



Актуальные вопросы профилактики суицидального поведения у детей и подростков

Васянина Юлия Шахиевна,
главный внештатный детский специалист психотерапевт
министерства здравоохранения Краснодарского края

XX век психологи назвали «веком тревоги», а XXI – «веком депрессии»



По данным экспертов ВОЗ в мире:

более 5% населения планеты регулярно официально обращается за психиатрической помощью;

потенциальные пациенты психиатров и психотерапевтов составляют до 65% в амбулаторной сети и до 70% в соматических стационарах;

По оценкам ВОЗ ежегодный глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств - на уровне 11,4 на 100 тыс. населения (15,0 - мужчины и 8,0 женщины); самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин; от суицида гибнет больше людей, чем в результате всех войн и убийств, совершающихся в мире ежегодно.



По прогнозам ВОЗ к 2020 г. – инвалидизация по причине депрессии в мире выйдет на 2 место среди всех болезней и суицидов будет 1,5 млн. ежегодно;

↑ ° Lk [- 5 @ @ 3 > @ @ 5 A C @ @ A 0 0 2 ♦ 1 ♦ ° ½ (L L))
@ P J L U S T A T U S P A G E = O F F
@ P J L U S T A T U S D E V I C E = O N
@ P J L U S T A T U S T I M E D = 0

Социальная значимость проблемы в Краснодарском крае

В структуре неестественных причин, смертность подростков от суицидов занимает 2 - 4 место, после ДТП, случайных отравлений, утоплений, опережая травмы, несчастные случаи и убийства, ежегодно составляя около 10% из этого числа

В соответствии с приказом департамента здравоохранения Краснодарского края от **26.08.2004г. №442** - ОД «О мерах по улучшению психиатрической и психотерапевтической помощи детскому населению Краснодарского края», с **01.09.2004г.** отделом детской психиатрии диспансерного отделения ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края ведётся мониторинг всех суицидальных попыток; утверждён порядок взаимодействия специалистов при оказании экстренной и плановой специализированной помощи детям - суицидентам.



Медицинские свидетельства о смерти попавшие в статистику самоубийств

- Доля лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами, от общего числа суицидентов составляет в среднем около 16%. Соотношение завершённых и незавершённых суицидов среди этой категории людей за последние пять лет составляло от 1:4,5 до 1:5.
- Между министерством здравоохранения Краснодарского края, краевым статистическим управлением и краевым отделом ЗАГС заключено трёхстороннее соглашение, которое позволяет службе не только проводить ежемесячный мониторинг суицидологической ситуации в регионе, но отслеживать правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти. Неточность оформления медицинской документации, преимущественно на этапах - ЛПУ, районный отдел ЗАГС, районного отдела статистики, приводит к тому, что показатели самоубийств завышают случаи, которые нельзя отнести к добровольному уходу из жизни.

Первичная диагностика

- 1. Анамнез** (обнаружение серьезной соматической патологии, недавние потери, связанные со смертью, разводом, разрывом взаимоотношений, натянутые и конфликтные отношения в семье с недостатком тепла, потери денег, школьные проблемы, суицидальные попытки ранее, проявления агрессивного поведения);
- 2. Внимательную визуальную оценку** объективного состояния пациента (внешний вид; мимика; моторика; речь, фиксация мыслей на одних и тех же обидах, упреках).
- 3. Оценку актуальной конфликтной ситуации** (область и продолжительность конфликта, субъективное чувство непреодолимости ситуации, ощущение беспомощности, бесполезности, тотальное чувство вины, стыда, ненависти к себе).
- 4. Резкие изменения характера и поведения**— проявление ранее не свойственной угрюмости, отчужденности, раздражимости, беспокойства, усталости, нерешительности, апатии; неспособность сосредоточиться в школе, прогулы, уходы из дома, сужение внимания на одной теме, компенсаторные фантазии всемогущества. У детей – регресс ранее приобретенных навыков и умений, а у подростков потеря интереса к дружбе, увлечениям, делам, ранее доставлявшим им удовольствие, добровольная изоляция.
- 5. Учёт соматических симптомов:** прежде всего **нарушений режима сна** – инсомния, бессонница, поверхностный сон с частыми или ранними пробуждениями и кошмарами; патологически глубокий сон, трудное утреннее пробуждение, дневная сонливость.
- 6. Анализ пищевого поведения** - изменение отношения к еде, обесценивание её и потеря аппетита, веса; либо, наоборот, нуминозность, ритуализация приёма пищи и обжорство.
- 7. Оценка объективного психического статуса**, с акцентом на эмоциональную сферу.

Методы психологического исследования

- Диагностическое интервью с родителями или лицами их заменяющими;
- Батарея психологических тестов (например: тест Личко "ПДО"; тест фрустрационной толерантности Розенцвейга; тест Люшера; тест «определение направленности личности Басса-Дарки»; опросник реактивной и личностной тревожности Спилберга; опросник самочувствия, активности, настроения);
- Психометрические шкалы для оценки депрессии – Госпитальная шкала тревоги и депрессии и шкала депрессии (Зунге), шкала депрессии Гамильтона, опросник Бека и др.;
- Опросник суицидального риска (модиф. Разуваевой);
- Тест суицидальные наклонности (Королёвой);
- Шкала суицидальных интенций Пирса;
- Шкала оценки угрозы суицида Ромека;
- Шкала оценки выраженности суицидальных тенденций Колумбийского университета;
- Шкала оценки психической боли Шнейдмана;
- Проективные рисуночные тесты.

Дополнительные “неоконченные предложения” по двум темам

Доминирующая идея

Мысль, которая меня постоянно преследует, касается ...

Что я для себя решил окончательно, так это ...

Через некоторое время ...

Впереди меня ждет ...

Отношение к жизни

В этой жизни ...

Жизнь — это ...

Жизнь после смерти — это ...

Жалко только, что ...

Детальное прояснение суицидального анамнеза:

- Оценка суицидальных **мыслей**: частота возникновения, суицидальных идей, их характер (навязчивость); их степень активности - активные (желание умереть) или пассивные (нежелание жить);
- Имеются ли конкретные **замыслы и планы**; каков возможный исход их реализации (уровень летальности);
- Имеются ли **намерения**: ведётся ли подготовка, или репетиция суицида;
- Были ли **незавершённые суицидальные попытки** в прошлом;

Оценка факторов суицидального риска Молтсбергера

- **Оценка предшествующих реакций на стрессы, особенно утраты, сформировавшийся стиль реагирования** (поход в д/с, школу, пубертат, развод, конфликты, смерть близких и дом. животных, прошлые попытки суицида, их причина, цели и тяжесть) и что являлось поддержкой, помогло выжить;
- **Наличие уязвимости к 3 угрожающим жизни аффектам:**
 - **тотальное переживание одиночества и отверженности** (никогда ничего хорошего не было и никогда не будет);
 - **презрение и обесценивание себя** (я недостойн быть и жить здесь);
 - **смертоносная ярость, неконтролируемая агрессия на человека, группу, страну** – единственный способ совладения – перенаправить на себя;
- **Оценка антисуицидальных факторов, поиск ресурсов за пределами Я;**
- **Оценка фантазий о смерти:** - воссоединение с потерянным любимым объектом, - летаргический сон, - перерождение, - попадание в лучший мир, рай, - все будут помнить его долго;
- **Способность реальной оценки ситуации** (и не умер, но перестал жить) изменить романтично-трагедийный ореол суицида;

Маршрутизация при оказании помощи лицам, находящимся в кризисной ситуации (пресуицидальный период)

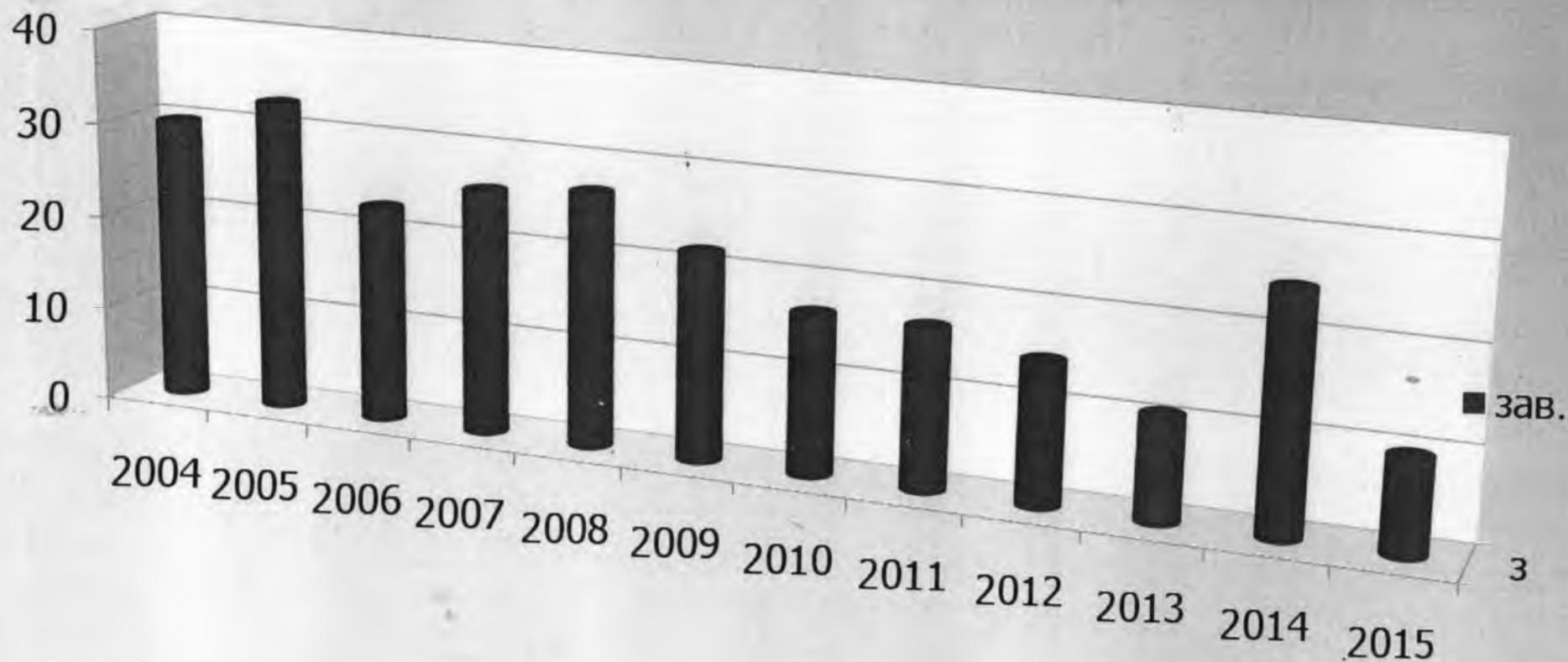
1. Первичное обращение на «Телефон доверия» или в кабинет социально-психологической помощи детской (в муниципальных образованиях края функционируют **восемь** «Телефонов доверия»; **шесть** кабинетов социально-психологической помощи).
2. Консультация в психиатрическом (психотерапевтическом) кабинете поликлиники (психоневрологического диспансера), а в сложных случаях- в диспансерном отделении ГБУЗ «СКПБ №1» осуществляется комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, дифференциальная диагностика и подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях, определяется индивидуальная психотерапевтическая стратегия и тактика, решаются вопросы госпитализации по показаниям.
3. По медицинским показаниям – госпитализация в психиатрический стационар (в 2 стационарах на функциональной основе осуществляют свою деятельность тридцать пять коек для лиц, находящихся в кризисном состоянии).
4. В случае отказа от помощи психиатра и психотерапевта пациенту рекомендуется обращение к психологу по месту жительства.

Маршрутизация при оказании помощи детям, находящимся в кризисной ситуации, Порядок взаимодействия специалистов /приказ № 442-ОД ДЗКК/ (постсуицидальный период)

- неотложная помощь суицидентам оказывается в профильных отделениях лечебных учреждений, чаще это реанимационные и соматические отделения ЛПУ. Сведения о всех этих случаях незамедлительно передаются в краевой кабинет по телефону в г.Краснодаре 268 – 55 -23;
- После оказания помощи необходимо направлять данный контингент на консультацию к детскому или районному психиатру;
- Отказ от специализированной консультативно-лечебной помощи с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации (амбулаторная карта либо история болезни);
- В случае отказа от помощи психиатра, психотерапевта ребёнок (подросток) направляется под наблюдение психолога медико-социального отделения (кабинета) детской территориальной поликлиники;
- Специалисты краевого кабинета осуществляют комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, дифференциальную диагностику и подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях, определяют индивидуальную психотерапевтическую стратегию и тактику, решают вопросы госпитализации по показаниям;
- Ребёнок (подросток), получивший специализированную помощь в краевых лечебных учреждениях проходит по месту жительства у детского/районного психиатра, психотерапевта, психолога курсовую реабилитацию согласно рекомендациям краевых специалистов.

Волнообразность динамики показателя распространённости завершённых суицидов у детей (на 100 тыс.)

зав.



социальная значимость проблемы в крае

В абсолютном исчислении за 2004 – 2014
годы в Краснодарском крае
зарегистрировано 1 784 суицидальных
попытки; из них: 1 526 незавершенных
258 завершённых.

(за 2015 г. – 86 незавершенных и
10 завершённых)

Распределение по возрасту

незавершённые
суициды



■ дети до 15 л.

■ подростки 15 - 17 л.

завершённые суициды

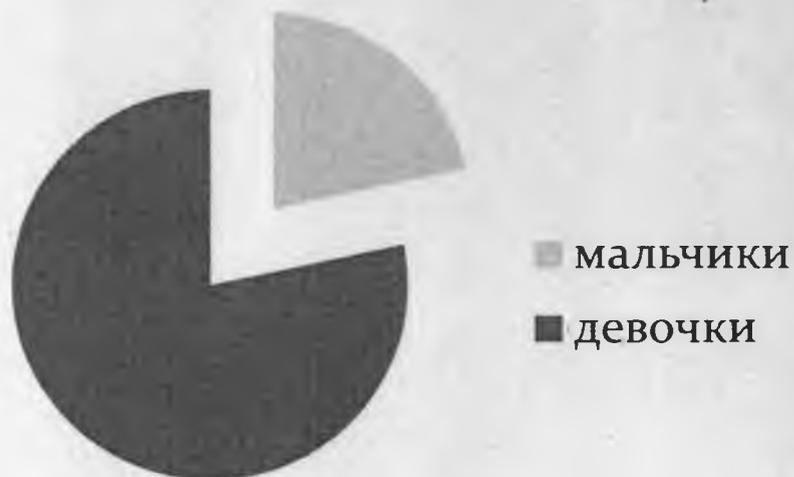


● дети до 15 л.

■ подростки 15 - 17 л.

Распределение по полу

незавершённые
суициды



завершённые суициды



Виды попыток

соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни



незавершенные



завершенные

Общие тенденции

- не выявлено связи суицидальных попыток с религиозными мотивами, с принадлежностью к подростковым субкультурам (эмо, готы и т.д.);
- по территориальному принципу большинство незавершенных суицидальных попыток зарегистрировано в крупных городах края, а погибали от суицидов чаще подростки, проживавшие в сельской местности;
- большая часть приходится на зимние и осенние месяцы;
- около 5% освидетельствованных детей - суицидентов были госпитализированы в психиатрические больницы края, остальные получили специализированную помощь амбулаторно.
- менее 10% детей до суицидальных попыток наблюдались и лечились у психиатров;

конфликтные отношения в собственной семье
- более чем в 70 % случаев;

жестокое обращение с детьми и подростками;
физическое и моральное насилие

игнорирование базовых
потребностей; депривация,



Субъективные причины суицида:

- 2 место – отвержение в значимой группе сверстников - около 15% случаев;
- 3 место - проблемы успеваемости в школе и в других образовательных учреждениях, в том числе связанные с ЕГЭ и ГИА – 10%;
 - авторитарная педагогика;
 - неоправданная интенсификация учебного процесса с усложнением школьных программ (дидактогении);
 - отвержение одноклассниками;
 - стойкая школьная дизадаптация.
- 4 место - неразделённые чувства – 5%.

Терапевтические стратегии

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ:

1. Индивидуальность

2. Комплексность :

- центральным звеном лечебного воздействия является психотерапия.

- важная опора - психофармакологическая поддержка.

3. Длительность

4. Преимущество

Межведомственный, междисциплинарный характер проблемы суицидов

Из письма министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2012г. № 15-2/10/1 – 190, адресованного Администрации президента Российской Федерации: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна. Основные мероприятия должны проводится Минобрнауки России совместно с Минкультуры России, Минспорта России, Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. Министерство здравоохранения российской Федерации готово выступить в качестве соисполнителя по данной проблеме».



ПРОФИЛАКТИКА

межведомственные усилия по развитию социальных служб помощи семье и детям:

- образовательная и коррекционная работа с семьёй;
- пресечение жестокого обращения и всех видов насилия над детьми и подростками,
- организация занятости детей и подростков;
- оптимизация педагогического процесса с дифференцированной нагрузкой всех возрастных групп;
- психолого-психотерапевтическая коррекция;
- грамотная, эффективная психофармакотерапия с внедрением современных технологий в лечебно-диагностический процесс.

Модель ответственного здорового поведения ВОЗ

- профилактика суицидов начинается с эпидемиологического наблюдения с целью определить масштаб проблемы и понять ее;
- за этим следует идентификация факторов риска и защитных факторов, а также эффективных вмешательств;
- принятие конкретных мер и мониторинг их эффективности с последующей имплементацией вмешательств (наращиванием масштабов эффективных национальных стратегий и программ).

Виды профилактических стратегий

«Универсальные» профилактические стратегии, разработанные с расчетом на все население, имеют целью повысить доступ к услугам здравоохранения, способствовать укреплению психического здоровья, снизить уровни вредного употребления алкоголя, ограничить доступ к средствам совершения самоубийства и способствовать более ответственному поведению средств массовой информации.

«Селективные» профилактические стратегии адресованы уязвимым группам «риска» среди лиц, перенесших жестокое обращение, пострадавших в результате вооруженных конфликтов или бедствий, беженцев и мигрантов, а также лиц, потерявших близких людей в результате самоубийства; они заключаются в подготовке персонала, помогающего уязвимым лицам и в организации горячих линий (телефонов доверия).

«Индивидуально показанные» вмешательства для лиц суицидального контингента - в наблюдении за выписываемыми из стационара пациентами, а также в совершенствовании выявления и лечения психических расстройств и токсикоманий.

Универсальная (первичная) профилактика суицидального поведения у детей края

В рамках межведомственного взаимодействия с образовательными учреждениями

- ✓ **работа со специалистами** для повышения компетентности педагогов и психологов в области распознавания маркеров тревоги, депрессии и суицидального риска у детей и подростков, находящихся в кризисном состоянии и оказания им квалифицированной психологической помощи ежеквартально проводятся краевые семинары и научно – практические конференции для специалистов образовательных учреждений;
- ✓ **работа с учащимися среднего и старшего звена;**



Универсальная (первичная) профилактика суицида у детей (продолжение)

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ с учреждениями министерства здравоохранения Краснодарского края с целью повышение компетентности врачей первичного звена территорий края, оказывающих помощь детям:

- ✓ проводятся краевые научно – практические конференции и межрайонные обучающие семинары для специалистов медицинских организаций;
- ✓ публикуются научные статьи в федеральных и региональных медицинских периодических изданиях;
- ✓ изданы методические рекомендации для врачей «Проблемы суицидального поведения у детей и подростков»;
- ✓ продолжается участие специалистов психиатрической службы в профилактических проектах «День здоровья»;



Универсальная (первичная) профилактика суицидального поведения у детей (продолжение)

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ:

- Продолжается сотрудничество с краевыми СМИ по информационно-психологической безопасности и формированию взвешенной информационной политики при освещении кризисных состояний;
- Продолжают функционировать 6 кабинетов социально-психологической помощи лицам, попавшим в кризисные ситуации; и 8 отделений «Телефон доверия (Геленджик, Ейск, Краснодар, Крымск, Лабинск, Новороссийск, Сочи, Туапсе)
- Продолжается распространение нового расширенного практического пособия для родителей «Детская агрессия и суицид. Как избежать беды», изданного совместно с аппаратом уполномоченного по правам ребёнка Краснодарского края;
- На сайтах психиатрических учреждений края работают психопрофилактические рубрики: «Информация для пациентов и их родственников», «Психообразовательные программы, советы, рекомендации», «О методах психотерапии».



Селективная (вторичная) и антикризисная индикативная (третичная) профилактика

- в течение года - специалистами психиатрической службы проводится оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи детям после незавершенной попытки самоубийства по месту жительства;
- в течение года - специалистами отдела детской психиатрии ГБУЗ «СКПБ № 1», проводится оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи детям совершившим попытку суицида, в том числе: комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, подбор адекватного медикаментозного лечения, решение вопросов госпитализации в психиатрические стационары; разработка индивидуального плана психолого-психотерапевтической коррекции по месту жительства, с подбором игровых и бытовых коппинг-стратегии для адаптации к стрессовым ситуациям и повышения толерантности к психотравмирующим факторам; оказание дифференцированной психотерапевтической помощи суициденту и его социальному окружению;
- в течение года специалистами психиатрических служб территорий – продолжается оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи суициденту и его социальному окружению, согласно рекомендациям краевых специалистов.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ:

- Продолжать оснащение кабинетов медико - социально-психологической помощи лицам, попавшим в кризисные ситуации своевременными диагностическими и коррекционно – развивающими комплексами (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. N 566н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения" и решением заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений № 12/2091 от 11.04.2014г., п. 1.8);
- При координации комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Краснодарского края, совместно с руководством краевых каналов телевидения, рассмотреть вопрос о возможности организации цикла передач, посвященных актуальным вопросам профилактики психических расстройств у детей.

СЧАСТЬЕ

Сидело Счастье в яме...

Проходил мимо человек, увидел Счастье и попросил у него много денег. Счастье выполнило его просьбу - и он ушёл счастливый.

— Проходил второй человек, увидел Счастье и попросил красавицу жену. Счастье выполнило и его просьбу - и он ушел счастливый со своей красавицей женой.

Однажды к яме подошел психотерапевт. Он посмотрел на Счастье, но не стал ничего требовать, а спросил:

— Тебе-то, Счастье, чего хочется?

— Выбраться отсюда, - ответило

Счастье.

Психотерапевт помог ему выбраться...
и пошел своей дорогой.

А Счастье...

побежало за ним!!!



Спасибо за



внимание!

