев на момент госпитализации или ретроспективно были выявлены психические расстройства, четверть несовершеннолетних ранее наблюдались и лечились у психиатров. При этом у преобладающей части подростков (89,5%) имела место непсихотическая психическая патология. Гендерные зависимости отмечались в типологии выявленной психопатологической симптоматики, на

фоне которой наблюдалось суицидальное поведение. Наиболее частыми были диагнозы формирующегося расстройства личности (на первом месте у девушек, на втором – у юношей) и расстройства адаптации (на первом месте у юношей, на втором – у девушек). Третье место по частоте у подростков женского пола занимали расстройства депрессивного круга, а у юношей – заболевания шизофренического спектра.

Антивитальные переживания большинства подростков-суицидентов были неглубокими, а суицидальное поведение не являлось «запланированным» и возникало зачастую на фоне сниженного в разной степени (иногда незначительно) настроения (55,9%). Как правило, суицидальную активность «запускала» конфликтная ситуация. Даже в тех случаях, когда суицидальное поведение возникало на фоне депрессивного состояния, оно провоцировалось по механизму «последней капли» именно конфликтной ситуацией. Наиболее стрессогенными оказывались конфликты с родителями, которые явились основным «спусковым крючком» в половине случаев у девушек (50,0%) и почти у половины (43,6%) юношей.

Между девушками и юношами выявлены существенные различия в предпочтительном характере суицидального поведения. Суицидальные устремления девушек «вспыхивали» на пике эмоционального «взрыва» в ходе разыгрываемой коллизии и являлись попыткой «исправить» неблагоприятно сложившуюся ситуацию. Они кричали, что хотят умереть, требовали «дать яду», демонстративно резали вены. Как правило, после помещения в психиатрический стационар девушки признавались врачу, что хотели только «напугать» причиняющих им страдание людей. Суицидальные аутоагрессивные действия юношей отличались брутальностью – они на глазах окружающих наносили множественные самопорезы на руках, теле, резали лицо, бились головой о стену, поджигали себя, разбивали головой окно, заглатывали осколки стекла. Несмотря на истероидную окраску подобных суицидальных «порывов», юноши демонстрировали не столько манипулятивное поведение, сколько импульсивность и неумение владеть собой, неспособность совладать с охватившими их яростью и гневом, проявляя как агрессию, так и аутоагрессию.

Проведенное исследование позволило увидеть ряд закономерностей, подтверждающих отличительные и общие особенности суицидального поведения подростков разного пола. К числу гендерных влияний относятся: преобладание среди совершающих аутоагрессивные действия девушек (в нашем контингенте гендерное соотношение составляло 1,6:1); характер суицидального поведения (шантажно-демонстративное у девушек, брутальное и компульсивное у юношей); типология психопатологических расстройств; к возрастозависимым – невыраженность собственно антивитальных переживаний; короткий пресуицидальный этап; внезапность реализации суицидального намерения; необходимость дополнительного стрессорного воздействия (конфликтной ситуации) для формирования суицидального поведения; наличие в изученной группе подростков с пограничной психической патологией, заставляющее задуматься о потенциальной суицидальной опасности этой категории больных.

В данной работе мы ограничились анализом аутоагрессивного поведения без летального исхода. Вероятно, при включении случаев завершённых суицидов были бы получены несколько иные результаты.

Интегративный подход к психотерапии девочек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (НСП)

Левковская О.Б.^{1 2}, Шевченко Ю.С.²

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Москва

Значительный рост несуицидальных самоповреждений в общей, неклинической популяции старших подростков, по разным данным достигающий 6-45%, является важной социальной проблемой, требующей поиска концептуальных междисциплинарных моделей психотерапии с интеграцией клинического и психологического подходов.

Актуальность: психотерапевтическая работа с подростками с поведенческими расстройствами является одной из самых сложных и комплексных в психотерапии. Интегративный психотерапевтический подход подразумевает нахождение и выделение наиболее значимых психотерапевтических мишеней на каждом лечебном этапе (догоспитальном, госпитальном, постгоспитальном). При этом индивидуальный клинический случай рассматривается в сочетании общих - онтогенетических (А), частных – клиничко-психопатологических (Б) и единичных – индивидуально-личностных (В) компонентов проявлений психического расстройства у конкретного пациента, которые должны приниматься во внимание при разработке эффективных комплексных лечебных подходов.

Цель исследования: выделение психотерапевтических мишеней при лечении девочек-подростков с НСП на основе их комплексного клиничко-психологического обследования.

Материал и методы: на протяжении нескольких лет нами были обследованы 65 случаев НСП у девочек-подростков (12-17 лет), проходивших лечение в клинике НПЦ ПЗДП им. Сухаревой Г.Е. (ранее ДПБ №6) Москвы, включавшее индивидуальную и групповую психотерапию по методу Терапии творческим самовыражением (Бурно М.Е.), далее ТТС. Все они обследованы с помощью анамнестических, клиничко-психопатологических, патопсихологических, нейропсихологических и психологических (лично-диагностических и проективных) методик. В качестве базовой психотерапевтической технологии использовалась программа ТТС (Бурно М.Е.), адаптированная нами к работе с девочками-подростками с учетом их возрастных и гендерных особенностей.

Результаты и обсуждение: в соответствии с тремя обозначенными выше группами компонентов комплексной психотерапии (А, Б, В), составляющих индивидуальный клинический случай, у обследованных пациентов удалось выделить следующие группы психотерапевтических мишеней:

«позитивные» мишени, связанные с особенностями подросткового онтогенеза/дизонтогенеза, предполагающие гармонизацию психического развития за счет

позитивного регресса к несовершенным пройденным сензитивным периодам и элевизирующего сопровождения подростков к психологическим «зонам ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому). Конкретными точками приложения данного (общего) уровня «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии» (Шевченко Ю.С., 2012) являются: недосформированность таких высших психических функций, как самосознание (самоидентичность), моральное сознание, целеполагание, иерархия ценностей, недостаточное владение безопасными формами самовыражения, способами совладания со стрессом и некоторые др. Групповые формы ТТС (Бурно М.Е.) в своем ортодоксальном варианте наиболее полно соответствуют выделенным мишеням.

Б. «негативные» мишени, которые связаны с особенностями клинических и клиничко-психологических проявлений психопатологии в подростковом возрасте. Эта группа мишеней делает желательными избавление/уменьшение интенсивности таких проявлений как: аффективные расстройства, дисморфофобические переживания, расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия), ауто- и гетероагрессивное поведение, рискованное поведение, алекситимия, а также изменение типа характерологических и патохарактерологических реакций (например, переориентация с реакций отказа на более адаптивные хобби-реакции и реакции эмансипации) и некоторые др. Для воздействия на эту группу мишеней больше подходят индивидуальные формы ТТС (Бурно М.Е.) в сочетании с другими видами клинической психотерапии (бихевиорально-когнитивные, суггестивные, интегративные).

В. мишени, связанные с индивидуальными конституционально-анамнестическими особенностями, включают инфантильно-искаженное неконструктивно ригидное отношение индивида к конституционально-характерологическим особенностям (своим и чужим), к своему расстройству (внутренняя картина болезни и здоровья), к дисфункциональным семейным взаимоотношениям, к социальной изоляции и др. Эта группа мишеней предполагает, как избавление от дезадаптивных, так и формирование других, адаптивных убеждений и соответствующих им поведенческих паттернов. Здесь предпочтительным представляются варианты ТТС, дополненные арт-психотерапевтическими и семейными моделями.

НСП у обследованных нами подростков имели полиэтиологическую природу, представляя собой эквивифинальный феномен клинического многообразия. Перечисленные психотерапевтические мишени были представлены у наших пациентов в разных комбинациях. При этом группа позитивных мишеней (общие компоненты А) была обязательной для всех подростков, что позволяет использовать возможности метода ТТС (Бурно М.Е.) в его адаптированном к подростковому возрасту варианте на всех этапах психотерапии (амбулаторном, госпитальном, постгоспитальном, в качестве первичной и вторичной психопрофилактической меры). Использование данного метода у подростков связано с помощью в развитии и доформировании высшей психической функции – самосознания, с самопознанием и самореализацией; с помощью в решении мировоззренческих, экзистенциальных проблем, приобщающих к культурной эволюции; с созданием условий для формирования потребности в творчестве, а также сублимации

нижележащих базовых потребностей; с обогащением индивидуального опыта, ростом компетентности, что делает подростка самоуважающим и принятым социумом. Приобретенный опыт коллективного взаимодействия повышает жизнестойкость за счет совершенствования приспособительно-овладевающих механизмов адаптации к миру, к себе и обществу.

Онтогенетически-ориентированная программа ТТС (Бурно М.Е.) может рассматриваться как сквозной психотерапевтический метод при работе с подростками, дополняемый в зависимости от представленности частных и единичных компонентов (группы Б и В), этапными психотерапевтическими интервенциями, направленными на соответствующие группы психотерапевтических мишеней (когнитивно-поведенческими, диалектико-поведенческими, арт-терапевтическими, семейными и др.).

Роль (направленность и возможности) клинического интервью у подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением (НСП)

Левковская О.Б.,^{1 2}, Шевченко Ю.С.², Данилова Л.Ю.²

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

г. Москва

Актуальность: согласно многочисленным международным исследованиям в последние два десятилетия наблюдается значительный рост несуйцидальных самоповреждений. Более ранние исследования строились на выявлении связи между НСП и верифицированной психической патологией, тогда как в более поздних публикациях отмечен растущий уровень НСП в общей популяции старших подростков, достигающий, по разным данным, 6—45%. В связи с этим возникает насущная необходимость разработки специальных и совершенствование существующих методик первичного (в т.ч. доврачебного) анализа самоповреждающего поведения на предмет разделения его непатологических и патологических вариантов и обнаружения среди последних феноменологических признаков вероятной неблагоприятной динамики.

Целью настоящей работы является, основанное на многолетнем психопатологическом и клинико-психологическом изучении подростков с НСП, описание наиболее значимых анамнестических сведений, способных стать опорными синдромально-диагностическими пунктами в клиническом интервью с пациентом и, одновременно прогностическими маркерами развития самоповреждений (СП).

Материал и методы: исследовали 155 подростков, 140 девочек и 15 мальчиков в возрасте 12-17 лет, госпитализированных или наблюдавшихся амбулаторно в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой г. Москвы по поводу аффективных и поведенческих расстройств различного генеза, в рамках которых преходящее или стойкое НСП фиксировалось в качестве эпизодического, либо сквозного (облигатного или факультативного) феномена. В работе использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и корреляционно-статистический методы.

Результаты: исследование показало, что большинство пациентов, совершивших несуйцидальные самоповреждения, были девочками (90%). Среди впервые госпитализированных пациентов большинство (75%) составили подростки в возрасте 13-15 лет (средний возраст пациентов 14,8 лет). Преобладающей формой СП являлись самопорезы - 141 наблюдение (91,0%), 5 — самоприжигание, 4 — самобитье, в остальных, более редких, случаях имелись сочетанные, множественные и другие виды НСП. У 43 (27,7%) пациентов выявлялось как НСП, так и собственно суйцидальные попытки.

Разработанная нами рабочая схема клинического интервью основана на том, что статистически значимыми для клинического анализа НСП у подростков с целью его дифференциации от суйцидальных действий и прогнозирования прогрессирующей или

редуцирующей динамики развития синдрома являются следующие **характеристики**: а) вид СП по форме нанесения ущерба; б) локализация, количество СП в одном эпизоде, количество эпизодов, продолжительность нанесения; в) ситуация, непосредственно предшествующая нанесению СП (наличие конфликтов, ссор, субъективно значимых событий и т.д.); г) ситуация нанесения СП (время, место, инструменты и их обработка антисептиками, последующая обработка ран, наличие или отсутствие других людей в квартире или в непосредственной близости от места нанесения СП); д) изменение в душевном (психическом) состоянии сразу после нанесения СП (наступление облегчения, ослабление негативного аффекта, появление/усиление положительно окрашенного аффекта, ухудшение в состоянии); е) субъективная цель нанесения СП (облегчение своего аффективного состояния, избавление от негативных переживаний, самонаказание, попытка справиться с симптомами соматопсихической и аутопсихической деперсонализации, с межличностными трудностями и т.д.); ж) наличие/отсутствие признаков аддиктивного поведения (повышении толерантности к СП с переходом от более безобидных форм аутоагрессии - щипков, царапин, интенсивного расчесывания - к самопорезам; или увеличение количества самопорезов в одном эпизоде и частоты их нанесения с одновременным ослаблением позитивного эмоцио-регулирующего эффекта от СП и сокращением продолжительности временного промежутка между эпизодами СП); з) самопроизвольный обрыв эпизодов самоповреждений/отсутствие такового.

Следует отметить, что регрессионный тип динамики НСП с самопроизвольным прекращением аутоагрессивных эпизодов коррелирует с единичными эпизодами СП, представленными в виде моноформы – поверхностных самопорезов, имеющими преходящий характер, и одновременно с ситуационно обусловленным нахождением подростком более зрелых и эффективных механизмов психологической защиты и совладающего поведения. Сама по себе поведенческая модель СП в данных наблюдениях не может рассматриваться ни как привычная, ни как патологическая, а лишь как этологическая, «природно-психическая» (по В.В. Ковалеву) реакция.

Одним из маркеров трансформации СП из «симптома компенсации» (по Сухаревой Г.Е.) в гиперкомпенсаторное поведение является их отрыв от психотравмирующей (или стрессовой) ситуации с тенденцией к генерализации и приобретению характера универсального ответа на неспецифический стресс, что роднит данный феномен с трихотилломанией, описанной ранее в качестве синдрома-болезни наряду с другими патологическими привычными действиями (Шевченко Ю.С., 1999, 2018).

Неблагоприятный вариант СП с их возможной трансформацией в собственно психопатологические синдромы (сверхценное поведение, навязчивые или неодолимые влечения) коррелирует с учащением и утяжелением эпизодов, переходом от моно- к разнообразным способам, с повышением толерантности к СП при углубляющихся изменениях в состоянии субъективного мира подростка. При этом первые эпизоды характеризовались наступавшим улучшением эмоционального состояния длительностью от 2 до 4 нед. При сохраняющихся НСП этот период постепенно сокращался до 1 нед., затем 3—4 дней, и наконец, некоторые пациенты наносили самопорезы практически ежедневно в период перед стационарированием. Появление суицидальных попыток

происходило обычно на фоне уже существующего НСП. Их возникновение коррелировало с отсутствием ожидаемого эмоцио-регулирующего эффекта от СП в состоянии психологического дистресса, а также с ухудшением в душевном состоянии подростка сразу после нанесения СП.

Заключение: наше исследование показало, что НСП в подростковом возрасте имеет гендерные корреляции и чаще возникает у подростков женского пола. СП могут быть как компонентом суицидального поведения, так и сочетаться с ним в качестве относительно автономного феномена, не связанного с намерением умереть, а также представлять собой относительно самостоятельную поведенческую модель, существующую вне суицидального контекста. Правильно построенное клиническое интервью позволяет выявлять суицидоопасность уже на ранних этапах проблемы и прогнозировать тяжесть и резистентность аутоагрессивных самоповреждений.

Качество сообщений электронных СМИ о суицидальном поведении подростков

Любов Е.Б.

МНИИП - филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва

Актуальность. СМИ оказывают двойкий эффект на суицидальное поведение (СП): непрофессиональные – способствуют подражательному СП уязвимых подростков, ответственные – служат антисуицидальным фактором как обучающий и информационный ресурс.

Цель и задачи работы. Анализ качества (по критериям ВОЗ) сообщений электронных СМИ о СП подростков.

Материалы и методы. Проведен невыборочный анализ качества более 2000 сообщений электронных СМИ о СП населения во всех субъектах РФ в 2016 г.

Результаты и обсуждение. Как правило, интерес СМИ вызывают лишь суициды подростков: более 1/3 (36%) сообщений во всех Федеральных Округах (ФО), тогда как, по официальным данным, в массиве суицидов на лиц до 20 лет приходится менее 5% (меньше представленности возрастной группы в населении). Возраст жертв 13-18 лет (в официальной статистике суициды отмечены с 5 лет). В «благополучных» регионах и мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург) внимание к СП подростков повышено. Статьи озаглавлены кричащими названиями как «эпидемия самоубийств детей захлестнула город», «подросток повесился из-за двойки». Сообщения сопровождают фотографии суицидентов при жизни; мест трагедии (окна, крыши); силуэты совершающих суициды; более 60% фотографий иллюстрируют методы суицидов (пистолет, петля, таблетки). В единичных сообщениях фото трупа, обычны нейтральные фотографии: машины полиции, скорой помощи. Менее чем в 5% статей – иллюстрации места происшествия, «по горячим следам» приведены интервью с близкими суицидента. В каждой пятой статье точный адрес трагедии, названа школа жертве, имя и фамилия, возраст. Новости в тот же день в том же ключе обсуждают сверстники в социальных сетях. Сообщения о наиболее ярких случаях «с вирусной скоростью» распространены по интернету, сайты копируют статьи друг у друга, меняя только названия. «Резонансные» суициды тиражируются (до 22 сообщений по одному случаю). Каждое десятое сообщение касается экстраординарных случаев: суицид совершен публично (на глазах приятелей), брутальным способом (дефенестрация). Привлечено внимание к статистически редким (не более 2% суицидов) парным суицидам юных любовников /подруг и самоубийствам-убийствам («школьная стрельба»). Значимое место отведено новоявленным «клубам (группам) смерти» с упоминанием «сотен жертв»; подробно описан «обряд инициации» жертвы, безапелляционно найден (назначен?) «виновный», куратор некоего суицидогенного сайта. Скоропалительно (в первых строках сообщения или в заголовке статьи) определена обычно фасадная причинно-следственная связь («коли после этого – из-за этого»)

трагедии: «школьник покончил с собой из-за выключенного матерью компьютера»; «подросток из NN покончил с жизнью из-за запрета родителей играть в компьютере»; «девушка повесилась после провала на ЕГЭ», «новая жертва «Синего кита». Единичные сообщения касаются кибермоббинга. Задействованы «по свежим следам» (5% сообщений) приятели, родственники несчастного. Указан способ самоубийства (85%): средства самоповешения. В сообщениях обойдены ужас смерти, медицинские последствия суицидальной попытки, страдания близких, посторонних, обнаруживших тело. Причины суицида редко (14%) объяснены психическими расстройствами. Лишь в 2% сообщений упомянута «депрессия», злоупотребление ПАВ жертвой суицида упомянуто в менее 10% сообщений. Только в 2% сообщений привлечено мнение специалистов, обычно охотно рассуждающих об «эпидемии», «всплеске» суицидов подростков и указывающих мифические (завышенные) данные об уровне суицидов в РФ. Подчеркнуто лидирующее место страны в уровнях суицида с подменой относительных цифр (на 100 000 возрастной субпопуляции) абсолютными. Редкие сообщения касаются предотвращения суицида, но лишь полицией. В 1% привлечено внимание к «тревожащим сигналам» СП (у подростка), в 3% есть советы обратиться к психиатру или психологу в стигматизирующем ключе: «Психушки ждут самоубийц», но менее чем в 2% статей указан адрес, телефон антикризисной службы даже при их наличии в регионе; 3% статей рассказывают о программах профилактики, 1% касается альтернативных ресурсов помощи (религия). Хотя в ряде сообщений отмечено, что у жертвы ранее были попытки самоубийства или суицидальные мысли, лишь в одной – подвергнут сомнению расхожий миф: «Если кто-либо говорит о суициде, он его не совершит». Сайты следственных комитетов и управлений по региону обычно публикуют сдержанную информацию без указания деталей. Особо яркие истории публикуются в электронных версиях газетных изданий, в которых объем статей больше, соответственно и информации тоже. Существуют электронные ресурсы, которые приводят целые подборки с сообщениями о суицидах по региону. Связи сообщений СМИ с пиками суицидов в регионах не отмечено, но временное «сгущение» подражательного СП подростков возможно.

Выводы. СМИ, выполняя (пока) более развлекательную, чем информирующую и просветительную роль, искажают типовой «портрет суицидента», дезориентируя общественность в выделении возрастных и клинических групп риска СП при малом внимании к профилактике и своевременному лечению психических расстройств. Необходимы рекомендации по ответственному освещению СМИ сложной и актуальной междисциплинарной и межведомственной проблемы как СП, развитие антисуицидальных сайтов помимо мониторинга просуицидных.

Психологическая помощь детям в адаптации к раскрытию тайны потери родителя и усыновления

Макарова М.А.¹, Бардышевская М.К.^{1,2}

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г.Москва

² МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Диагностическая и лечебная работа специалистов с ребенком осуществляется по запросу родителей и опекунов, в соответствии с их жалобами на болезненные проявления ребенка. При этом часть болезненных моментов истории ребенка остается нераскрытой, особенно в семьях, переживших внезапную трагедию, потерю близкого человека. Для сохранения эмоциональной стабильности в семье родственники и опекуны стараются не упоминать трагические события и не разговаривать с ребенком на эту тему. Однако такая установка на сокрытие важной информации представляет собой психологическую атаку на автобиографическую память ребенка, усугубляет его страдания.

В современных исследованиях приемных семей подчеркивается важность раскрытия тайны усыновления. Тактика раскрытия тайны усыновления и потери родителя варьирует в зависимости от индивидуальных обстоятельств и правил семьи, в которой проживает ребенок. Особые сложности правильного раскрытия тайны усыновления возникают в тех случаях, когда с рождения у ребенка отмечались отклонения в развитии и в семьях с наследственностью, отягощенной по психическим заболеваниям.

Предложение психолога о раскрытии ребенку тайны рождения и обстоятельств потери родителя, как правило, вызывает сильное сопротивление у опекунов, которые боятся дополнительных потерь (опекунства, авторитета себя как родителя, усугубления травматизации ребенка и осложнения отношений с ним), а также утяжеления и без того неустойчивого психического состояния ребенка («Как бы не навредить»). Но именно сокрытие и оборачивается дополнительной травматизацией, которая по глубине сопоставима с нарушениями, возникшими у ребенка непосредственно после потери родителя. Некоторые особенности развития таких детей (депрессия, игры с разрушительным содержанием, проигрывание смерти персонажа) могут быть расценены как ранние маркеры суицидального поведения.

Цель исследования: изучить изменения в психическом состоянии и поведении ребенка, возникшие в процессе адаптации ребенка к раскрытию тайны усыновления, показать возможности развития ребенка в новых условиях. На примере работы с двумя детьми с различным опытом потери родителя показаны положительные изменения в конкретных областях их развития. В рамках госпитализации в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ этим детям была оказана психологическая помощь, направленная на интеграцию информации о смерти родителей в одном случае и о травме матери, повлекшей ее инвалидизацию и отказ от родительских прав на ребенка, во втором случае. Психологическая помощь заключалась в развитии нарушенных в результате самой травмы

и последствий тайны усыновления, аффективно-поведенческих комплексов (АПК) ребенка по модели, разрабатываемой Бардышевской М.К.

Методы исследования: динамическое (в течение 1-1,5 месяцев) наблюдение с терапевтическими воздействиями за психическим развитием детей, беседа с опекунами. Терапевтические воздействия включали проигрывание травматического опыта, отработку в совместной игре способов эффективной регуляции болезненных эмоциональных состояний, развитие произвольной регуляции деятельности. Диагностика психического развития ребенка включала качественно-количественную оценку динамики эмоциональных состояний ребенка, основных видов поведения, коммуникации и символической активности, разработанной Бардышевской М.К., по стандартной форме оценки развития АПК, принятой в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ.

Характеристика исследованных детей. Девочки Л. 4 лет и М. 6 лет из семей с родственной опекой. Девочка Л. от патологически протекавшей беременности, биологическая мать совершила суицидальную попытку, когда ребенку было 10 месяцев, воспитывается бабушкой-опекуном в условиях семьи с измененными ролями. Жалобы при поступлении на трудности засыпания, ритуальные действия, проявления агрессии к опекунам, страхи, игровые перевоплощения. Девочка М. с ранними аутистическими особенностями в развитии, в возрасте 4 лет перенесла автокатастрофу с потерей обоих родителей, тяжелую ЧМТ, находилась в коме, восстановилась после периода регресса психического развития. С 4 лет воспитывается опекунами из родственников биологических родителей, не имеет полноценной информации о смерти родителей. Жалобы опекунов на задержку психического развития, поедание несъедобных объектов, агрессию к животным.

Результаты и обсуждение результатов. Центральным в обоих случаях является нарушение динамики эмоционального состояния детей с возвращением к травматическим событиям прошлого, а также проявление тревоги на фоне повреждения и искажения безопасного опыта привязанности.

Основными маркерами травматического опыта у Л. на момент поступления в стационар являлись воспоминания, относимые ребенком в речи к раннему возрасту (полутора лет) и воспроизводимые в игре о «разрушенных и сломанных» игрушках, «брошенных» животных. Наблюдался остро амбивалентный тип привязанности к опекунам, высокий уровень тревоги и попытки справиться с ней в виде ритуальных действий, закреплении игровых стереотипов, использовании игровых перевоплощений. Маркерами травматического опыта пациентки М. стали стереотипно повторяющиеся игры с возвращением к воспоминаниям о трагических событиях – игры в виде падений с высоких поверхностей, отреагирование агрессии на животных, резко сниженный фон настроения, нарушение контакта.

В результате комплекса лечебно-коррекционных мероприятий общий профиль развития АПК отмечается переход от поврежденных и искаженных форм поведения к более легким проявлениям нарушений, появление и стабилизация более здоровых форм поведения у детей. Раскрытие тайны рождения повлекло за собой снижение уровня тревоги и числа ритуальных действий, расширение игрового и исследовательского

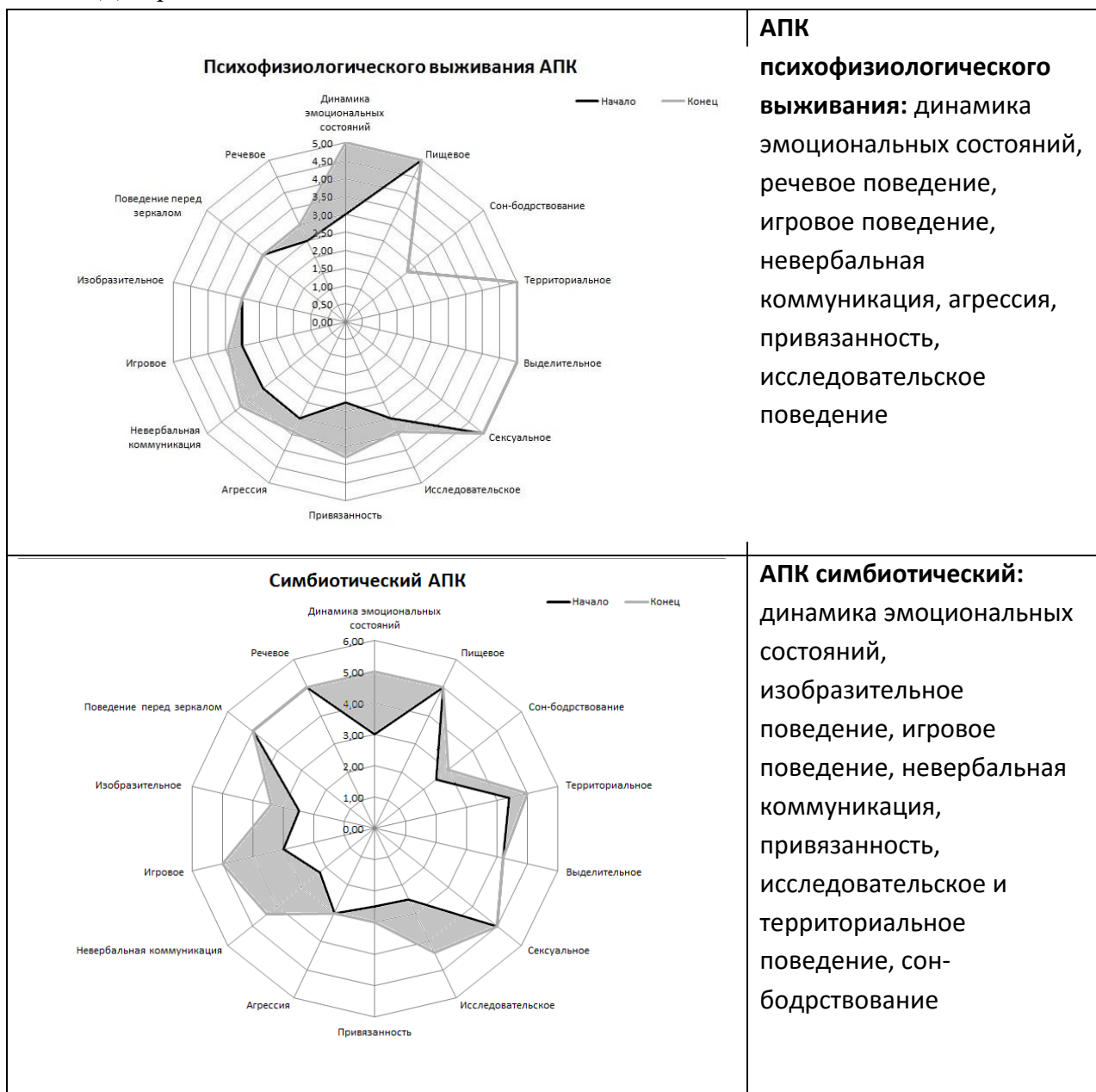
поведения, частичное восстановление нарушенных форм контакта, появление более безопасных форм привязанности к опекунам. Индивидуальные различия в изменении векторов развития девочек определялось и изначальной тяжестью психического состояния ребенка (у Л. более легкая форма нарушений, чем у М.). вследствие выраженности органических нарушений головного мозга у М. Наглядно динамика состояний детей по типам поведения отражена на диаграммах (см. приложение).

Положительная динамика психического развития ребенка после раскрытия тайны усыновления способствовала формированию более реалистичного образа ребенка у опекунов, ослаблению проявлений избегания и конфликтов с ребенком. Опекуны стали активнее участвовать в лечебно-коррекционном процессе.

Приложение

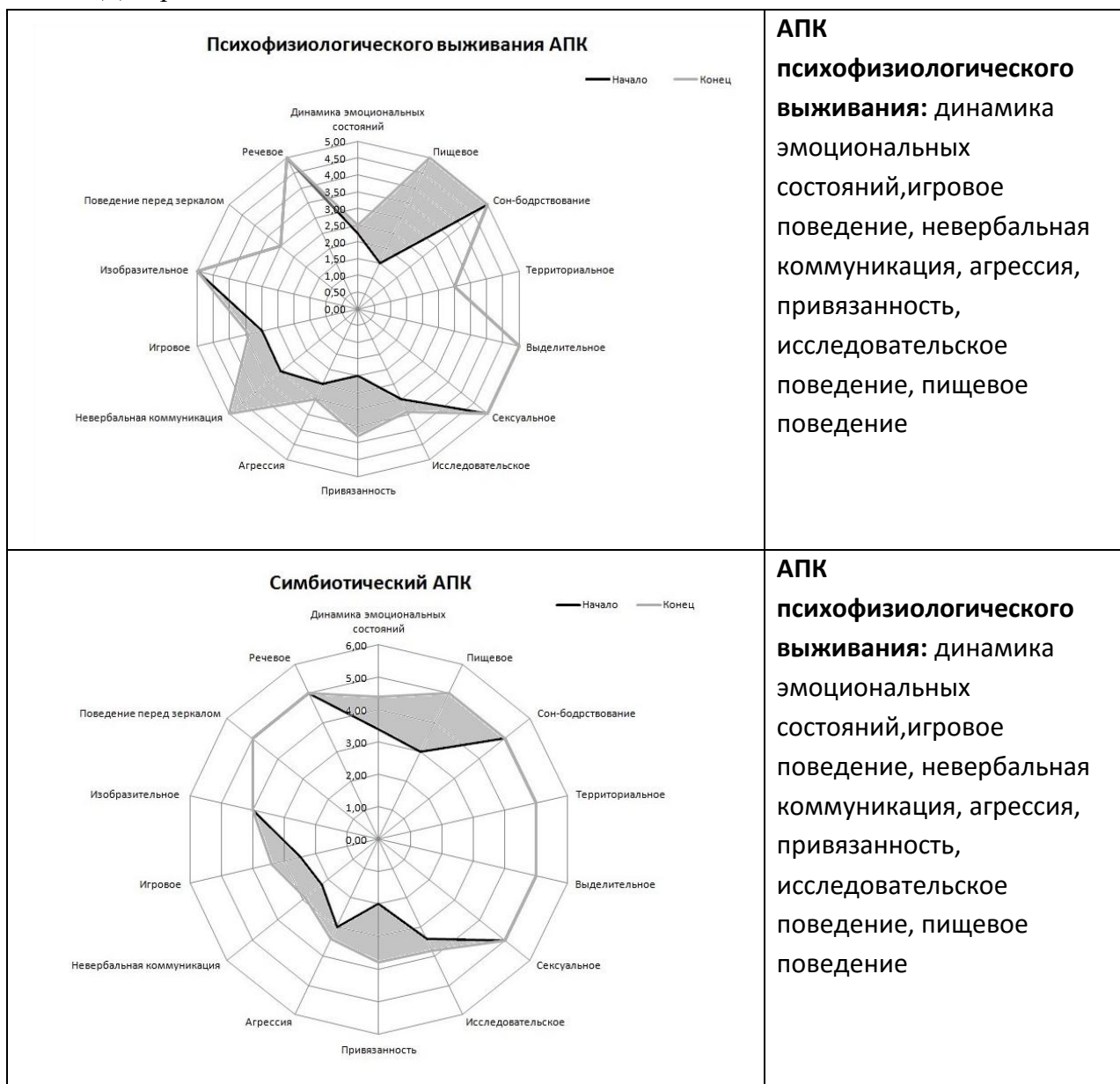
Проиллюстрированы и перечислены основные продвижения (от поврежденных и искаженных к более здоровым формам поведения) по аффективно-поведенческим комплексам (АПК): психофизиологического выживания, симбиотического, экспансии, игрового-диалогического, символического на начало и конец госпитализации в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ у детей Л. и М..

Диаграммы Л.



<p style="text-align: center;">АПК экспансии</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК экспансии: динамика эмоциональных состояний, изобразительное поведение, игровое поведение, невербальная коммуникация, исследовательское и территориальное поведение, сон-бодрствование</p>
<p style="text-align: center;">Игровой-диалогический и привязанности АПК</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК игровой-диалогический и привязанности: динамика эмоциональных состояний, изобразительное поведение, игровое поведение, невербальная коммуникация, привязанность исследовательское поведение, сон-бодрствование</p>
<p style="text-align: center;">Образно-ролевой (символическая регуляция) АПК</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК образно-ролевой: динамика эмоциональных состояний, речевое поведение, игровое поведение, привязанность, исследовательское поведение</p>

Диаграммы М.



<p style="text-align: center;">АПК экспансии</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК экспансии: динамика эмоциональных состояний, речевое поведение, игровое поведение, невербальная коммуникация, привязанность, исследовательское поведение, пищевое поведение</p>
<p style="text-align: center;">Игровой-диалогический и привязанности АПК</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК игровой-диалогический и привязанности: динамика эмоциональных состояний, речевое поведение, игровое поведение, невербальная коммуникация, агрессия, привязанность, исследовательское поведение, пищевое поведение</p>
<p style="text-align: center;">Образно-ролевой (символическая регуляция) АПК</p> <p style="text-align: center;">Динамика эмоциональных состояний</p> <p style="text-align: right;">— Начало — Конец</p>	<p>АПК образно-ролевой: речевое поведение, невербальная коммуникация, исследовательское поведение</p>

Обучение в СПО медицинского профиля как фактор здоровьесбережения для лиц с ОВЗ по зрению

Неведрова Н.П.

Медицинский колледж № 6,
г. Москва

В данной работе мы рассмотрим влияние обучения в медицинском колледже по направлению «Медицинский массаж» на студентов, имеющих ограниченные возможности здоровья по зрению. Несмотря на расхожее мнение о трудности получения профессионального образования для людей с тотальной потерей зрения я попытаюсь доказать, какие возможности открывает для них профессия массажиста.

В медицинском колледже № 6 города Москвы в 2012 году было открыто бюджетное направление обучения по профессии «Медицинский массаж» для студентов, имеющих особенности здоровья по зрению. Это дало возможность многим не только обретения условий реализации себя, как специалиста в медицине, но и возможность хорошего и стабильного заработка.

Вчерашние выпускники школ-интернатов для слабовидящих и слепых детей, а так же их родители регулярно сталкиваются с вопросом: «Где найти себя в этой жизни? Как заниматься тем, что наполнит смыслом будущее? Чем обеспечить себе достойный уровень существования? Как адаптироваться в социуме?»

В школе их научили языку Брайля, обычным школьным предметам и способности ориентироваться в пространстве. Но эта ориентация часто ограничивалась территорией школы и домашним пространством. Родители по понятным причинам, не оставляли своего особенного ребенка наедине с миром, не адаптированным для существования в нем не зрячего человека. Пока ребенок учился в школе, все казалось привычным и создавало определенную уверенность. Но вот аттестат получен. И что дальше? Этот вопрос встает перед многими не зрячими людьми. И многие затрудняются найти для себя подходящий ответ.

Существует прямая зависимость между суицидом и отсутствием или утратой социально значимого статуса – то, что называют комплексом «короля Лира», когда в душе остается лишь пустота. Самые высокие показатели самоубийств отмечены среди наркоманов, психических больных и людей-инвалидов.

Многие из опрошенных студентов первого курса признались, что колледж – первое место, где им приходится адаптироваться самостоятельно. Рядом нет родителей, нежно опекающих и поддерживающих постоянно. Новое пространство, с которым приходится знакомиться зачастую без посторонней помощи (например, туалеты). Многочисленное новое окружение, состоящее не только из сверстников с такой же особенностью, как и у тебя, а совершенно других подростков, которые говорят громче, двигаются быстрее и иногда не понимают, как себя правильно вести по отношению к тебе. И поначалу эта адаптация дается нелегко. Особенно не просто приходится в столовой, где необходимо

сделать выбор из представленных блюд и каким-то образом, поставив это на поднос, донести до столика, минуя множество преград. Конечно, для не зрячих студентов созданы условия, облегчающие их адаптацию в колледже, но все же, этот процесс занимает у них первые две недели образовательного процесса.

Несмотря на это, абсолютно все студенты отмечают для себя улучшение качества их жизни и отношения к себе и своему будущему. Они говорят о появлении цели в жизни, ощущении своей значимости и причастности к социуму. Те, кто мечтал быть причастным к медицине, помогать людям, но не мог реализовать свою мечту стать врачом или медсестрой, с обожанием постигают профессию массажиста.

Опросы, проводимые среди родителей, показывают, что меняется поведение детей. Они становятся более уверенными в себе, с удовольствием посещают занятия, проявляют интерес к внеурочной деятельности. У них появляются новые друзья, расширяется круг общения. Внутри семьи они становятся менее капризными и требовательными, более самостоятельными – «взрослеют», как говорят многие из опрошенных родителей. Да и сами родители обретают спокойствие и долю уверенности за будущее своих детей.

Участь на втором и третьем курсах, студенты с особенностями здоровья по зрению начинают активно принимать участия в Российских и международных чемпионатах и конкурсах, где часто становятся победителями. Например, весной 2016 года на Международной выставке «Интершарм» первое место заняла студентка медицинского колледжа № 6 Плещеева Ирина - девушка с тотальной потерей зрения от рождения. Получив свою награду, Ира обратилась к своему педагогу со словами: «Моя победа – это Ваша победа. И моя жизнь сейчас настолько полна и многогранна, какой она не была никогда».

Весной 2017 года еще две студентки стали обладателями золотой медали чемпионата профессионального конкурса массажистов в городе Кисловодск. Они выступали в свободной номинации и демонстрировали синхронный массаж в четыре руки. Не видя друг друга, эти девушки смогли поразить судей слаженностью действий и высоким профессионализмом выполняемых массажных движений. Глядя на них, невозможно поверить, что у них отсутствует зрение.

И конечно, ежегодный чемпионат «Абилимпикс» с радостью принимает в ряды своих конкурсантов студентов медицинского колледжа. Получение не только призового места, но так же просто сертификата участника становится очень значимым событием и стимулом к дальнейшему развитию. Студенты с гордостью рассказывают о своем участии. Это является немаловажным фактом для потенциальных работодателей во время проведения ярмарок вакансий с привлечением студентов данной категории.

Таким образом, в данной работе были обоснованы актуальность и важность предоставления возможности получения профессиональных навыков лицам с особенностями здоровья по зрению, что является фактором здоровьесбережения и профилактикой суицидов среди молодежи, имеющей инвалидность.

Переживания подростков при самоповреждающем поведении

Невижина Т. А.

ФГБОУ ВО «МГППУ»,
г. Москва.

Термин самоповреждение не имеет единого определения. В исследовании самоповреждения подростков, построенном с использованием авторского глубинного интервью, мы использовали понимание самоповреждения как осознанного действия, целью которого является причинение себе вреда без суицидальных намерений. Для исследования мы выбрали самопорезы, как наиболее распространенный вид самоповреждения.

Интервью были проведены в период с 23 октября 2016 г. по 20 апреля 2017 г. Было опрошено 14 испытуемых в возрасте от 14 до 18 лет, 13 девушек и 1 юноша, наносящие себе порезы. Интервью, с разрешения участников было записано на диктофон и все интервью были расшифрованы.

Проведенное нами исследование показало, что первые порезы наносятся в подростковом возрасте, чаще в 13-15 лет. Большая часть респондентов сообщили, что встречали такое поведение до того, как впервые попробовали. Часто самопорезы сопровождаются другими видами самоповреждения, обычно самоожогами.

Первые порезы подростками, в большинстве случаев, наносятся в ситуации негативных эмоциональных переживаний, однако бывают случаи, когда это просто экспериментирование. Даже если в первый раз самопорезы наносились как проба (по описаниям респондентов), то последующие эпизоды были следствием негативных эмоциональных состояний. Самыми распространенными причинами негативных переживаний, приводящих к самопорезам, были:

- ссоры с родителями, попытка привлечь их внимание, алкоголизм и насилие с их стороны и непоследовательность в воспитании;
- конфликтные отношения со сверстниками, оскорбления или отсутствие понимания с их стороны;
- проблемы в личной жизни, неудачи в романтических отношениях;
- проблемы в школе, в том числе негативный опыт обращения к школьному психологу;
- неприятие себя, переживания из-за своей внешности, недостаточного интеллекта, когда порезы могут наноситься с целью наказать себя. Отмечен случай нанесения себе порезов под воздействием алкоголя и наркотиков.

Также, были сообщения о беспричинных эпизодах самоповреждения, «по привычке».

В основном подростки описывают свое состояние как резко негативное, «истерика», «боль», «нет другого выхода». Самопорезы дают возможность контроля над своим состоянием; самоповреждение случается как разрядка накапливающейся эмоциональной боли.

Половина испытуемых сообщает о «привычке», «зависимости» от самопорезов. Сообщения о суицидальных целях отрицается.

Отказ от самоповреждения связан с творческими занятиями, поддержку в прекращении такого поведения оказывают близкие люди, которым можно высказаться. Упомянут единичный случай, когда помощь была найдена в Интернете. Продолжение самоповреждающего поведения объясняется внешними обстоятельствами.

Предполагаемая помощь связана с поддержкой со стороны близких взрослых. Но участие взрослых может оказаться и травмирующим.

Опыт участия в группах про самоповреждение в Интернете чаще оценивается как негативный.

Стратегии профилактики суицидов у подростков в современной культуре

Олешкевич В.И.¹, Печникова Л.С.², Мазур А.Г.¹, Вишневецкая О.П.¹

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ»,

² МГУ имени М.В.Ломоносова,

г. Москва

Одной из причин, способствующих самоповреждающему поведению и суицидам у подростков, является предоставленность их самим себе, когда их жизнь не заполняется интересными делами, активной деятельностью помимо занятий, непосредственно связанных с их учебной деятельностью. В таком случае решением проблемы профилактики и реабилитации возможных суицидов у подростков будет организация их занятости в различных кружках, спортивных секциях и т. п. Желательно бесплатных. Такой подход можно назвать специфической терапией занятостью подростков. В таком подходе к профилактике суицидов (и не только, конечно, их) у подростков ставится задача через максимальную занятость быстро проскочить этот опасный и болезненный возраст, когда, погружаясь в интересные и привлекательные для него деятельности, он смог бы, незаметно для себя и безболезненно для своего непосредственного самочувствия, миновать болезненные состояния подросткового возраста.

Извне это действительно выглядит как терапия занятостью. Вопрос здесь только в том, как такую занятость в данном случае организовать? Это задача школы и других образовательных учреждений. Речь идет о занятиях, отличных от обычных учебных занятий, о различных внеклассных и внешкольных занятиях, мероприятиях, кружках, клубах по интересам и пр. Но все это должно и как-то пропагандироваться внутри некоторых значимых для подростков ценностей и идеологий. А задача педагогов здесь состоит в том, чтобы найти у подростка соответствующие интересы и заинтересовать его некоторым делом, лучше, конечно, общественно-полезным. Для этого педагоги должны открыть или сформировать у подростков определенные идентификации, которые будут инициировать у них соответствующую активность, побуждать их к деятельности.

Но проблема обострения современного кризиса в подростковом возрасте только отчасти может решаться организацией социальной активности и предметной занятости подростков. Благодаря такой занятости и активной включенности в широкий спектр деятельностей, подросток действительно легче может проскочить и проще пережить многие проблемы своего возраста. И все же такая стратегия может не решать основную проблему подросткового возраста – проблему самоидентификации, поиска собственной идентичности. А если эта проблема не решена, то она будет проявлять себя позднее, будет оставаться актуальной в позднейших возрастных периодах.

Сегодня проблема идентичности особенно актуальна, поскольку наша культура становится все более интровертированной. Она предоставляет очень широкое поле для организации идентификации и самый разнообразный диапазон образцов для

идентификации, а ценность идентичности и задача найти себя в современной жизни остро переживается у современных подростков.

Эта проблема не нова для западной культуры. На ее решение в ней даже отводилось определенное время, и культура предоставляла даже некоторый мораторий в выборе своего жизненного пути для молодых людей в некоторых социальных стратах [1]. Эти процессы и осознавались в терминах близких идентичности. У нас в советское время эти явления тоже существовали, хотя и в урезанных и сжатых формах. Эту проблему с разных сторон обсуждали З. Фрейд, А. Адлер, А. Фрейд, К. Г. Юнг, К. Роджерс, Э. Эриксон и др. Она также активно разрабатывалась в западной психотерапии.

Сегодня особенно актуальной в нашей стране является задача организации построения идентичности у подростков, адекватной современным задачам культуры. Это задача культуры, но ее можно решить через формирование особой психологической культуры самосознания и самоидентификации. Сюда должны быть включены ценности самоидентификации, поиска идентичности, ценность самоактуализации и др. С нашей точки зрения, эту проблематику организации развития подростков, которую в свое время поднял Э. Эриксон, нужно связать и дополнить проблематикой подростковой самости, ведь только актуализация настоящей самости, гармонизация ее развития как раз и дают подростку ту энергию, которая обеспечивает его аутентичное развитие. А это означает, что такая культура – это культура коммуникации, самосознания, самоактуализации, задающая культурное пространство для утверждения и развития не только идентичности подростка, но и его уникальности и индивидуальной самости.

Поскольку для формирования полноценной самости и идентичности подростка необходима деятельность, проверяющая, утверждающая и подкрепляющая принятую идентификацию, то эта культура должна содержать и социальное пространство для испытания подростком своей самости, идентичности и утверждения их перед сверстниками и значимыми взрослыми. Явления испытания наблюдаются широко, но чаще в деформированном и ущербном виде встречаются в повседневной жизни подростков и в подростковых субкультурах. Сегодня эти явления чаще встречаются именно как культурно неорганизованные, в недавние времена в более организованном виде их содержал институт службы в армии, теперь их чаще можно встретить в подростковых субкультурах скорее контркультурной направленности. Задача же состоит в культурном овладении этими явлениями культуры и элементами подростковой психотехнической культуры и превращении их в культурные средства перевода подростков в полноценное взрослое состояние сознания.

Формирование и рост такой культуры должны опираться, с одной стороны, на анализ всего опыта западной психотерапии и западной культуры, а с другой стороны, на анализ и интеграцию опыта российской культуры. И такая культура может стать полноценной психотехнической культурой производства идентичности подрастающего поколения в России. При построении такой культуры важно извлечь как позитивный, так и негативный опыт из анализа системы советского воспитания в школе и других воспитательных учреждениях. На основе такого анализа и проектирования могут быть

спроектированы современные, релевантные задачам современной российской культуры структуры перевода ребенка из состояния детства в состояние взрослости.

Факторы суицидального риска у студентов первого курса ГМУ г. Семей, приводящие к психологической дезадаптации

*Оспанова Н.Н., Алтыбаева Г.К., Молдагалиев Т.М., Сарсембина Ж.Д.,
Бураханова Г.К., Калиева А.А.*

«Государственный медицинский университет г. Семей» МЗ РК,
г. Семей, Республика Казахстан

Введение. Казахстан продолжает оставаться одной из стран, где процент совершения самоубийств наиболее высок. Особенно актуальна на сегодняшний день проблема молодежного суицида. Подверженность психологическим стрессам, в том числе связанными с необходимостью адаптации к новым академическим условиям, является одним из факторов риска суицидального поведения.

РК продолжает оставаться одной из стран, где процент совершения самоубийств остается высоким. Число суицидов среди общего населения в нашей стране, по данным ВОЗ составляет 23,8 на 100 000: из них среди мужчин – 40,6, женщин – 9,3 [Suicide rates, data by country - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en] (дата обращения 16.03.17)].

Являясь признаком аутодеструктивного поведения, суицид проявляется в любом возрасте. Однако, необходимо отметить, что данный феномен наиболее актуален для молодежи, что доказывают данные статистики [Bursztein С., Apter А.. Curr. Adolescent suicide // Opin Psychiatry. 2009. №22. Р 1-6.]. Так, в 2012 году самоубийства среди лиц от 15 до 29 лет вышли на второе место в группе предотвратимых смертей в мировом масштабе [World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014. Р. 2-4.]. Среди факторов, способствующих суицидальному поведению особенно актуальными для данной возрастной группы остаются проблемы адаптации, которые особенно остро возникают при сменесоциального статуса молодежи. Как одно из проявлений в изменении жизненных стереотипов, следует упомянуть момент начала учебы в ВУЗе. Данный период всегда является новой стадией жизненного цикла для студента. Это связано не только со сменой места жительства, но и дефицитом социальной и эмоциональной поддержки молодого человека [Алтынбеков С.А., Негай Н.А., Скляр С.В. Эпидемиологическое исследование суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Развитие общественно-ориентированной психиатрии», Алматы, 8-9 октября, 2015 год.С. 11-21.].

Принимая во внимание большую социальную значимость проблемы суицидов среди подростков и молодежи, а также учитывая необходимость прикладного исследования рисков аутодеструктивного поведения у учащейся молодежи, нами проведено исследование, цель которого заключалась в динамической оценке суицидального риска у студентов первого курса медицинского ВУЗа в процессе их адаптации к условиям обучения.

Проведена панельная двухволновая оценка суицидального риска, в том числе высокого, среди 553 студентов трех факультетов медицинского университета. В качестве психометрического инструмента использована Шкала суицидальности Пейкеля. Динамика суицидального риска оценивалась за 9 месячный период. Используются методы описательной (расчет среднего и стандартного отклонения, долей и их 95% доверительных интервалов) и сравнительной статистики (метод Мак-Немара для парных выборок и критерий хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера, критерий Манна-Уитни для непарных выборок). Для статистических расчетов использована программа IBMSPSS Statistic (Версия 20).

Мы намеренно подвергли детальной оценке результаты начала учебного года, для того, чтобы получить математическое и статистическое обоснование для формулирования рекомендаций по превенциям суицидов и коррекции психосоциальной дезадаптации студентов с первых дней их учебы в ГМУ г. Семей.

При вычислении OR мы определяли насколько тот или иной фактор влияет на заранее заданный исход. В качестве исхода мы определили возникновение суицидального риска. Математические расчеты строились с помощью четырехпольных таблиц. Для оценки статистической значимости выявленной связи между исходом и фактором мы рассчитывали 95% ДИ. Связь считалась значимой, только если 95% ДИ не включал в свои значения «единицу».

В Таблице 1 приведены результаты расчета OR для показателей: жизненные события, хронические заболевания и пол. Согласно данным анализа шанс возникновения суицидального риска среди девушек в 2,56 раз выше, чем у парней. Аналогичным способом, шанс суицидального риска был выше среди студентов с хроническим заболеванием. Среди факторов психогенного стресса, сопряженных с повышенным шансом суицидального риска, следует выделить: провал экзамена, потеря любимого животного, разрыв отношений с подругой или другом, мелкие ссоры с родителями, неуспеваемость по предметам, проблемы из-за угрей, избыточного веса и даже появление новых друзей.

Риск совершения суицида среди учащихся является актуальной проблемой во всем мире. Среди всего разнообразия факторов наиболее универсальными являются те, которые связаны с нарушением психосоциальной адаптации.

Исследования оценки суицидальных рисков была построена на прямой скрининговой оценке с помощью шкалы суицидальности Пейкеля. В ходе анализа выявлено, что 8,5% студентов демонстрировали суицидальный риск, из которых 2,7% имели высокий суицидальный риск. В динамике регистрировалось снижение частоты суицидального риска (3,6%), редукция высокого риска (1,4%) не была статистически значимой. Кроме того, исследуемая выборка имела неравномерное распределение риска по половому признаку. Студентки обнаружили большую уязвимость по суицидальности.

При оценке шансов возникновения суицидального риска в различных подгруппах итоговой выборки были выявлены ключевые факторы, связанные с вероятностью совершения самоубийства. Среди них выделялись: женский пол, наличие хронического заболевания, симптомы интернет-зависимости, отдельные стрессогенные события (провал

экзамена, потеря любимого животного, разрыв отношения с другом/подругой, неуспеваемость по предметам, мелкие проблемы с родителями, проблемы из-за угрей, избыточного веса, появление новых друзей). Среди показателей психического статуса связь между степенью депрессии, тревоги и вероятностью суицидального риска также подтверждена статистически.

Таблица 1

Переменная	Суицидальный риск есть		Суицидального риска нет		OR	95% ДИ
	Абс. число	%	Абс. число	%		
Женский пол (N=371)	39	10,5	332	89,5	2,56	1,17; 5,59
Хроническое заболевание (N=185)	22	11,89	163	88,11	1,85	1,01; 3,83
Кончина близкого члена семьи (N=14)	3	21,42	11	78,58	3,07	0,83; 11,41
Провал экзамена (N=47)	4	8,5	43	91,5	15,6	3,38; 71,96
Потеря любимого животного (N=18)	4	22,22	14	77,78	3,27	1,03; 10,37
Утрата временной и почасовой трудоспособности (N=9)	2	0,22	7	77,78	3,17	0,64; 15,71
Разрыв отношений с другом/подругой (N=45)	12	26,67	33	73,33	4,91	2,33; 10,35
Отказ от посещения ВУЗа (N=5)	1	20	4	80	2,73	0,3; 24,92
Рождение ребенка (N=4)	1	25	3	75	3,65	0,37; 35,75
Начало свиданий (N=74)	7	9,46	67	90,54	1,15	0,49; 2,66
Появление новых друзей (N=307)	29	9,45	278	89,97	1,32	0,72; 2,44
Проблемы с педагогами (N=22)	3	13,64	19	86,36	1,75	0,5; 6,14
Начало менструаций (N=31)*	4	12,9	27	87,1	1,29	0,43; 3,91
Начало учебы на новом месте (N=209)	19	9,1	190	90,1	1,13	0,62; 2,08
Перемены во внешности (очки, скобы) (N=23)	3	13,1	20	86,9	1,66	0,47; 5,8
Неуспеваемость по предметам (N=89)	19	21,35	70	78,65	4,23	2,24; 7,98
Мелкие проблемы с родителями (N=21)	5	23,81	16	76,19	3,65	1,27; 10,44
Проблемы из-за угрей, избыточного веса (N=55)	16	29,1	39	70,9	6,18	3,11; 12,27
Потеря работы родителями (N=5)	1	20	4	80	2,72	0,3; 24,92
Тяжелая болезнь или травма (N=6)	1	16,67	5	83,33	2,18	0,25; 19,04
Тяжелая болезнь родственника (N=16)	3	18,75	13	81,25	2,59	0,71; 9,42
Ссоры с братом/сестрой (N=8)	2	25	6	75	3,7	0,73; 18,89
Появление новых друзей (N=8)	3	37,5	5	62,5	6,83	1,58; 29,54
Переживание очень опасной ситуации (N=8)	2	25	6	75	3,7	0,73; 18,89

Опыт проведения скрининга факторов риска суицидального поведения обучающихся в образовательных организациях города Москвы

Павлова Т.С.¹, Банников Г.С.^{1,2}, Вихристюк О.В.¹

¹ Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО МГППУ,

² МНИИП – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва

С 2013 года Центром экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО МГППУ ведется разработка программного продукта для выявления признаков социально-психологической дезадаптации и риска суицидального поведения у обучающихся среднего и старшего школьного возраста. За период с сентября 2013 г. по октябрь 2017 г. в мониторинге всего приняли участие более 2500 обучающихся 7-11 классов (Москва).

Цель мониторинга: первичное выявление обучающихся «группы риска» по развитию суицидального и самоповреждающего поведения. Основной задачей мониторинга является выявление обучающихся «группы риска» на этапе первичной профилактики суицидального поведения с помощью неспецифических вопросов. В основе диагностического комплекса «Мониторинг риска развития суицидального и самоповреждающего поведения» заложены ключевые психологические факторы, повышающие риск развития самоповреждающего и суицидального поведения, выявленные в результате предварительного анализа отечественных и зарубежных исследований. К данным факторам были отнесены: высокий уровень безнадежности и негативный образ будущего, симптомы депрессии, субъективное переживание одиночества, враждебность и агрессия, импульсивность и эмоциональная нестабильность, эмоционально-сфокусированный и избегающий стили совладания. Дополнительно оцениваются наличие фактов самоповреждений, травматического опыта последних 6 месяцев и социально-демографические данные.

Обследование проводится в два этапа: фронтальное тестирование и индивидуальное обследование обучающихся «группы риска».

1 этап: Тестирование проводится очно, фронтально, в электронном виде с помощью программного продукта «Мониторинг риска развития суицидального и самоповреждающего поведения у обучающихся». В скрининг входят следующие методики: Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck), Шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Рассел), Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Buss, М.Р. Perry), Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ), Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Nuler, 1987), Опросник способов совладания R. Lazarus и S. Folkman (WOCQ), Шкала семейной гибкости и сплоченности (FACES-5, Д. Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптация М. Перри). Обследуемым мониторинг представляется как плановая оценка их настроения и психологического благополучия. Данные через специальную форму (обезличенные, без персональных данных) оперативно поступают специалистам

ЦЭПП, автоматически обработанные с выделением предположительной «группы риска». Группа риска выделяется на основании ключевых вопросов – отдельных вопросов методик, показавших различия между группой испытуемых с самоповреждающим поведением и группой без него. По результатам проведенных тестирований в среднем в группу риска попадает около 20-25% обследованных.

2 этап: Специалистами ЦЭПП (психолог, клинический психолог, психиатр) проводится диагностическая беседа с обучающимися «предварительной группы риска», а также с другими обучающимися, желающими получить обратную связь по результатам тестирования. По результатам диагностических интервью подтверждается или опровергается принадлежность опрошенных к «группе риска». Из общего числа обучающихся, прошедших очное индивидуальное диагностическое интервью, в среднем у 20 % подтверждается наличие *актуального* риска развития суицидального и/или самоповреждающего поведения, 50 % остаются в группе *потенциального* риска, у 30 % наличие риска не подтверждается.

Дальнейшее психолого-социальное сопровождение может включать: 1) оповещение родителей о наличии риска развития суицидального поведения и рекомендации по направлению в медицинские организации; 2) составление индивидуального плана психолого-педагогического сопровождения ребенка (совместно со специалистами школьной психологической службы); 3) консультирование обучающегося в составе семьи на базе ЦЭПП; 4) методическая поддержка педагога-психолога школы, в том числе супервизия сложных случаев специалистами ЦЭПП.

По опыту проведения скрининга подготовлены «Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций по диагностике факторов риска развития кризисных состояний с суицидальными тенденциями у обучающихся 7-11 классов» под редакцией О.В. Вихристюк (2017 г.)

Нейропсихологические корреляты суицидальной уязвимости подростков

Палаева Р.И.¹, Константинова К.С.¹, Обьедкова О.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»,
г. Оренбург

Введение. Согласно данным Следственного комитета РФ по Оренбургской области за период с 2012 по апрель 2017 года, в Оренбургской области несовершеннолетними совершено 81 суицид и 316 суицидальных попыток (СП), при этом имеет место негативная тенденция роста СП в 2017 году (36 попыток в 2016 году за период январь-апрель, 44 попытки в 2017 году за аналогичный период). Появляется всё больше данных о связи уязвимости к суицидальному поведению и изменений мозговой деятельности, которые выявляются в том числе и нейропсихологическими (НП) методами. Корреляционные исследования показывают, что подростки-суициденты имеют НП изменения, связанные с решением проблем и бегства от их решения, контролем и регуляцией как внутренней деятельности, так и, социального взаимодействия.

Цель исследования: выявить НП корреляты суицидальной уязвимости подростков.

Материалы и методы. Методикой ВАС-А исследованы 22 пациента в возрасте от 13 до 17 лет, поступивших с СП в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»; в отделении выставлен диагноз – расстройство адаптации по МКБ-10. Методика краткой оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах ВАС-А представляет собой блок лицензионных методик НП тестирования, разработанного Duke University (USA) и валидизированного на российской выборке. Статистическая обработка включала расчёт среднего значения и стандартного отклонения, непараметрический критерий г- Спирмена для выявления статистически значимых взаимосвязей между полученными данными (STATISTICA 7 for Windows). Статистически значимыми принимались значения при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Пациенты продемонстрировали заметное снижение по большинству изученных когнитивных параметров. Анализ средних значений по выборке в целом показал, что хуже всего подростки справляются с заданиями на аффективный контроль (тест аффективной интерференции, тест подавления эмоций) (ср. знач. $12,25 \pm 4,86$, $13,37 \pm 4,76$, соответственно), на проблемно-решающее поведение (тест «башня Лондона») (ср. знач. – $22,65 \pm 6,78$), на оперативную память (ср. знач. $27,87 \pm 4,76$). Выявленные данные позволяют связать нарушения социального поведения подростков, совершивших СП, и определенный дефицит когнитивного функционирования. Нарушение аффективного контроля у подростков с СП проявляется затруднениями эмоционального реагирования на жизненные события социально приемлемым образом, сохраняя достаточную гибкость, чтобы допускать спонтанные реакции, но откладывать их в случае необходимости. Эмоциональная саморегуляция принадлежит к более широкому классу

процессов регуляции эмоций, включающих как контроль над собственными чувствами, так и воздействие на чувства других людей в процессе межличностного общения и является необходимым условием для социализации и зависит как от культуры общества, так и от социального контекста ситуации. Под воздействием стрессовых обстоятельств подросткам с СП становится сложно принять адаптивное решение с помощью осознанных действий. Нарушается процесс планирования, который является одним из ключевых аспектов исполнительного функционирования, необходимый при решении новых задач, что включает в себя определение, организацию и интеграцию поведения. Дефицит рабочей памяти проявляется в снижении способности «держать в уме» небольшие фрагменты информации, необходимые для сиюминутной мыслительной деятельности, например, для решения логической задачи или осознания сложной информации.

Корреляционный анализ выявил множество статистически значимых взаимосвязей между субтестами ВАС-А. Обнаружены прямые достоверные связи слуховой памяти со скоростью обработки информации ($r=0,45$, $p<0,05$), с суммой аффективно окрашенных слов ($r=0,48$, $p<0,05$), с суммой нейтральных слов ($r=0,47$, $p<0,05$). Речевая беглость имеет прямую статистически значимую связь с шифровкой ($r=0,52$, $p<0,05$), рабочей памятью ($r=0,60$, $p<0,05$), проблемно-решающим поведением ($r=0,46$, $p<0,05$), суммой аффективно-окрашенных слов ($r=0,50$, $p<0,05$), аффективной интерференцией без эмоциональной окраски ($r=0,61$, $p<0,05$), аффективной интерференцией с эмоциональной окраской ($r=0,50$, $p<0,05$), отсроченным воспроизведением с эмоциональной окраской ($r=0,64$, $p<0,05$), тестом Струпа слова с эмоциональной окраской ($r=0,72$, $p<0,05$), тестом Струпа нейтральные черно-белые слова ($r=0,66$, $p<0,05$). Выявлены достоверные прямые связи рабочей памяти с проблемно-решающим поведением ($r=0,52$, $p<0,05$), тестом цветной Струп ($r=0,75$, $p<0,05$). Исполнительные функции подростков с СП тесно и достоверно взаимосвязаны с аффективным контролем. Чем хуже речевая беглость, концентрация, распределение, переключение внимания, тем ниже скорость формирования новых навыков, необходимых для поиска решений жизненных проблем. А это, в свою очередь, напрямую связано со способностью быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, подавляя эмоции, используя, так называемый гибкий стиль когнитивного мышления. Использование подростками ригидного когнитивного стиля в стрессовых ситуациях приводит к самоповреждениям, к СП.

Закключение. Результаты исследования когнитивных функций подростков с СП выявили достоверные взаимосвязи между суицидальным поведением, когнитивным дефицитом и аффективным регулированием. Наиболее выраженными среди подростков с СП были нарушения аффективной интерференции, подавления эмоций, проблемно-решающего поведения, оперативной памяти. Полученные в ходе нашего исследования НП особенности суицидального поведения подростков позволят в дальнейшем обозначить новые группы риска по указанной патологии.

К вопросу о роли «групп смерти» в мотивах суицидального поведения подростков – пациентов психиатрической клиники

Панкова О.Ф., Смирнов И.И., Мозговой С.А.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ,
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
г. Москва

Введение. Одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии продолжают оставаться суициды детско-подросткового возраста. Отмечаемая низкая эффективность профилактических мероприятий в данной области многими исследователями объясняется недостаточностью знаний о природе и механизмах суицидального поведения этой категории населения. Весной 2017 г., как на уровне официальных органов (силовики, законодатели, представители ряда министерств, детский омбудсмен), так и в СМИ, активно обсуждалась подготовка закона об усилении уголовной ответственности за доведение до самоубийства, склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства и организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства, в том числе посредством использования информационно-телекоммуникационных сетей общего пользования. Данный закон был принят в июле. Участники обсуждений пришли к выводу, что рост суицидов спровоцировали так называемые «группы смерти» в социальных сетях и опасные массовые игры.

Целью настоящего исследования явилось изучение увлечения социальными сетями и посещения «групп смерти» среди пациентов НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, поступивших в порядке неотложной помощи на стационарное лечение в связи суицидальным поведением в апреле-июне т.г. (пик активности освещения темы в СМИ) и июле-сентябре, когда закон был принят.

Общее число госпитализированных апреле-июне 176 чел. и 147 чел. в июле-сентябре сопоставимо с количеством пациентов данного профиля аналогичного периода предыдущего 2016 г. Две трети пациентов этих групп составляли девочки-подростки. Суицидальные проявления были представлены: шантажными суицидальными высказываниями и угрозами (26,1% и 25,8%), шантажными угрозами, подкрепленными суицидальными действиями (19,8% и 23,8%), суицидальными попытками, совершенными в состоянии аффекта (3% и 8,1%), суицидальными идеациями (мыслями о самоубийстве) - 40,9% и 35,5%, истинными суицидальными попытками (10,2% и 6,8%).

Среди 176 пациентов, находившихся в стационаре в апреле-июне, использование структурированного интервью выявило осведомленность о сайтах, посвященных суицидам, и интерес к обсуждению связанных с ними проблем у 22 пациентов (12,5%). Двенадцать из них заявили о безразличном отношении к ним или высказали осуждение. Проявление интереса к так называемым «группам смерти» («синие киты») и активность в социальных сетях были выявлены лишь у 10 пациентов (5,7%) – восемь девочек и два

мальчика, средний возраст 14 с половиной лет. Характер осведомленности и выраженность интереса, источники информации выяснялись как со слов самих пациентов в процессе целенаправленных бесед, так и в процессе наблюдения в отделении, а также по информации, полученной от родственников пациентов, других пациентов. В качестве основных источников информации пациентами были названы: сверстники (40,9%), педагоги и родители (27,4%), социальные сети (22,7%), СМИ (9%). Вступили или пытались вступить в «группы смерти», выполняя задания их руководителей, 6 девочек. В качестве мотивации они указывали желание завоевать популярность среди друзей и знакомых и «быть в тренде» (2 чел.), «просто интерес к игре», «от скуки», так как «обещали, что будет весело» (2 чел.), «тренировку смелости» (1 чел.), интерес к скоропостижной смерти (1 чел.), «для того, чтобы пропала тоска» (1 чел.). При этом все пациенты отрицали наличие у себя истинного намерения умереть, участвуя в игре. Трое пациентов старшего подросткового возраста - два мальчика и одна девочка в беседах позиционировали себя в качестве «борцов с группами смерти» в сети, выполняя задания, в качестве своей цели при этом ставили «разоблачение кураторов сайтов». Основные диагнозы, с которыми эти пациенты наблюдались и лечились в стационаре, относились к пограничным состояниям, чаще всего обозначаемым шифром F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте и расстройства адаптации (F43). В трех наблюдениях был выставлен диагноз шизоаффективного расстройства (F25). Для более углубленного исследования психического состояния пациентов у 35 из них нами были использованы модифицированный опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста и тест Кеттла. Статистический анализ полученных результатов в группе пациентов, проявивших интерес к сайтам, посвященным суицидам (10 чел.), и такого интереса не проявивших (25 чел.), не выявил статистически значимых различий по критерию Манна-Уитни.

У пациентов, находившихся в стационаре в июле-сентябре интернет-активность, связанная с «группами смерти», выявилась лишь в 4 случаях (2,7%). Во всех случаях имела место серьезная психопатология – в трех наблюдениях расстройства шизофренического спектра, в одном – депрессивный эпизод тяжелой степени.

Заключение. Проведенное на пике всплеска общественного внимания изучение возможного негативного влияния на рост суицидальных тенденций у детей и подростков интернет-контента (сетевых «групп смерти») у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы, причиной госпитализации которых явилось суицидальное поведение, не выявило статистически значимой связи. К особенностям суицидального поведения в детском и подростковом возрасте следует отнести многообразие его внешних проявлений, сложное, подчас противоречивое переплетение явных и скрытых мотивов, а также механизмов формирования и путей реализации, что требует тщательного психологического и клинико-психопатологического анализа при диагностике и оказании помощи данному контингенту пациентов. Участие подростков в «группах смерти» в социальных сетях использовалось как игра для заполнения скуки и пустоты, как возможность «быть в тренде», а также как один из инструментов манипулятивного

поведения. Вместе с тем, нельзя игнорировать возможную триггерную роль социальных сетей в формировании у подростков суицидальных тенденций с учетом незрелости и лабильности их психики.

Нарушения эмоциональной регуляции как фактор риска самоповреждения у подростков

Польская Н.А.

ФГБОУ ВО «МГППУ»,
г. Москва

Самоповреждение среди подростков достаточно распространенная и острая проблема, изучение которой имеет важное значение как для выявления ранних симптомов суицидального риска, так и для психологической и психотерапевтической помощи подросткам. В клинике детской психопатологии самоповреждения нередко связываются с депрессивными эпизодами разной степени тяжести, расстройствами поведения и социального функционирования. Фактор нарушений эмоциональной регуляции как в клинической, так и неклинической популяции рассматривается исследователями в связи с самоповреждающим поведением.

Эффективная эмоциональная регуляция зависит от ряда факторов. Это и высокая способность к распознаванию и управлению эмоциями (зрелый эмоциональный интеллект), и умение понимать как собственный эмоциональный опыт, так и переживания других людей (высокая ментализация), и когнитивно-личностные способности, связанные с совладанием в ситуации стресса (адаптивные копинги). При нарушениях психического развития, а также в результате стрессовых воздействий и психической травматизации наблюдаются нарушения эмоциональной регуляции в разных формах как на уровне способности к распознаванию и управлению эмоциями и собственным поведением, так и на уровне идентификации чувств, переживаний и поведения других людей.

В данном сообщении будут представлены результаты исследования взаимосвязи нарушений эмоциональной регуляции и самоповреждающего поведения в неклинической популяции подростков – учащихся средних общеобразовательных школ Москвы и Подмосковья.

Выборка. Всего в исследовании приняло участие 108 человек, из них 58 девушек (53,7%) и 50 юношей (46,3%) в возрасте 14–17 лет ($M_{\text{возр}}=15,35 \pm 1,06$).

Методики. Оценка самоповреждающего поведения и нарушений эмоциональной регуляции осуществлялась с помощью «Опросника эмоциональной дисрегуляции» (Польская, Разваляева, 2017), «Опросника когнитивной регуляции эмоций» (Расказова, Леонова, Плужников, 2011), «Шкалы причин самоповреждающего поведения» (Польская, 2017).

«Опросник эмоциональной дисрегуляции» представляет собой шкалу самоотчета и нацелен на изучение факторов эмоциональной дисрегуляции: руминации, избегания и трудностей ментализации. «Опросник когнитивной регуляции эмоций» позволяет выделить эффективные (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка, рассмотрение в перспективе) и деструктивные (самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других) стратегии регуляции

эмоций. «Шкала причин самоповреждающего поведения» позволяет выявить способы самоповреждения (инструментальный и соматический) и стратегии самоповреждающего поведения (восстановление контроля над эмоциями, воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя и поиск нового опыта).

Статистический анализ данных осуществлялся на базе SPSS-22 с использованием корреляционного анализа (коэффициент Спирмена), регрессионного анализа (линейная регрессия).

Результаты.

1. Были выявлены статистически значимые взаимосвязи между: инструментальными самоповреждениями и когнитивными стратегиями регуляции эмоций: принятие ($r_s = 0,4$, $p=0,03$), руминация ($r_s = 0,53$, $p=0,002$), катастрофизация ($r_s = 0,44$, $p=0,01$); соматическими самоповреждениями и когнитивной стратегией регуляции эмоций – обвинение ($r_s = 0,4$, $p=0,03$).

2. Также были выявлены взаимосвязи между способами, стратегиями самоповреждающего поведения и шкалами опросника эмоциональной дисрегуляции (табл. 1).

3. Регрессионный анализ позволил выделить предиктор инструментальных и соматических самоповреждений – нарушение эмоциональной регуляции в форме избегания (табл. 2).

Обсуждение. Согласно полученным результатам, две стратегии самоповреждающего поведения – воздействие на других и избавление от напряжения взаимосвязаны со шкалами эмоциональной дисрегуляцией – руминацией и избеганием. Руминация обусловлена ригидностью аффективных реакций, влияющих на общую модальность эмоций, их устойчивость и цикличность – это постоянное возвращение к душевной боли. Избегание означает отказ от переживаний, обладающих высоким аффективным зарядом и сопровождающихся острыми болезненными эмоциями. Поддержание и одновременный отказ от невыносимых эмоций реализуется в стратегиях самоповреждающего поведения. Самоповреждения оказываются и своеобразным способом коммуникации, способом рассказать о своей душевной боли, и одновременно способом избежать ее через боль физическую.

Полученные взаимосвязи всех трех шкал эмоциональной дисрегуляции с инструментальными и соматическими самоповреждениями, а также их взаимосвязи с когнитивными стратегиями регуляции эмоций – принятием, катастрофизацией, обвинением, руминацией – подчеркивают безусловно деструктивный и дисфункциональный характер самоповреждающего поведения – самоповреждения сопряжены с нарастающим напряжением, интенсивностью и общей негативной окраской эмоций и чувств.

Выявленный в рамках регрессионной модели один значимый предиктор самоповреждающего поведения – избегание, согласуется с близкими по тематике исследованиями. И хотя возможность экстраполяции полученных данных ограничена (прежде всего из-за небольшой по объему выборки), мы можем говорить о влиянии нарушений эмоциональной регуляции (как минимум избегания) на риск

самоповреждения, особенно если речь идет о подростковом возрасте, являющимся кризисным периодом развития. Тем не менее, теоретически мы полагаем, что не только избегание, но и руминация, и трудности ментализации имеют достаточно высокий предсказательный потенциал риска самоповреждения. Но здесь серьезную роль играет не только количественные, но и качественные характеристики выборки (например, возрастные, гендерные, этнические, социальные, клинические и др.).

Выводы. Таким образом, согласно результатам исследования, ведущим фактором риска самоповреждающего поведения у подростков из неклинической популяции выступает фактор избегания переживания, что означает отказ от определенного опыта, сопряженного с эмоциональной болью. Следовательно работа с избеганием, подразумевающая обучение навыкам распознавания, понимания, модуляции эмоциогенных переживаний и их интеграцию в опыт повседневной жизни подростка может сыграть роль эффективного протектора в предотвращении самоповреждений.

Исследование поддержано РФФИ, проект №16-06-01098

Таблица 1. Взаимосвязь опросника эмоциональной дисрегуляции со шкалой причин самоповреждающего поведения

Опросник эмоциональной дисрегуляции	Шкала причин самоповреждающего поведения			
	Инструментальные самоповреждения	Соматические самоповреждения	Воздействие на других	Избавление от напряжения
Руминация	0,57**	0,42*	0,5*	0,4*
Трудности ментализации	0,54**	0,45**	0,6**	0,47*
Избегание	0,49**	0,49**	-	-

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Таблица 2. Регрессионная модель инструментальных и соматических самоповреждений

Зависимая переменная	Предикторы	Параметры модели			Уровень значимости по t-критерию
		Коэффициент множественной корреляции – R	Коэффициент множественной детерминации R ²	β	
Инструментальные самоповреждения	Руминация	0,635	0,596	0,220	0,347
	Трудности ментализации			-0,292	0,296
	Избегание			0,858	0,000
Соматические самоповреждения	Руминация	0,646	0,417	-0,105	0,735
	Трудности ментализации			0,092	0,793
	Избегание			0,650	0,026

Факторы риска суицидальной активности подростков

Святогор М.В.

ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России,
г. Нижний Новгород

Актуальность. Во всем мире одной из ведущих причин смерти подростков является суицид. По данным Росстата в 2014 году коэффициент смертности от самоубийств для всех возрастов составил 18 на 100 тыс. населения. У подростков 15–19 лет он был еще выше – 20,1 на 100 тыс. Считается, что с 14–15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая пика к 16–19 годам [Н.А.Мазаева и соавт., 2016; P.Ferraro, 2014]. Студенты представляют особую группу подростков, поскольку им приходится адаптироваться к различным психосоциальным изменениям, справляться с высокими академическими и социальными требованиями при подготовке к своей профессиональной карьере.

Целью настоящего исследования явилось выделение факторов риска развития суицидального поведения у студентов 1 курса вуза.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 113 студентов (81 юноша и 32 девушки) 1 курса Волжского государственного университета водного транспорта в возрасте от 17 до 19 лет. Заполнялась анкета включающая социо-демографические, анамнестические сведения, раздел с вопросами о суицидальном поведении. Психодиагностическое исследование проводилось с использованием опросника депрессии Бека (BDI), шкалы суицидальных мыслей Бека (BSSI) и шкалы тревоги Спилберга-Ханина (STAI).

Результаты и обсуждение. Анализ отношения подростков к самоубийству показал, что 82,3% не допускали возможности совершения суицида, 14,2% не отрицали возможности самоубийства, причем 25% из них одобряли суицид как форму выхода из неразрешимой кризисной ситуации. Затруднились определить свое отношение к самоубийству 10,6% студентов. Подростки с несформированным отношением к суициду отнесены нами в группу риска совершения самоубийства, из-за отсутствия антисуицидального барьера личности. Одним из перспективных направлений профилактики суицидов в этой группе представляется выработка индивидуальных антисуицидальных личностных установок у подростков с недостаточно сформированной мотивацией к жизни.

Среди обследованных студентов 11,5% сообщили о попытке самоубийства близких родственников и друзей. Лица из ближайшего окружения подростков в 8,0% случаев совершили суицид с летальным исходом, а 3,5% – суицидальную попытку, не завершившуюся фатально. Еще 3,5% подростков не знали точно, но с большой долей вероятности предполагали, что их близкие совершили в прошлом попытку самоубийства, не приведшую к смерти. При изучении анамнестических данных, было установлено, что 97,3% подростков никогда не пытались покончить жизнь самоубийством, а 2,7% совершили минимум одну суицидальную попытку в прошлом. Полученные данные подтверждают, что сами суициденты и их окружение склонны скрывать аутоагрессивные поступки. В результате остаются нераскрытыми истинные причины и мотивы

суицидального поведения, что делает невозможным проведение лечебных и превентивных мероприятий в микросоциуме.

Мысли о совершении самоубийства в течение жизни присутствовали у 8,8% обследованных подростков. На момент опроса суицидальные мысли были выявлены у 13 студентов (11,5% от всех респондентов). Большинство из них (76,9%) ответили, что в настоящее время у них присутствуют мысли о самоубийстве, но они не допускают возможности суицида. При этом 23,1% подростков с актуальными суицидальными идеями утверждали, что у них есть желание покончить с собой. Недифференцированные антивитаальные переживания с амбивалентным отношением к собственной смерти присутствовали у 61,5% подростков. Пассивные суицидальные мысли и фантазии на тему своей смерти, но без конкретизации выявлены у двух респондентов. У одного юноши присутствовали суицидальные замыслы с частичной разработкой плана. Однако он отказался от суицидальных действий из-за отсутствия доступа к методу, который он выбрал для совершения самоубийства. Еще у двух человек суицидальные замыслы включали детальный план и написание суицидальной записки. Сдерживающими факторами для них послужили страх перед болью и смертью. Защитными факторами, удержавшими подростков от самоубийства, явились эмоциональная поддержка родственников и друзей, религиозные верования, затрудненный доступ к средствам совершения самоубийства, страх боли и смерти, чувство стыда и возможный вред для здоровья, если попытка не удастся. Даже наличие недифференцированных антивитаальных переживаний является серьезным предиктором самоубийства, поэтому наши усилия должны быть направлены на остановку суицидогенеза на любом этапе с максимальным использованием индивидуальных защитных ресурсов подростка.

Симптомы депрессии (10 и более баллов по шкале BDI) присутствовали у 76,9% студентов с суицидальными мыслями. У 46,2% была легкая степень депрессии, выраженная и тяжелая – у 30,8%. Тяжесть депрессии по BDI (средний балл $17,23 \pm 8,19$) имела слабые положительные корреляции с интенсивностью суицидальных мыслей по шкале BSSI ($r=+0,278$, $p=0,003$). Студенты, имевшие суицидальные мысли на момент опроса, показывали более высокие уровни реактивной ($48,85 \pm 12,27$ балла) и личностной ($51,23 \pm 11,17$ балла) тревожности по шкале STAI, по сравнению с лицами без суицидальных идей ($37,25 \pm 9,97$ и $41,55 \pm 9,52$ баллов, $p < 0,0001$). Подростки с суицидальными мыслями по сравнению с контрольной группой лиц, никогда не испытывавших мыслей о самоубийстве, чаще оценивали свое физическое здоровье как плохое ($p < 0,0001$), реже занимались спортом ($p=0,04$), чаще страдали соматическими заболеваниями ($p < 0,0001$). У них чаще выявлялась психопатологическая наследственная отягощенность ($p=0,002$), особенно шизофренией ($p < 0,0001$) и алкоголизмом ($p=0,001$); эпизоды психодезаптации в детстве ($p=0,009$), в том числе невротические ($p < 0,0001$) и органические ($p=0,009$) расстройства.

Выводы. Предикторы суицидального поведения у подростков отличны от таковых у взрослых и имеют свои особенности. Мы выделили индивидуальные, семейные, средовые и демографические факторы риска суицида и защитные факторы для

подростков, обучающихся в ВУЗе для разработки эффективных методов профилактики суицидального поведения среди студенческой молодежи.

Попытки суицида у детей и подростков: распространенность, психопатологическая почва, триггерные факторы

Смирнов И.И., Буромская Н.И., Дорина И.В., Панкова О.Ф

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
г. Москва

Анализ показателя госпитализаций несовершеннолетних с различными видами суицидальных проявлений показывает устойчивый рост за период с 2012 года по настоящее время. С 2014 по 2016 год отмечен ежегодный прирост числа пациентов с суицидальными проявлениями в среднем на 50%. Пациенты данной группы составляют в среднем около 60% от общего числа госпитализированных в порядке неотложной помощи.

Нами было проведено изучение клинико-эпидемиологических характеристик пациентов, госпитализированных в ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ после совершения суицидальных попыток, за период с января 2016 г. по сентябрь 2017 г. Выбор для исследования данного временного интервала связан с тем, что именно в этот период в данной клинике остался единственный стационар, оказывающий экстренную психиатрическую помощь детям и подросткам города Москвы. Данный факт позволил с большой степенью объективности рассмотреть особенности суицидального поведения в различных возрастных группах.

Всего за период с 1 января 2016 года по 30 сентября 2017 года были изучены истории болезни 1175 пациентов. Критерием включения являлось наличие указаний на те или иные виды суицидальной активности, явившейся основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Суицидальное поведение было представлено широким спектром проявлений: угрозы шантажно-манипулятивного характера – 282 случая (24%), шантажно-манипулятивные действия – 307 (26,1%), аффективные (без предварительной подготовки) суицидальные попытки – 56 (4,8%), устойчивые суицидальные идеации с их вербальным выражением – 428 (36,5%), истинные суицидальные попытки с отчетливым стремлением к достижению летального исхода – 102 (8,7%).

В 2016 году после суицидальных попыток было госпитализировано 82 пациента, за период с января по сентябрь 2017 года – 76 пациентов. Пациенты мужского пола составили 21,5% (n= 34), из которых в возрасте до 11 лет был 1 пациент, 12-14 лет – 11 пациентов, 15-17 лет – 22 пациента. Пациентов женского пола было 124 (78,5%): до 11 лет – 1 пациентка, 12-14 лет – 55, 15-17 лет – 68.

Из 158 суицидальных попыток 56 были совершены на фоне острой аффективной реакции, причем аутоагрессивные действия чаще совершались после достаточно короткого периода борьбы мотивов и подготовки, реже скорее носили импульсивный характер. В 48 из 56 случаев имела место однократная попытка, в 8 случаях подобные действия имели место в прошлом.

В 102 случаях суицидальным попыткам предшествовал достаточно продолжительный период, во время которого имела место внутренняя идеаторная проработка будущего суицидального поведения. 14 пациентов из 102 уже ранее совершали суицидальные попытки. В большинстве случаев предшествовавшие суицидальные мысли были сопряжены с аффективным состоянием пациентов. Спектр негативных переживаний варьировал от краткосрочных психогенно обусловленных реакций до затяжных состояний эмоционального спада. Непосредственной реализации суицидальных действия нередко способствовал значимый стрессогенный фактор, выступающий в качестве триггера. Клинически очерченные депрессивные состояния были выявлены у 120 (75,95%) пациентов. В ряде случаев депрессивные состояния были частью более сложных психопатологических синдромов.

Явные клинические признаки подострой или острой психотической симптоматики выявлены у 15 (9,5%) пациентов. При этом суицид у таких пациентов мог быть результатом влияния психопродуктивной симптоматики или являлся реакцией на болезненные изменения психики и связанные с ними трудности социализации.

Обращает на себя внимание рост числа пациентов (преимущественно из группы расстройств шизофренического спектра или с шизоидными чертами характера), для которых вследствие дизадаптации суицид становится крайней формой реагирования в стрессогенной ситуации. У больных с расстройствами шизофренического спектра (преимущественно из группы F21 – шизотипическое расстройство) часто имело место своеобразное мировоззрение и мировосприятие, касающееся вопросов жизни и смерти, с явлениями метафизической интоксикации и сверхценным отношением к суициду по типу суицидомании. Такие пациенты являлись наиболее опасными в связи с непредсказуемостью реализации имеющихся суицидальных установок.

Предшествовавший суицидальным попыткам период эмоционально спада и активных суицидальных идеаций обычно в среднем длился 1,5 года. Данному периоду нередко сопутствовали такие признаки как падение общей работоспособности, снижение школьной успеваемости, падение социальной активности вплоть до самоизоляции, нарушения пищевого поведения, расстройства сна, повышенная раздражительность и конфликтность, сочетание демонстративности с заниженной самооценкой и другие. Важнейшим маркером психоэмоционального неблагополучия у подростков выступает аутодеструктивное поведение. В 58 (36,7%) случаях у пациентов выявлены следы несуицидальной аутоагрессии в виде самопорезов на различных частях тела.

Среди способов реализации суицидов встречались: незавершенные попытки отравления (98 случаев- 62%), покушение на падение с высоты (30 случаев – 19%), нанесение повреждений с помощью колюще-режущих предметов (22 случая – 14%), иное (8 случаев – 5%).

В 65-75% случаев в формировании суицидального поведения прослеживалось сложное переплетение психопатологической основы с воздействием личностно-ситуационных факторов. Среди ведущих психогенных мотивов можно выделить следующие: внутрисемейные проблемы (47,3%), проблемы межличностного общения в референтных группах (35,2%), проблемы школьной адаптации (9,9%) и др.

Выводы:

1. Суицидальные попытки чаще совершаются подростками женского пола из средней и старшей возрастной групп.
2. В 70-75% случаев совершению суицидальных попыток предшествует длительный пресуицидальный период, во время которого у большинства пациентов прослеживаются признаки клинически очерченного депрессивного состояния и активные суицидальные переживания.
3. Существует ряд маркеров, указывающих на высокий суицидальный риск, среди которых важное значение имеет несуицидальная аутоагрессия.
4. В формировании и реализации суицидального поведения в 65-75% случаев важную роль играют ситуационные психогенные факторы, среди которых наибольшее значение имели семейные проблемы и проблемы межличностного общения в референтных группах.
5. При оказании помощи и разработке эффективной превентивной стратегии суицидов у подростков следует учитывать демографические и клинические характеристики, факторы риска и их взаимосвязь для конкретных лиц.

Детско-родительские отношения как фактор суицидальных реакций у подростков

Сычева Т.Ю., Иванникова М.Р.

НОУ (ООВО) «Сибирский независимый институт»,
г. Новосибирск

В настоящее время особое значение придаётся проблеме суицидального поведения, так как самоубийства занимают третье место в классификации причин смертности населения, уступая лишь онкологическим заболеваниям и болезням сердечно-сосудистой системы.

Важно отметить, что явление подросткового суицида складывается из многих факторов. Подростки, как правило, более восприимчивы к изменениям в привычной для них среде, чем представители иных возрастных групп и смена привычного стиля жизни в основных сферах жизни может спровоцировать смену поведения подростка: делинквентное и аддиктивное поведение, суицид. Одной из таких сфер является семья. Семья представляет собой первую область получения социализации, материального обеспечения, эмоциональной близости и поддержки (либо её недостаточности), поэтому отношения в семье становятся одним из факторов риска развития суицидального поведения подростков. Детско-родительские отношения – это взаимосвязь различных чувств родителей к ребенку и обратной связи отношения ребёнка к родителям, особенностей восприятия, понимания особенностей личности друг друга, поступков и их причин. Положительным исходом взаимодействия родителей и детей будет являться взаимопонимание, разделение ответственности, а так же конгруэнтное положение в семье и занимаемая в ней роль. Негативный же исход возможен при преобладании агрессии, авторитарности и нездорового соревнования.

Оптимальная родительская позиция работает на трёх главных требованиях: адекватность, гибкость и прогностичность.

Родительская адекватность основывается на истинной оценке ребёнка, характеризуется желанием и возможностью понять своего ребёнка, принять и учесть его мнение.

Цель исследования: изучить взаимосвязь взаимоотношений в семье и появление суицидальных реакций у подростков.

В исследовании принимало участие 58 человек (30 юношей и 26 девушек), учащиеся 10 и 11 класса МБОУ Мошковская СОШ №1 п. Мошково Новосибирской области. Средний возраст респондентов - $16,3 \pm 1,2$ лет.

Все испытуемые заполнили опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера (в адаптации Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромициной), опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка, а также «Опросник суицидального риска» (модификация Т.Н. Разуваевой).

При рассмотрении полученных показателей опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» среди юношей и девушек выявлен высокий уровень позитивного отношения отца (53,33%) и матери (60%) к юношам, что расценивается как стремление к пониманию и принятию личности своего сына, достижению авторитета в его глазах, отсутствию жёстких видов наказания и дружественному общению.

Выявлены высокие показатели директивного отношения отца к сыновьям (40%), а матерей к дочерям (38,46%). Директивность отцов характеризуется тенденциями к лидерству и авторитарностью по отношению к сыновьям, управлении их поведением и повышенным контролем. Директивность матерей выражается в тенденциях к контролю жизни дочерей, наставлениям и строгим наказаниям за проступки.

Показатели враждебности отца выше у юношей (46,67%), а враждебности матери у девушек (30,77%), что характеризуется дистанцированием от ребенка, попыткой воспитывать в строгости и ожидании оценки своего воспитания со стороны окружающих.

У девушек выявлены высокие показатели Автономии отца (38,46%) и матери (46,15%). Отец описывается как недостижимый лидер, которого не интересуют заботы семьи, проблемы и трудности её членов. Автономные матери допускают попустительство по отношению к своим дочерям, не наказывают их за проступки и не выдвигают требований к нормам поведения.

Девушки отмечают Непоследовательность отца (30,77%) и матери (61,54%). Для таких родителей характерна смена стилей воспитания – от демократического к авторитарному.

При диагностике «Самооценки психических состояний личности» не выявлено значимых различий между юношами и девушками.

При рассмотрении уровня сформированности суицидальных намерений у подростков следует обратить внимание на высокие (71,43%) показатели Аффективности и высокий (100%) Социальный пессимизм у опрошенных подростков, что свидетельствует о доминировании эмоций в поведении и в оценке ситуации, восприятии окружающего мира как враждебного и недостойного.

На основе проведенного корреляционного анализа выявлены взаимосвязи параметров детско-родительских отношений и суицидальных тенденций.

При низком уровне позитивного отношения отца ($r=-0,35$) и жестком контроле со стороны матери ($r=0,33$), у ребенка проявляется тенденция в повышению аффективности. Т.е. чем меньше к подростку проявляется теплота и открытость со стороны отца, тем выше готовность ребенка реагировать на психотравмирующую ситуацию особо эмоционально. В классических работах и в некоторых современных публикациях, аффективный фактор рассматривается как один из ведущих причин суицида.

При высокой враждебности ($r=0,44$) и директивности ($r=0,34$) со стороны матери у подростка наблюдается тенденция к Уникальности. Т.е. чем агрессивнее и строже мать ведет себя с ребенком, чем больше она пытается контролировать его, тем у подростка выше восприятие себя и своей жизни как явления исключительного, не похожего на другие, что так же подразумевает исключительные варианты выхода, в частности, суицид.

Излишне строгая и игнорирующая удовлетворение потребностей ребенка мать, влияет на формирование суицидальных реакций у ребенка.

При высоком контроле ($r = 0,33$) и враждебности ($r = 0,41$) со стороны матери у ребенка развивается невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что во взаимоотношениях чаще наблюдается авторитарность со стороны родителей, враждебное отношение, а также строгость и тотальный контроль. Эти факторы влияют на формирование суицидального поведения у подростков, так как они отображают принижение потребностей ребёнка, унижение и ограничение свободы его личности.

Развитие эмоциональной компетентности, как фактор профилактики суицидальных тенденций

Султанова А.Н.

ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,
г. Новосибирск

Актуальность. Учитывая, что эмоциональная компетентность является одним из лучших предикатов адаптивных стратегий преодоления стресса, удивительно, что лишь немногие исследования изучили его связь с суицидальными тенденциями. Взаимосвязь между эмоциональной компетентностью и суицидальными мыслями доказывается высокой вероятностью искажения социально-эмоционального восприятия у лиц с суицидальными анамнестическими данными, предполагая, что эмоциональные навыки могут помочь предотвратить суицидальное мышление во время депрессии. Важно отметить, что в последнее время доминируют исследования, направленные на изучение взаимосвязи эмоционального интеллекта с различными психологическими феноменами. В частности, Limonero J.T. et al., доказывают, что негативные последствия стрессовых ситуаций реже встречаются среди людей с более высоким эмоциональным интеллектом. Одной из сильных сторон этого исследования является эмпирическая демонстрация того, что более слабая эмоциональная компетентность связана с одобрением мыслей о самоубийстве. Лица, которые поддержали мысли о прекращении своей жизни, продемонстрировали плохое понимание, использование и управление эмоциональных стимулов и ситуаций (например, понимание того, какое настроение было бы уместным при доставке плохих новостей).

Var-On R. обращает внимание на то, что эмоциональный интеллект может развиваться в результате обучения и сохраниться после образовательного периода. Развитие эмоциональных навыков улучшает эмоциональные переживания, улучшая удовлетворенность лиц, которые столкнулись с эмоционально подготовленными собеседниками. Улучшенный эмоциональный интеллект оказывает положительное влияние на психиатрические условия. Четыре недели и двенадцать учебных занятий помогли пациентам с пограничным расстройством личности повысить эмоциональную компетентность и значительно снизить показатели депрессии. Существуют программы обучения эмоциональной компетентности детям школьного возраста, но эмоциональная компетентность на основе навыков может развиваться и во взрослой жизни. Изучение эмоциональной компетентности на основе навыков оказывает положительное влияние на психосоциальную адаптацию и личное здоровье взрослых. Эти выводы обнадеживают при разработке и разработке исследований для оценки перспективных эффектов повышенной эмоциональной компетентности в отношении мышления и поведения самоубийств.

Результаты исследования. В данном исследовании выборку составили пациенты ГБУЗ НСО ГНКПБ. Основную группу составили 19 пациентов психиатрической больницы женского и мужского отделения, в возрасте $22 \pm 3,16$, в анамнезе которых была

суицидальная попытка; контрольную группу – 19 пациентов психиатрической больницы женского и мужского отделения, в возрасте $22,5 \pm 2,8$, в анамнезе которых не было суицидальной попытки. На начальном этапе исследования по методике «Опросник суицидального риска» выявлено, что у основной группы высокий уровень демонстративности, что является одной из личностных черт, предрасполагающих к повышенному риску суицида. Так же видна разница в уровне аффективности между двумя группами. Низкая выраженность антисуицидального фактора свидетельствует о высоком риске суицида. По U-критерию Манна-Уитни между основной группой и контрольной группой выявлены статистически достоверные различия по показателям демонстративность ($p=0,011$), аффективность ($p=0,014$), уникальность ($p=0,003$), несостоятельность ($p=0,04$), временная перспектива ($p=0,035$), антисуицидальный фактор ($p=0,009$). Полученные различия позволяют охарактеризовать пациентов с суицидальной попыткой, как желающих привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания; с доминированием эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации; характерно восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид.

По методике «Торонтская алекситимическая шкала», что в основной группе отмечается высокий уровень алекситимии (у 15% исследуемых отмечается предельно высокий уровень алекситимии – свыше 85 баллов). Примечательно так же, что у контрольной группы уровень алекситимии граничит с уровнем риска, 10% исследуемых в контрольной группе входят в группу риска, но имея при этом минимальные баллы в этой категории (62-23 балла). Таким образом, наша гипотеза о том, уровень алекситимии, у лиц с суицидальными тенденциями выше, чем в контрольной группе, подтвердилась.

Таким образом, опираясь на полученные нами результаты, можно сказать, что на состояние суицидента в целом влияет множество факторов. Очень показательным стало то, как коррелируют шкалы методики «Уровень сформированности суицидальных намерений» (антисуицидальный фактор, аффективность, уникальность, социальный пессимизм, максимализм) с феноменом алекситимии. Следовательно, психологическая работа, направленная на повышение эмоциональной компетентности личности поможет снизить уровень суицидального поведения.

Выводы: Пациенты с суицидальным поведением, при исследовании уровня сформированности суицидальных намерений отличаются от группы контроля повышенным уровнем демонстративности и аффективности, уникальности, несостоятельности, временной перспективы и антисуицидального фактора. Изучение уровня алекситимии у лиц с суицидальными тенденциями показало, что по наибольшему количеству совпадений у исследуемых преобладает высокий (50 % - алекситимический тип) и средний (35 % - группа риска) уровень алекситимии.

Психологическая помощь школьникам в ситуации школьного стресса

Туровская Н.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
г. Волгоград

Тема помощи ребенку-школьнику в ситуации стресса, в том числе возникающего в процессе решения образовательных задач, является в настоящий момент чрезвычайно актуальной. Одним из наиболее сильных стрессов для детей школьного возраста является оценка их знаний, в первую очередь, в ситуации экзамена. Рассмотрим возможности оказания психологической помощи ребенку в ситуации школьного стресса.

Эмоциональный стресс - состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей (Судаков К.В., 1986). Следует понимать, что стресс – феномен сознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие баланса в этом механизме вызывает возникновение стресса и ответную реакцию на него, т.е. стресс возникает тогда, когда не совпадают наши желания и наши возможности, наши возможности и требования реальности, наши ожидания и реальные события.

Будем ли мы испытывать состояние стресса, зависит от ряда причин или условий: наших особенностей (особенностей темперамента, характера, ценностных ориентаций), нашего окружения (которое может как поддерживать, так и дополнительно стрессировать нас) и особенностей ситуации, в которой мы оказались.

Школа является достаточно мощным стрессогенным фактором. По данным ВОЗ, для детей школа оказывается причиной четырех комплексов проблем. Первый связан с поступлением в школу и переходом от игры к труду. Второй обусловлен необходимостью приспособиваться к давлению, оказываемому на школьника требованиями учебного процесса. Третий комплекс проблем – «технизация» общества, требующая усложнения учебных программ. Четвертый связан с присутствием в школе элемента соревнования, ориентацией на высокие показатели в учебе.

Нужно понимать, что стрессы в школе иногда могут быть последней каплей, пробившей оборону терпения ребенка (перед этим он поссорился с родителями, расстался с любимым человеком, его оскорбили сверстники). Стрессы наслаиваются один на другой, у ребенка формируется ощущение безысходности и мысль в сознании «Нет выхода!».

Однако здесь может возникнуть вопрос «Почему не у всех детей, попавших в одинаковые условия, развивается стресс?». Стрессогенность события определяется его восприятием индивидом. Среди особенностей индивида, способствующих развитию стресса выделяют такие особенности темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакций, трудности адаптации к новым впечатлениям, склонность к возникновению отрицательных переживаний. Препятствуют развитию стресса, такие особенности темперамента, как активность, ритмичность физиологических

функций, хорошая приспособляемость к новому, преобладание ровного настроения, небольшая интенсивность реакций на изменения в окружающей среде.

Однако, давно замечено, что благоприятное социальное окружение может если не нивелировать состояние стресса, то хотя бы его смягчить. Если индивида окружает такая социальная среда, которая разделяет его оценки и мнения, и где он может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность болезнетворного действия эмоционального стресса уменьшается (Caplan I., 1974). Особенно это касается детей, у которых собственные регуляторные механизмы сформированы недостаточно. Следовательно, семья может значительно помочь ребенку в преодолении стресса. Речь идет не о семьях, где детей чрезмерно опекают, формируя у них чувство беспомощности, а о семьях, где родители оказывают ребенку психологическую поддержку, демонстрируют уважение к нему и понимание его нужд и трудностей.

От того, как сочетаются между собой все три фактора: особенности индивида, особенности социального окружения, особенности ситуации, в которую попал ребенок, зависит, возникнет у него стресс или нет, справится он с его последствиями или нет.

Рассмотрим, как помочь ребенку справиться со стрессом, в том числе связанным с обучением в школе. Основными направлениями психологической помощи ребенку в этом случае будут:

1) Длительная, систематическая работа по формированию у ребенка эмоциональной устойчивости, умения терпимо и конструктивно относиться к трудностям и неудачам, позитивного мышления и отношения к жизни в целом («Все будет хорошо!»).

2) Своевременное оказание ребенку психологической помощи и поддержки («Меня любят, я не одинок!»).

3) Снижение значимости стрессора («Происходящее не так важно, как мне представляется, есть другие пути достижения цели!»).

Данные выражения («Все будет хорошо!», «Меня любят, я не одинок!», «Происходящее не так важно, как мне представляется, есть другие пути достижения цели!») должны стать фразами, запечатленными и всплывающими в сознании ребенка в любой потенциально стрессогенной ситуации.

Попробуем разобраться, что могут сделать родители, педагоги, психологи, чтобы помочь ребенку справиться со стрессом в ситуации экзамена. При этом будем считать, что заблаговременно до экзаменов у ребенка воспитывались и стрессоустойчивость, и вера в себя, и осознание себя в кругу любящих и готовых прийти на помощь близких людей.

1. С ребенком заранее должны быть оговорены возможные пути достижения цели (поступления в желаемое учебное заведение, получения профессии) в случае, если экзамен будет сдан не достаточно хорошо.

2. В процессе обучения ребенка акцент должен быть сделан не на получении максимального балла на ЕГЭ, а на усвоении знаний, умений и навыков, развитии компетентностей (о чем многократно говорили педагоги-новаторы).

3. У ребенка должны сохраняться занятия хобби, прежний круг интересов, ему необходимо предоставлять возможность поддерживать дружеские связи.

4. Родители и педагоги должны говорить об экзаменах спокойно, без катастрофизации ситуации (педагоги нередко, пытаясь замотивировать к качественной подготовке к экзаменам нерадивых учеников, пугают экзаменами весь класс и сидящих в нем ответственных и тревожных детей).

5. Хороший эффект дают проигрывание ситуации экзамена, тренинги уверенного поведения на экзамене, беседы об экзаменах с юмором.

6. Необходимо следить за физическим благополучием ребенка (он должен хорошо питаться, высыпаться, истощение физических и психических сил мешает справляться со стрессами).

7. Родители должны уделять максимально много времени и внимания ребенку не только в процессе подготовки к экзаменам.

8. В день экзамена родителям необходимо отправить ребенка с улыбкой, спокойно, сказать ему о том, что они его очень любят, пожелать удачи, сказать также, что о того, как он сдаст экзамен, сила их любви не уменьшится и не увеличится.

9. После экзамена ребенка необходимо встретить, ненавязчиво поинтересоваться его настроением. В случае неуверенности ребенка в положительных результатах подбодрить его, повторить все то, что было сказано утром.

10. И родителям, и педагогам необходимо максимально поддерживать ребенка в день получения результатов.

Нужно понимать, что к такому общению с детьми идут длительно, не за один день. Экзамен для детей становится экзаменом для нас на то, какими мы на протяжении 18 лет были внимательными взрослыми.

При этом оказание психологической помощи детям должно стать делом первостепенной важности как родителей, работающих с ними педагогов, так и всего окружения ребенка.

Анализ суицидального поведения несовершеннолетних с расстройством личности

Фаддеев Д.В.¹, Гречаный С.В.²

¹СПБ ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И.П. Павлова»,

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью суицидных действий среди несовершеннолетних, которая за последние два десятилетия в РФ возросла в 2 раза.

Цель исследования: изучение клинико-анамнестических и клинико-психопатологических особенностей несовершеннолетних пациентов, страдающих расстройствами личности с суицидным поведением.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический.

Материал исследования. Обследовано 118 пациентов в возрасте 15-17 лет (средний возраст – 16,44±0,063 лет) с суицидным поведением различной степени выраженности. Выборка была представлена мальчиками-подростками 1 отделения ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова. Распределение по возрасту: 15 лет – 13 чел. (11,0%), 16 лет – 40 чел. (33,9%), 17 лет – 65 чел. (55,1%).

Среди обследованных у 32 пациентов (27,1%) диагноз «Органическое психическое расстройство» (в основном рубрики F06, F07), у 23 чел. (19,5%)—«Легкая умственная отсталость» (рубрика F70), у 19 чел. (16,1%)—диагноз из рубрики F43 «Острая реакция на стресс и расстройства адаптации». У 9 чел. (7,6%) состояние расценено в рамках рубрики F1 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ». У 7 пациентов (6,8%)—«Расстройства поведения» (рубрика F90). 20 чел. (16,9%) страдали шизофренией (F20). Расстройства личности диагностированы у 7 пациентов (5,9%).

Довольно низкий процент диагноза рубрики F6 отражает тенденцию к осторожной диагностике этого расстройства у пациентов подросткового возраста. Средний возраст пациентов с расстройством личности (16,25±0,313 лет) и пациентов с другими психическими расстройствами достоверно не различался (16,45±0,064) (t=0,813, p=0,418). 2-м пациентам был поставлен диагноз «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип» (F60.30). 1 пациент был с диагнозом «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» (F60.31). «Истерическое расстройство личности» (F60.4) было установлено в 2-х случаях, «Смешанное расстройство личности» (F61.0) – в 1 случае. Кроме того, 2-м пациентам был поставлен диагноз «Другое специфическое расстройство личности» (F60.8): инфантильное расстройство.

В ходе исследования установлены следующие клинико-анамнестические характеристики несовершеннолетних с расстройством личности с суицидным поведением.

Наследственная отягощенность суицидным поведением не встречалась у пациентов с расстройствами личности. Она отмечалась у 7,8% пациентов с другими нозологическими формами (4 пациента с общим психическим недоразвитием, 2 пациента, употребляющих ПАВ с вредными последствиями, 1 пациент с расстройством поведения). По частоте распространенности она достоверно не отличалась от пациентов с расстройствами личности ($\chi^2=0,670$, $p=0,413$). Травмы головного мозга различной степени тяжести (сотрясение мозга, ушиб мозга) встречались как среди пациентов с расстройствами личности (37,5%), так и среди пациентов с суицидным поведением другого нозологического происхождения (28,9%) ($\chi^2=0,261$, $p=0,609$).

В полных семьях воспитывался 21 пациент (17,8%), в неполных – 81 чел. (68,6%). 16 чел. были воспитанниками детских домов (13,6%), так как их родители умерли или были лишены прав. При этом только матерью воспитывалось 30 подростков (25,4%) из неполных семей. 51 подросток (43,2%) проживал с другими членами семьи (отец, мачеха, отчим, бабушка, тетя и др.). Не было установлено различия между количеством пациентов из полных, неполных семей и их детских домов в исследованных подгруппах пациентов с суицидным поведением (пациенты с расстройствами личности и с другими диагнозами) ($\chi^2=0,239$, $p=0,888$).

Изучаемые подгруппы пациентов были также сходны по ведущим типам семейного воспитания ($\chi^2=0,656$, $p=0,721$). Гипоопека отмечалась у 27,5% пациентов с расстройствами личности и у 34,4% пациентов с другими расстройствами. Гиперопека выявлена соответственно в 25,5% и 15,% случаях. В остальных случаях тип воспитания был точно не установлен.

В анамнезе у пациентов с расстройствами личности в 37,5% случаев отмечались госпитализации в детскую психиатрическую больницу. Аналогичный показатель у пациентов с другими диагнозами составил 27,8% ($\chi^2=0,340$, $p=0,560$). Повторно в психиатрическую больницу поступали 25,0% пациентов с расстройствами личности и 18,9% пациентов с другими расстройствами ($\chi^2=0,176$, $p=0,675$).

Выявлены следующие клинические характеристики суицидного поведения. Всего у 2 подростков (1,7%) суицидное поведение ограничивалось размышлениями (суицидные мысли). У 72 пациентов (61,0%) оно достигало уровня суицидных высказываний. При этом звучало как намерение произвести суицидное действие, так и способ совершения этого действия. У 44 чел. (37,3%) зафиксировано совершение суицидного действия.

5 чел. (11,4%) прибегнули к отравлению лекарственными препаратами. Подавляющее большинство – 28 чел. (63,6%) нанесли ранение кожи, поверхностных и глубоких вен предплечья. 7 подростков (15,9%) падали из окон. 4 человека (9,1%) пытались повеситься.

В качестве причин суицидного поведения пациенты с расстройствами личности, также как и пациенты с другими диагнозами называли конфликтные отношения с окружающими людьми (87,5% и 68,2% соответственно). Частой причиной также была потеря близких в результате смерти (12,5% и 4,4%). Кроме того, причиной суицидных

намерений пациенты обеих подгрупп называли отсутствие внимания со стороны близких людей (6 чел., 5,1%), одиночество (3 чел., 2,5%) и др. (20 чел., 16,9%).

У 84 пациентов (71,2%) суицидное поведение сопровождалось агрессивными проявлениями, у 63 чел. (53,4%) – шантажным поведением. Сниженное настроение сопровождало суицидное поведение в 39 случаях (33,1%); потерю интереса к жизни отмечали 40 чел. (33,9%) в период, предшествующий суицидному поведению. О нарушении сна в этот же период сообщили 50 пациентов (42,4%), о нарушении аппетита – 32 чел. (27,1%).

Выводы:

а) по большинству клинико-анамнестических показателей пациенты, страдающие расстройством личности с суицидным поведением, не отличались от пациентов других нозологических форм;

б) клинико-психопатологический анализ суицидного поведения у пациентов с расстройствами личности выявил ряд особенностей, влияющих на тактику ведения пациентов и профилактику суицидов. Конфликтные отношения с близкими людьми, сопровождающие суицидное поведение психопатических личностей, мало влияли на форму и интенсивность суицидного поведения и не являлись фактором его возникновения. Они скорее были проявлениями психопатической декомпенсации, при которой окружение несущественно влияет на состояние пациентов;

в) клинико-динамическое исследование суицидного поведения у подростков с расстройствами личности показало неэффективность психотерапевтической интервенции на высоте психопатической декомпенсации, которая лишь обостряла состояние пациента;

г) решающим фактором, влияющим на динамику состояния пациентов и снижение напряженности аффекта, было стационарирование, играющее роль, с одной стороны, экстремального изменения условий существования пациента, а, с другой стороны, нормативного регулирования превышений порога дозволенного. Отмеченные особенности следует учитывать при профилактике суицидного поведения у подростков с расстройствами личности.

Ранние психические расстройства у подростков с суицидальным поведением

Шапошникова А.Ф., Горленко М.В., Северина Ю.В.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва

На современном этапе, когда наша страна занимает одно из первых мест в мире по числу самоубийств у детей и подростков, задачи, связанные с профилактикой суицидального поведения в данной группе населения особенно актуальны. Особый интерес вызывают вопросы ранней диагностики суицидальных мыслей и намерений и выявления у детей предпосылок к возникновению суицидального поведения в более взрослом возрасте.

На базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ было проведено исследование историй болезни и амбулаторных карт 252 пациентов, госпитализированных в течение 2017 года в связи с суицидальным поведением. В данной группе выявлено 84 ребенка (33,3%), наблюдавшихся психиатром в раннем возрасте. Были проанализированы основные жалобы, вызвавшие необходимость в психиатрической помощи. Обращало на себя внимание явное преобладание жалоб на нарушения поведения, выраженную гетероагрессию, двигательную расторможенность – 75 % случаев (63 чел.), а также на задержку интеллектуального и речевого развития – 51,2% случаев (43 чел.). У некоторой части пациентов (31%) повышенная возбудимость и агрессивность сочеталась с нарушением развития когнитивных функций. Первичные жалобы, связанные с повышенной тревожностью, наличием страхов составило 6% (5 чел.) Суицидальные мысли и угрозы, имевшие место с раннего возраста отмечались всего у 3,6% детей (3 чел.), аутоагрессии – у 2,3% (2 чел.)

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что медицинская настроенность в отношении суицидального поведения должна распространяться и на детей младшего возраста, преимущественно, имеющих трудности поведения в виде аффективной возбудимости, гетероагрессивности, а также при сочетании данной симптоматики с не резко выраженными нарушениями формирования когнитивных функций. Можно предположить, что при своевременной коррекции данных нарушений с активным подключением психологической помощи, в том числе, психологической работы с семьей ребенка, можно предотвратить возникновение суицидального поведения в подростковом возрасте.

Аутоагрессия у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества

Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность: проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей (Герасимчук М.Ю., 2016). Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью (Иванова Т.И., 2007). Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения (Калачева И.О., 2006).

Цель исследования: изучить особенности аутоагрессивного поведения при синдроме уходов и бродяжничества у девочек-подростков, возникающих на фоне аффективных расстройств.

Материал и методы: объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался тест-опросник Шмишека Леонгарда.

Результаты исследования и обсуждения: в процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31 %) – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные

нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстницами(15%), внутриличностными проблемами(10%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 46% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 67% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 66% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных.

Выводы: клинические проявления аутоагрессивных действий у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление аутоагрессивного поведения усложняло клиническую картину синдрома.

Предикторы суицидоопасных состояний у лиц с компьютерной зависимостью

Шадманова Л.Ш. , Курбаниязова Ш.К.

Кафедра психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии,
г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Практическое решение вопросов превенции суицидального поведения во многом зависит от своевременной диагностики суицидоопасных состояний и раннего оказания медицинской и социально - психологической помощи лицам с аддикциями. Увеличение случаев суицидального поведения особенно среди лиц, страдающих психическими и наркологическими заболеваниями, обуславливает необходимость изучения и разработки лечения и реабилитации, стратегий профилактики.

Из 20 больных с компьютерной зависимостью в 1-ю группу вошли 8 больных с компьютерной зависимостью *без суицидального поведения* (44,1%) возраст которых составил $15,65 \pm 3,54$ лет. Важно отметить, что данную группу представляли преимущественно, пациенты молодого возраста: около половины из них были в возрасте до 18 лет (46,51%), что достоверно больше, чем во 2-й группе. 2-ю группу составили 12 больных с компьютерной зависимостью *с суицидальным поведением* (55,8%) .

Частота наследственной отягощенности в 1-й группе была достоверно ниже, чем во 2-й группе, и составляла 72,09%. Наиболее часто, как и во 2-й группе отмечалась отягощенность алкоголизмом: отца - в 20,93% случаев. Личностные девиации отмечались в 18,60% случаев. Анализ микросоциального окружения в преморбиде показал, что пациенты этой группы воспитывались в полных семьях в 65,13% случаев, что достоверно чаще, чем во 2й группе.

Пациенты во 2-й группе воспитывались в условиях гиперопеки (44,18%), что достоверно чаще, чем в 1-й группе, в условиях вседозволенности, доходящей до бесконтрольности (32,56%). В данной группе общей характерологической особенностью преморбидного фона было наличие аффективной и реактивной лабильности, аффективной возбудимости, сниженный контроль над эмоциональными реакциями. В группе преобладали лица с возбудимым, истерическим и пассивно-агрессивным личностными радикалами в преморбиде соответственно в 30,23%, в 16,28% и в 16,28%) случаев.

Возбудимые черты личности во 2-й группе в преморбиде диагностировались достоверно чаще, чем в 1-й группе. По сравнению с первой группой здесь достоверно чаще выявлялись также черты неустойчивости и нарциссизма. Психический инфантилизм у пациентов второй группы диагностировался в 23,26%) случаях. В отличие от 1-й во 2-й группе, степень выраженности личностных девиаций в преморбиде не достигала уровня психопатии, ограничиваясь акцентуациями характера.

К особенностям развития преморбидной личности пациентов 2-й группы относились невротические реакции (в 34,88% случаев), которые отличались легкостью возникновения под влиянием тех или иных психотравмирующих факторов и

кратковременностью эмоционально-психических нарушений. Достоверно чаще, чем в 1-й группе, у пациентов 2-й группы до начала заболевания отмечались аффективные расстройства.

Они были, преимущественно, депрессивного спектра, в клинике преобладали сниженный фон настроения, грусть, угнетенное состояние, редко встречались астенические и ипохондрические включения. Имели место колебания настроения с индивидуально значимыми событиями, датами; также имелись и независимые от внешних причин изменения в настроении.

В 20,93% случаях у больных этой группы наряду с периодами пониженного настроения случались периоды «подъема», когда появлялась уверенность в собственных силах, повышение энергии. Достоверно чаще, чем в 1-й группе у пациентов группы во 2-й группе наблюдались реакции протеста в преморбиде (28 человек - 65,12% случаев). Девиантное поведение наблюдалось также реже в 1-й группе, чем во 2-й группе - в 23,26% случаев. Удельный вес выраженной депрессии с тоской был выше в группе 2 (35,0% и 20,0%). На первый план выступали жалобы на ощущение серости вокруг, бесперспективности будущего, нежелание с кем-либо общаться.

Заслуживают внимания результаты по тревоге, так как достоверные различия имеют место по всем ее степеням выраженности: легкая - 14,0% и 2,2% ($p < 0,05$); средняя - 29,8% и 17,7% ($p = 0,05$); тяжелая - 38,5% и 11,1%; $p < 0,01$). Состояние дисфории с преобладанием ее во 2-й группе выражалось повышенной конфликтностью, злобностью (49,1% и 28,8%; $p < 0,05$). Удельный вес больных с дисфорией составил 82,3% - группа 2 и 53,1% - группа 1. Выявлен высокий уровень нарушений сна в группе 2 (43,8% и 33,3%; $p > 0,05$). Качественной характеристикой диссомний являлось изменение его суточных ритмов. Отличительной особенностью снов у больных группы 2 было то, они видели сны устрашающего, в том числе суицидального содержания. Многократно повторяющиеся (31,5% и 13,3%; $p < 0,05$) сны обуславливали снижение настроения, обострение вегетативной симптоматики. Следует подчеркнуть, что максимально выраженные нарушения поведения обнаружены у больных 2-й группы (29,8% и 17,7%; $p = 0,05$).

Формальная и формально-вынужденная установка на лечение встречалась реже в 1-й группе (33,3% и 62,2%; $p < 0,05$), а отрицательная установка была выше во 2-й (52,6 и 31,1%; $p < 0,05$). Больные обеих групп осознавали заболевание (59,6% и 71,1%). Возможно, низкая, по сравнению с больными группы сравнения терапевтическая эффективность лечебных и реабилитационных программ объясняется недооценкой суицидального фактора, и как следствие не включение в схему лечения терапевтических мер, направленных на суицидальную превенцию.

Совокупность представленных в исследовании данных позволит расширить представления о механизмах развития девиантных расстройств, созависимого поведения, суицидальности и может служить основой для дальнейших научных разработок в этом социально важном и перспективном направлении. Специфическим для больных с игровой зависимостью и их родственников с созависимым поведением суицидологического профиля является высокая эмоциональная напряженность в связи с неудовлетворенностью одной из базовых потребностей.

Агрессия и аутоагрессия в контексте подростковой инициации

Шевченко Ю.С.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Москва

Понятие подростковой инициации (в основе которой лежат инстинктивные механизмы, имеющие прообразы в социальном поведении высших животных и сохранявшиеся в любой традиционной культуре) включает и сам процесс возрастного метаморфоза, и последовательность соответствующих социально-поведенческих ритуалов, и конечный статусный эффект — включение человека в качественно новую, взрослому общественную структуру.

Культурная эволюция не только увеличила продолжительность жизни человека, но и удлинила подростковый возраст, а также создала традиции поступенчатого перехода от детства к взрослости и менее брутальной реализации врожденной потребности в инициации.

Однако, как и наследуемые механизмы стресса, заложенные в совсем иных условиях и чрезмерные с точки зрения сегодняшнего дня, механизмы инициации остаются архаичными и порой прорываются в социально-, либо в биологически-разрушительных формах. Тем более, что с упразднением общественно-государственных институтов инициации подрастающее поколение потеряло эффективный инструмент регуляции социально-психологического созревания личности. Такое блокирование фило- и онтогенетически обусловленной потребности в инициации проявляется в подсознательно направляемом агрессивном-асоциальном поведении стихийно формирующихся подростковых групп и/или психических расстройствах, типологически сходных с ключевыми переживаниями во время инициации [Клинков В.Н., 1995; Самохвалов В.П., 1997]. При этом демонстрируются суррогаты всех *трех категорий инициации*: социально-возрастной; референтно-групповой; мистически-экзистенциальной. В тех случаях, когда речь идет о грубой психической патологии извращенные проявления инициации выступают в общем контексте так называемого патологического пубертатного криза.

Чем старше подросток, тем большую роль в его поведении играют мотивы, связанные с половым созреванием и сексуальным влечением. Более того, раньше подростковая инициация в 12-летнем возрасте «тянула» за собой половое созревание (прошедшие ее могли свататься и жениться). Теперь же подростковая гиперсексуальность, подавляемая социальными и культурными ограничениями, служит мощным релизером (пусковым стимулом) для соответствующих инстинктивных детерминант поведения.

Проблема заключается еще и в том, что иницирующие неофиты отличаются большей «примативностью» [Протопопов А.И., Вязовский А.В., 2011] по сравнению не только со взрослыми, но и, нередко, с самими собой в допубертатном возрасте (поскольку гормональный кризис ослабляет их способность к разумному контролю за реализацией инстинктивных шаблонов). Отсюда архаическая универсальность их поведения, мало изменившаяся с того времени, как оно было зафиксировано в генетической программе.

Взрослые же члены общества, наблюдая за взрослеющими подростками, инстинктивно ожидают от них демонстрации доказательств знания, готовности и желания соответствовать сакральным идеалам и требованиям социальных норм (это тоже зафиксировано в генетической программе человека и актуализируется в контексте зрелого поведения). В то же время их меньшая примативность позволяет в большей степени ориентироваться на усвоенные разумом достижения культурной эволюции и современные (а не доисторические) условия жизни (нынешнему обществу не нужны 12–13-летние «охотники» и «воины», претендующие на сексуальную раскрепощённость и равные права со взрослыми).

Неприятие демонстрируемой архаичной модели поведения современным миром взрослых выглядит в глазах подростков (направляемых неосознаваемыми социальными инстинктами) как «двойная мораль», «двойные стандарты», что дезориентирует их и вызывает хронически стрессирующее ощущение ненужности обществу, провоцируя на протестно-оппозиционное поведение (от агрессивного до суицидального).

Говоря о свойственном подростковому возрасту «танатотропизме» О.И. Шмырева (2015) связывает его с возможной привлекательностью образа смерти, представляющейся выходом из затяжного эмоционального кризиса. Это, на наш взгляд, тот самый случай, когда на инстинктивный модуль программы инициации (смерть всего старого, детского, предшествующего ритуалу торжественного возрождения в зрелом качестве — смерть как «подвиг») накладывается универсальный для любого возраста стрессовый механизм «выученной беспомощности». Невозможность ни уйти или овладеть ситуацией, ни приспособиться к ней, ни прогнозировать ход событий порождает психогенную депрессию с мотивацией суицидального выхода из нее (смерть как «избавление»). Двойственная природа подросткового танатотропизма (способного трансформироваться в соответствующие навязчивые и сверхценные образования) проявляется в двойственности самого отношения субъекта к смерти.

Негативная мотивация суицидального выхода представлена поиском незрелой личностью спасения от жизненных неудач, а позитивная — инфантильным представлением о героическом характере суицидального поведения, гарантирующем последующий успех. Снятие защитного антисуицидального барьера (спаянного с инстинктом самосохранения) облегчается фантазийным переносом в реальность наличия множественных жизней у игрока, усвоенного в процессе компьютерных игр [Шмырева О.И., 2015].

Агрессивный вариант протестно-оппозиционного поведения и демонстрация собственной «взрослости» в виде реакций эмансипации (с отказом от детского подчинения и отстаиванием права на самостоятельное принятие решений, порой оторванных от реалий жизни в силу их незнания), как правило, не сопровождается готовностью нести ответственность за собственные поступки.

Тем не менее, каждое новое поколение неофитов, получив гормональный сигнал о достижении определенной степени психофизиологической зрелости, испытывает инстинктивную потребность продемонстрировать «взрослый» фенотип (физическую и социальную смелость, силу, ловкость, выносливость, способность переносить боль и

унижения, сексуальную состоятельность, верность группе, ее идеалам, ритуалам, соответствие ее внешним атрибутам и нормам поведения). И если общество не предлагает эффективных каналов реализации данной программы (состоящей из обрядов отделения, промежуточного периода и обрядов включения), то они формируются стихийно в соответствии с ее основными пунктами-модулями [Дальто Ф., 2006; Шмырева О.И., 2015].

Последние включают: «сепарацию» от общества взрослых; слияние с группой сверстников и подчинение ее внутренним законам; агрессивные набеги со своей на взрослую территорию (от разрушительно-маркировочного вандализма в электричках до демонстративно-циничного секса в метро); символические ритуалы «смерти в старом и возрождения в новом статусе»; «погружение в психический хаос и слияние с сакральным образом»; «поклонение — возвышение»; «пребывание в измененном состоянии сознания»; «знакомство с магическим знанием»; «совершение прилюдных подвигов»; «демонстрацию своей физической и моральной выносливости»; «маркировку тела с помощью раскраски, повреждений и самоповреждений»; «унификацию одежды, прически, манер поведения, сленга»; «испытание голодом, изоляцией и молчанием»; «социальную клятву-присягу» и т.п.

Каждое взрослое поколение (ориентируясь на собственный врожденно-приобретенный опыт перехода количества в качество) проверяет истинность вышеназванных демонстраций и их соответствие социально-культурным реалиям сегодняшнего дня. Нынешние критерии взрослости отличаются даже от тех, что были всего лишь сто лет назад и шестилетний некрасовский «мужичок с ноготок» выглядит, пожалуй, более социально зрелым, чем сегодняшний подросток. То есть, собственно культурная эволюция (сталкиваясь с несовершенным, но генетически закрепленным наследием эволюции биологической) провоцирует сохранение и усложнение конфликта «отцов и детей».

Вследствие собственной беззащитности отношение взрослой части общества к подросткам, вошедшим в фазу инициации и ведущим себя зачастую непредсказуемо и опасно, характеризуется повышенной терпимостью. Этим можно объяснить явление, обнаруженное у очень многих народов. Оно заключается в том, что во время испытательного срока посвящаемые (в том числе под предводительством своих наставников) могут безнаказанно совершать набеги на общину, воровать и грабить, угощаться, обогащаться за счет сообщества [Геннеп А. ван, 1999]. Возможно, такие набеги когда-то служили репетицией будущих военных походов. Настороженно-снисходительная амбивалентность в отношении тинэйджеров связана с тем, что они еще не защитники общества, но уже во многом «воины». Притом воины из «иного мира» (порой не управляемые как зомби), склонные к сплочению и самоорганизации.

В частности, базисные эволюционно стабильные стратегии поведения (ЭССП) обнаруживают себя в стихийно формирующихся молодежных субкультурах, модифицирующих поведение подростков от поверхностного и преходящего следования моде до полного погружения в субкультуральный образ жизни, изобилующий социальными и идеологическими девиациями [Самохвалов В.П., 1997; Гильбурд О.А., 2000]. Условно, по типам формируемого поведения их можно обозначить как:

«агрессивные»; «депрессивные»; «гедонистические»; «рисковые» [Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л., 2010].

Субъективно привлекательной для подростка (вплоть до формирования психологической зависимости от нее) молодежная субкультура оказывается за счет того, что принадлежность к ней фиктивно решает его основные возрастные потребности (принадлежности к группе, самоидентификации, поиска «смысла жизни» и примера для подражания, сексуальные потребности и проч.). Приобщившись (в том числе благодаря информации в интернете) к тому или иному модному течению, созвучному собственному психотипу, подросток уже не ищет иных способов реализации универсальных возрастных реакций (по А.Е.Личко) — оппозиции взрослым, эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакций, реакций, связанных с формирующимся половым влечением. Этологической же подоплекой жизни молодежной субкультуры является ее организация в полном соответствии с отмеченными обрядами инициации. При этом не менее 5% лиц, участвующих в субкультурных практиках, нуждаются в социальной реабилитации с помощью психолога или психиатра [Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л., 2010].

Помимо рассмотренных «экстрапунитивных» форм стихийной инициации, предполагающих групповое взаимодействие подростков, можно выделить их индивидуальные, «интрапунитивные» альтернативы. Сформировавшаяся в последнее время молодежная мода на гомо- и бисексуальность (извращенный отголосок традиций кумления и калиты), «любовь» по интернету (и иные экономящие время и силы суррогаты подростковой дружбы и первой любви), нанесение самоповреждений и иной маркировки собственного тела, а также на экстремальные модификации собственного пищевого поведения (с чередование голодания и объедания с вызыванием рвоты — в этологическом смысле переадресованные на себя вандално-экспансивные набеги на «чуждую» территорию), предполагает включение соответствующих психотерапевтических подходов, нацеленных на восстановление единства телесного самосознания с врожденными основами половой самоидентификации и сексуальной ориентации, а также на сглаживание характерного для подростков конфликта между романтизмом и гиперсексуальностью, внешним цинизмом и внутренней ранимостью [Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., 2015].

Также новомодным явлением среди оторванных от реальной жизни и лишенных трудового воспитания подростков служит наивно-магическая мировоззренческая установка на социальное иждивенчество, своего рода «антиинициация». Она сопровождается отказом от учебы и любого труда, с циничным планированием дальнейшего существования за счет родителей, либо за счет мифических доходов от предполагаемых выигрышей в интернет-играх. Нередко за этим соединением гедонистического стремления к «сладкой жизни» и подросткового слабоволия стоит характерная для данного возраста апатическая депрессия. Для таких подростков госпитализация оказывается единственной профилактикой формирования компьютерной и иной зависимости [Егоров А.Ю., Игумнов С.А., 2005; Малыгин В.Л., 2010; Ермоленко И.А., Северин А.В., 2015].

Известно, что у подростков, рано начинающих зарабатывать, инициация протекает гораздо менее драматично и с меньшими конфликтами со старшим поколением по сравнению с «чистыми» школярами. Это ставит вопрос о серьезной организации трудового воспитания подростков в целом и о трудотерапии в специализированных подростковых учреждениях. Поскольку на период обострения бессознательно-архетипической примативности роль лобной коры не могут на себя взять ни родители (в силу отсутствия культурных традиций подчинения старшим), ни социальные институты (нет ни пионеров, ни скаутов, ни комсомола), перед таким подростком зачастую остаются только два варианта адаптации — помещение в специализированный интернат для трудновоспитуемых, либо в психиатрический стационар. Дабы не уподобиться тюремным изолятам, и тот, и другой должны строить свою работу в соответствии с социально-биологическими и традиционно-культуральными механизмами инициации. Образно говоря, в процессе коррекционно-воспитательного процесса (аналога «курса молодого бойца» в армии) гайдаровская шайка Мишки Квакина должна трансформироваться в тимуровскую команду.

Что касается медицинских учреждений, то онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия (объединяющая в единый контекст механизмы позитивного регресса и психоэлевации к зоне ближайшего развития) рассматривает весь период лечебно-коррекционного процесса как ограниченный во времени и насыщенный событиями и информацией период жизни пациента-клиента, прохождение которого должно заканчиваться объективным и субъективным переходом его в новый психофизиологический и социально-психологический статус, запечатлеваемым агрессивно-героической церемонией инициации [Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 2004; Детская и подростковая психиатрия, 2017]. Ограничение организационных структур сепарации посвящаемых подростков правоохранительно-колониальными учреждениями (в России нет институций типа школ Шаолиня, популярных в Китае, а оздоровительные, трудовые и военно-спортивные лагеря не рассчитаны на длительное пребывание), делает психиатрический стационар, как это не парадоксально, чуть ли не единственным местом, где подросток может пережить кризисный период своей жизни с минимальными потерями для общества и осложнениями для самого себя. Ориентированная на инициацию лечебно-коррекционная работа предполагает существенный пересмотр традиционного дизайна организации работы подростковых психиатрических отделений.

Семейные мифы как элемент семейной системы и предпосылка аутодеструктивного поведения подростков

Якиманская И.С.

ФГБОУ ВО «Оренбургский Государственный Медицинский Университет»,
г. Оренбург

«Семейные мифы» - это термин, предложенный А.Х. Феррейрой, обозначает определенные защитные механизмы для поддержания единства в дисфункциональных семьях. Синонимы его понятия «верование», «убеждение», «семейное кредо», «ролевые ожидания», «согласованная защита», «образ семьи» или «образ «Мы»», «наивная семейная психология» и др.

Т.М. Мишина (1983) первой ввела понятие «Мы» или «Образ семьи», под которым понимается целостное интегрированное образование – семейное самосознание.

Семейное самосознание – согласованный образ семьи, разделяемый всеми ее членами представления о ценностях семьи, ее статусе, образе жизни, ролях, главенстве, нормах и правилах взаимодействия.

«Ничто так не мешает людям ладить друг с другом, как невесть откуда взявшиеся страхи, предубеждения, опасения, которые я называю мифами. Миф – отход от реальности, нечто противоположное правде жизни, заблуждение» – определяет Москаленко В.Д.

Варга А. называет семейным мифом знания семьи о себе.

Одной из наиболее важной функцией мифа является регуляция поведения семьи, согласование позиции отдельных ее членов. Адекватный образ «мы» определяет стиль жизни семьи, в частности супружеских отношений, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный образ «мы» - согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и для семьи в целом наблюдаемый публичный образ – «семейный миф». Цель такого мифа – закамуфлировать те конфликты и неудовлетворенные потребности, которые имеются у членов семьи, и согласовать их идеализированные представления друг о друге.

Миф актуализируется в кризисные моменты (социальные перемены, приход нового человека в семью и т.п.). Формируется миф в течение 3–4 поколений.

Т.М. Мишина выделяет элементы семейного самосознания: семейная судьба, семейный «календарь», семейная история, семейные реликвии, семейные фотографии и семейный альбом, «семейное имя».

Семейное самосознание как неосознаваемое единство представлений о семье является причиной известного феномена сбывшихся предчувствий главных событий в семье (смертей, несчастных случаев, болезней, свадеб близких родственников и т.д.) или общих сновидений. Психологическое содержание предчувствия – ориентировка в ситуации пространственно-временных разрывов общения между членами семьи.

Искаженный образ «Мы» включает кредо семьи — ее принципы и ценности; ожидания в отношении ролевого поведения каждого из ее членов; субъективный образ семьи (может не совпадать с объективной картиной ее жизни). На формирование семейных мифов оказывают влияние «наивно-психологические теории», неадекватные способы каузальной атрибуции, селективность и предвзятость отбора информации, преувеличение, сверхгенерализация, дихотомия мышления и т.д.

Мы планируем исследование семейных мифов как элементов семейной системы и предпосылки аутодеструктивного поведения подростков. Актуальность выбранной нами темы обусловлена следующими моментами:

1. Вследствие многогранности явления семейных мифов многие аспекты его еще недостаточно, либо совсем не изучены. Поэтому возникают трудности при попытке создания общей картины семейных мифов.

2. Миф всегда относится к событиям прошлого, поэтому в нем присутствует аромат неразгаданной загадки и связи с чем-то бесконечно глубоким (в рамках психоанализа - с коллективным бессознательным). Обращение к истории человечества всегда вызывало у исследователей особый интерес.

3. Изучение и понимание семейных мифов необходимо для диагностики нарушений в семье, как предикторов аутодеструктивного поведения подростков.

Дело в том, что некоторые мифы нередко участвуют в этиологии самых различных семейных проблем. Однако, поддерживая единство семьи, мифы передаются из поколения в поколение, что ведет к повторению патогенной ситуации и психотравмирующих переживаний. Неадекватное понимание проблемы является существенной ее частью. Соответственно, коррекция семейных представлений (мифов) является важной частью решения проблемы.

Целью планируемого нами исследования является выявление особенностей семейных мифов подростков с аутодеструктивным и просоциальным поведением.

Для ее реализации определяются следующие задачи:

- проанализировать теоретические положения в области изучения проблемы семейных мифов в психологии;
- сформулировать рабочее определение семейного мифа;
- выявить различия в особенностях семейных мифов подростков с аутодеструктивным и просоциальным поведением.

Итак, объектом нашего исследования являются подростки аутодеструктивным и просоциальным поведением, предмет исследования – семейные мифы.

Основная гипотеза: «Существуют различия в особенностях семейных мифов подростков с аутодеструктивным и просоциальным поведением».

Частная гипотеза: «Существуют гендерные различия в особенностях семейных мифов подростков с аутодеструктивным и просоциальным поведением».

В нашем исследовании мы рассмотрим миф с трех разных позиций:

1. Семейный миф как эмоционально-смысловой аспект образа семьи. Используемый метод – метод семантического дифференциала Осгуда Ч. (понятия «Я», «Моя семья»).

2. Семейный миф как структура внутренней жизни семьи. Диагностическая методика – разработанная нами анкета «Что я знаю о своей семье».

3. Семейный миф как семейная история. Используемый метод – метод сочинения сказок.

Оглавление

Социально полезная деятельность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, как средство профилактики суицидального поведения в условиях Центра содействия семейному воспитанию (из опыта работы ГБУ ЦССВ имени Ю.В.Никулина) <i>Акопянц И.А., Воеводкина В.К., Салтанова И.А.</i>	4
Преподавание подростковой суицидологии в медицинских вузах и системе дополнительного профессионального образования <i>Алексеева М.В., Ваулин С.В.</i>	6
Профилактика суицидальных рисков среди учащихся первого курса ГМУ г. Семей (Казахстан) <i>Алтыбаева Г.К., Оспанова Н.Н., Молдагалиев Т.М., Сарсембина Ж.Д., Бураханова Г.К., Калиева А.А.</i>	8
Особенности аутодеструктивных тенденций при нервной анорексии <i>Бабарахимова С.Б. Шарипова Ф.К.</i>	11
Аутоагрессия и отказы от развития у детей: ранние аффективные и поведенческие показатели повышенного риска суицидального поведения <i>Бардышевская М.К.</i>	13
Информационные технологии и суицидальная угроза <i>Басова А.Я., Северина Ю.В., Соколов А.В.</i>	18
Семейная психотерапия суицидального поведения у детей <i>Бибчук М.А.</i>	21
Психологические особенности больных с установленным диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности», совершивших однократную суицидальную попытку в подростковом возрасте <i>Белозеров Б.Г., Кузнецов Н.А, Ярославская М.А., Мельников А.И.</i>	24
Даллаский клуб самоубийц или почему социальные сети губят наших детей <i>Булгакова А. А.</i>	27
Диагностика риска совершения суицида: направления современных разработок <i>Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И., Печникова Л.С.</i>	30
Христианская вера как антисуицидальный фактор <i>Воскресенский Б.А.</i>	32
Философ поневоле: экзистенциальный кризис подростковой <i>Вышинская Е.С.</i>	33
Особенности суицидов у подростков с расстройствами поведения и употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями <i>Гречаный С.В.</i>	35

Комплексный подход к профилактике суицидального поведения детей и подростков	
<i>Даничкина В.Е.</i>	37
Депрессия у подростков: мальчики «рискуют» меньше?	
<i>Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.</i>	39
Семейный контекст в различных психологических моделях суицидального поведения	
<i>Джавадова Э.И., Довбыш Д.В.</i>	41
Некоторые особенности суицидального поведения населения республики Башкортостан	
<i>Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.</i>	43
Использование принципов метода Хакоми Р. Курца в психологическом консультировании подростков с аутоагессией, как способ изменения деструктивного поведения и формирование нового опыта выражения эмоций	
<i>Жатько Е.В.</i>	46
«Синий Кит» и моральные паники: антрополого-психиатрический подход	
<i>Зислин И., Архипова А.С., Радченко Д.А.</i>	51
Способы эффективного межведомственного взаимодействия в профилактике суицидального поведения и кризисных состояний у несовершеннолетних	
<i>Золотова А.Н.</i>	54
Поиск диагностического инструментария для оценки и изучения суицидального поведения у детей и подростков в условиях госпитализации в психиатрический стационар	
<i>Ильина А.А.</i>	57
Социально-психологическая профилактика суицидального поведения в школах	
<i>Камин А.А.</i>	60
Взаимосвязь факторов социально-психологической и индивидуально-личностной дезадаптации и суицидального риска у подростков	
<i>Карпец В.В., Данильчук В.В., Балдина Э.П., Котлярова С.В., Катан Е.А.</i>	62
Половозрастные особенности суицидального поведения подростков	
<i>Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А., Зикеев С.А.</i>	65
Интегративный подход к психотерапии девочек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (НСП)	
<i>Левковская О.Б.^{1, 2}, Шевченко Ю.С.²</i>	68
Роль (направленность и возможности) клинического интервью у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (НСП)	
<i>Левковская О.Б.^{1, 2}, Шевченко Ю.С.², Данилова Л.Ю.²</i>	71

Качество сообщений электронных СМИ о суицидальном поведении подростков	
<i>Любов Е.Б.</i>	74
Психологическая помощь детям в адаптации к раскрытию тайны потери родителя и усыновления	
<i>Макарова М.А., Бардышевская М.К.</i>	76
Обучение в СПО медицинского профиля как фактор здоровьесбережения для лиц с ОВЗ по зрению	
<i>Неведрова Н.П.</i>	83
Переживания подростков при самоповреждающем поведении	
<i>Невижина Т. А.</i>	85
Стратегии профилактики суицидов у подростков в современной культуре	
<i>Олешкевич В.И., Печникова Л.С., Мазур А.Г., Вишневецкая О.П.</i>	87
Факторы суицидального риска у студентов первого курса ГМУ г. Семей, приводящие к психологической дезадаптации	
<i>Оспанова Н.Н., Алтыбаева Г.К., Молдагалиев Т.М., Сарсембина Ж.Д., Бураханова Г.К., Калиева А.А.</i>	90
Опыт проведения скрининга факторов риска суицидального поведения обучающихся в образовательных организациях города Москвы	
<i>Павлова Т.С., Банников Г.С., Вихристюк О.В.</i>	93
Нейропсихологические корреляты суицидальной уязвимости подростков	
<i>Палаева Р.И., Константинова К.С., Обьедкова О.А.</i>	95
К вопросу о роли «групп смерти» в мотивах суицидального поведения подростков – пациентов психиатрической клиники	
<i>Панкова О.Ф., Смирнов И.И., Мозговой С.А.</i>	97
Нарушения эмоциональной регуляции как фактор риска самоповреждения у подростков	
<i>Польская Н.А.</i>	100
Факторы риска суицидальной активности подростков	
<i>Святогор М.В.</i>	103
Попытки суицида у детей и подростков: распространенность, психопатологическая почва, триггерные факторы	
<i>Смирнов И.И., Буромская Н.И., Дорина И.В., Панкова О.Ф.</i>	106
Детско-родительские отношения как фактор суицидальных реакций у подростков	
<i>Сычева Т.Ю., Иванникова М.Р.</i>	109
Развитие эмоциональной компетентности, как фактор профилактики суицидальных тенденций	
<i>Султанова А.Н.</i>	112

Психологическая помощь школьникам в ситуации школьного стресса	
<i>Туровская Н.Г.</i>	114
Анализ суицидального поведения несовершеннолетних с расстройством личности	
<i>Фаддеев Д.В., Гречаный С.В.</i>	117
Ранние психические расстройства у подростков с суицидальным поведением	
<i>Шапошникова А.Ф., Горленко М.В., Северина Ю.В.</i>	120
Аутоагрессия у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества	
<i>Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.</i>	121
Предикторы суицидоопасных состояний у лиц с компьютерной зависимостью	
<i>Шадманова Л.Ш., Курбаниязова Ш.К.</i>	123
Агрессия и аутоагрессия в контексте подростковой инициации	
<i>Шевченко Ю.С.</i>	125
Семейные мифы как элемент семейной системы и предпосылка аутодеструктивного поведения подростков	
<i>Якиманская И.С.</i>	130
Оглавление	133

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с
международным участием

**«Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков:
эффективная профилактическая среда»**

14-15 ноября 2017 года, г. Москва

Сборник статей под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

ISBN 978-5-9909532-1-5

