

ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

В.А. Пакина¹, канд. мед. наук, **И.А. Ладунко²**, **О.И. Волкова²**

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Российская Федерация, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2;

²Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Российская Федерация, 119296, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1

E-mail: olchik26@gmail.com

Проведены анализ и мониторинг раннего суицидального риска у подростков. Рассмотрены причины самоубийства и группы риска, методы профилактики суицидов у подростков.

Ключевые слова: суицидальный риск, подростки, дислексия, дисморфия, опросник, профилактика.

Для цитирования: Пакина В.А., Ладунко И.А., Волкова О.И. Выявление суицидального риска у подростков. Медицинская сестра. 2019; 21 (2): 11–15.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-03>



В 2019 г. по сравнению, например, с 1919 г., у жителей планеты во много раз больше возможностей. Современный человек имеет доступ к гораздо большему объему информации, может перемещаться по планете с гораздо большей скоростью, имеет во много раз больше социальных контактов в пересчете на 1 единицу времени и в результате потребляет больше информации и с большей скоростью, чем раньше.

При этом система образования и способы воспитания детей и подростков несколько отстают от темпов роста скорости поступления информации. В результате мы имеем довольно характерные статистические тренды в детской заболеваемости. Например, только за 2000–2014 гг. количество заболеваний аутистического спектра увеличилось более чем в 2 раза*.

Все больше внимания привлекает растущая частота дислексии, все больше школьников не справляются со школьной программой, все чаще

говорят о том, что современные российские дети не способны учиться так, как учились, например, советские дети. И это действительно так.

Но это не потому, что современные дети глупее или менее способны, а потому, что, кроме школы, у них появились гораздо более мощные каналы получения информации – когда-то это было телевидение, теперь – и интернет. Интернет теперь у каждого «в кармане», социальные сети проникли в жизнь каждого, инстаграм ведет даже самый маленький ребенок.

Все это – море информации, которую дети потребляют. К тому же вместо конструкторов, развивающих трехмерное мышление, дети постоянно пользуются планшетами и телефонами, развивающими двухмерное (плоское) мышление. Сам по себе такой бешеный поток информации, постоянно обрабатываемый детским мозгом, – уже перегрузка. Плюс к этому: количество знаний в мире растет, образовательные программы не собираются отказываться от их передачи молодому поколению, пухнут образовательные планы, появляются новые предметы, растет объем старых.

Все это неистовство вдальбливается в детские головы преподавателями, которые сами не рады происходящему. Детей, привыкших к плоской глади планшета, заставляют решать объемные стереометрические задачи; детей, привыкших к коротким, емким, информативным видеороликам, заставляют рассказывать наизусть длинные и нудные обоснования аграрной революции в Англии; детей, привыкших к слэнговому общению, приучают писать по правилам русского языка.

Со стороны это выглядит как деградация детей, и напрасны попытки преподавателей остановить ее. На деле мы все являемся свидетелями того, как образовательная система устаревает и становится неактуальной. 50 лет назад дети получали почти всю информацию от учителей, из их рассказов, из опытов, из лабораторных работ.

Сегодня это скучно, это дети могут посмотреть и дома, это – прошлый век. Преподаватели дают

*<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

на детей, те, находясь между двумя жерновами – преподаватели и родители – повинуются, все идет своим чередом, пока в какой-то момент кто-то из них не «ломается». Возможностей для такого «перелома» предостаточно.

Можно уйти в себя, в субкультуру, в лес с палаткой, а можно – из жизни. Все это – очень упрощенный взгляд, но не лишенный, как кажется, зерна истины. Кроме того, не будем снимать со счета неблагополучные семьи, неблагополучные районы с нездоровой криминогенной обстановкой и другие социальные факторы, подавляющие личность. В результате личность сдается и хлопает дверью, выходя за пределы мира, в котором ей, как ей кажется, не место.

Смертность в результате самоубийства в последнее время настолько высока, что к 2020 г. ей прочат 2-е место в списке смертельных опасностей, при том что рак будет лишь на 3-м месте [3]. Именно поэтому на сегодня выявление суицидального риска – одна из главных задач суицидологии.

Причины самоубийств и группы риска

Суицид (от англ. *suicide* – самоубийство) – акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства, либо под влиянием психического заболевания; это – осознанный акт ухода из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет для данного человека смысл.

По мнению Э. Дюркгейма [4], существует 3 вида самоубийства:

- эгоистическое – саморазрушение обусловлено тем, что индивид чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей;
- аномическое – реакция индивида на аномию («беззаконие»), которая совершается, согласно анализу Дюркгейма, из-за ощущения того, что жизнь больше не имеет смысла, из-за ощущения одиночества, изоляции и расогласованности с нормами и ценностями общества;
- альтруистическое – совершается человеком, если авторитет социума или группы подавляет его собственную эгоистичность, и он жертвует собой во благо общества ради какой-либо социальной или религиозной идеи.

Часто в материалах по теме самоубийств приводятся слова юриста А. Кони, который выделял 3 основных фактора, влияющих на частоту самоубийств. 1-й – ослабление семьи и разрушение ее внутренней гармонии; 2-й – изменение социально-экономических условий; 3-й – борьба за существование, связанная с крайней нуждой и безработицей, безвыходностью положения.

Так или иначе, мы можем выделить несколько важных фактов:

- самоубийство является сознательным, добровольным поступком человека;
- самоубийство представляет собой протест против неблагоприятной ситуации (конфликта);
- самоубийство – наиболее благоприятное (с точки зрения самоубийцы) разрешение конфликтной ситуации;
- самоубийство – явление социальное; основные факторы самоубийств имеют социальное происхождение.

Что касается подросткового суицида, тут есть несколько отдельных мнений. Один из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте – неблагоприятная семейная обстановка. Разрушительность семейного уклада отмечают практически все отечественные ученые, исследовавшие проблему детского суицида.

- длительный конфликт в семье или развод родителей; подростку нелегко выдержать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию»;
- утрата значимой привязанности, например смерть мамы для ребенка – нелегкое испытание;
- отсутствие в семье «значимого взрослого»; в этой ситуации возникает социальная и психологическая изолированность подростка, психологическая неадекватность в воспитании.

Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях, а также неуставных отношений в армии лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

- назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;
- наличием факта психологического или сексуального насилия;
- наличием фактов физического насилия; подростковое одиночество.

Групповые социально-психологические исследования (например, социометрия) выделяют группу «отверженных», «козлов отпущения» и др.

В начальной школе (7–9 лет) статус отверженности определяется внешними признаками, например неряшливостью, неопрятностью, грязной одеждой, неприятным запахом и т.д.; в 10–14 лет – успешностью или, наоборот, неуспешностью в учебе; в категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики; в 14–18 лет для статуса отверженной характерны личностные проявления,

симпатии и предпочтения по половому признаку; трудно протекающий пубертат свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии в сравнении с таковым у сверстников.

Отверженными подросток может делать и раннее, интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами развития; в норме у девочек проявление половых признаков происходит к 11 годам, у мальчиков – после 13 лет.

Важный фактор – дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным гармоничным развитием в подростковом возрасте). Непропорциональный рост конечностей характерен для внешнего вида подростка; интенсивное и непропорциональное увеличение внутренних органов провоцирует эмоциональные перепады, гормональные перепады и взрывы.

Для детской агрессивности характерны вспышечивость, мгновенность, импульсивность. Подростковая импульсивность проявляется:

- высоким уровнем импульсивности при использовании тестов;
- высоким уровнем нервно-мышечного напряжения;
- высоким уровнем внушаемости;
- бескомпромиссностью (черно-белый мир; наличие категорий только «да» и «нет»; мир крайностей, без полутонов); для подростков характерны бурная реакция на неудачу, гнев, бравлада, девиации.

Диагностика суицидальных наклонностей в группах риска

Наиболее известны 4 методики:

1. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности», адаптированный Н.В. Перещеиной и М.Н. Заостровцевой к подростковому возрасту. Описаны психические состояния, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть. Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности. Каждому испытуемому предлагается опросник из 40 предложений типа «иногда я копаюсь в себе» или «иногда у меня бывают состояния отчаяния».

2. Методика исследования склонности к виктимному поведению в редакции О.О. Андронниковой является стандартизированным тестом-опросником, предназначенным для оценки предрасположенности личности к виктимному поведению. Виктимное поведение – это поведение, в результате особенностей которого повышается вероятность превращения лица в жертву преступления, обстоятельств или несчастного случая. Объектом прило-

жения методики являются социальные и личностные установки.

Тест-опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал для оценки предрасположенности к реализации отдельных форм виктимного поведения. На вопросы надо отвечать «да» или «нет». Пример: «Я считаю, что в моей жизни неприятных событий происходит больше, чем у других» или «Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях».

Предназначен он для обследования лиц старшего подросткового и юношеского возраста. Опросник может быть использован как самостоятельная психодиагностическая методика, а также в комплексе с другими методиками, направленными на изучение личности подростка.

3. Опросник суицидального риска (ОСР). Цель измерения суицидального риска – своевременное выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства путем направления клиента в центры оказания профессиональной медико-психологической помощи.

Как и в случае диагностики острых психических заболеваний, диагностика суицидального риска предпринимается для того, чтобы вовремя определить уровень курабельности клиента обычными немедицинскими средствами психологической помощи, которыми располагает психолог, не являющийся врачом, профессиональным психиатром.

По сравнению с другими одношкальными методиками, так или иначе измеряющими уровень эмоциональной дезадаптации (опросники тревожности, нейротизма и др.), при использовании ОСР делается попытка качественной квалификации симптоматики — выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.

ОСР создан как специализированный опросник, направленный не только на выявление интегрального показателя, но и на измерение профиля по 9 субшкалам:

- демонстративность;
- аффективность; доминирование эмоции над эмоциональным контролем в оценке ситуации;
- уникальность; 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;
- несостоятельность; отрицательная концепция собственной личности; представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира;

- социальный пессимизм; отрицательная концепция окружающего мира; восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением;
- слом культурных барьеров; культ самоубийства; поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным;
- максимализм; инфантильный максимализм ценностных установок;
- временная перспектива; невозможность конструктивного планирования будущего;
- антисуицидальный фактор; даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает глобальный суицидальный риск; это – глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга.

Данная методика применяется в том случае, когда психолог на основе предшествующего исследования выявил высокую вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой психологу следует проявить максимум внимания и сочувствия.

4. Метод «Незаконченные предложения» является проективной методикой, позволяющей направленно выяснить отношение испытуемого к окружающему и некоторые личностные установки.

Тест включает в себя 30 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 11 групп. Некоторые группы предложений имеют отношение к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

Тестирование без обработки занимает от 20 мин до нескольких часов (в зависимости от личности испытуемого).

Исследованию методом «незаконченные предложения» должно предшествовать установление контакта с обследуемым для получения искренних, естественных ответов. Но даже если тестируемый рассматривает исследование как нежелательную процедуру и, стремясь скрыть мир своих глубоких переживаний, дает формальные, условные ответы, опытный психолог может извлечь массу информации, отражающую систему личностных отношений.

Профилактика суицидального риска

Организация социальной работы по борьбе с суицидом осуществляется по 2 основным направлениям:

- профилактика самоубийств;

- реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

Под профилактикой суицидального поведения принято понимать систему государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических и иных мероприятий, направленных на предупреждение развития суицидального поведения (суицидальных тенденций, суицидальных попыток и завершенных суицидов).

Профилактика самоубийств в России и других странах реализуется с помощью специализированных суицидологических служб (телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи, кризисных отделений), путем обучения специалистов распознаванию суицидальных тенденций, ограничения доступа населения к средствам суицида, контроля за содержанием сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации.

Движение превенции суицидов в США получило большой общественный резонанс, когда Национальный институт психического здоровья в 1966 г. создал Центр по изучению и профилактике суицидов. Для снижения уровня самоубийств перед Центром была поставлена задача «сделать так, чтобы убедительно показать всем, что жизни могут быть спасены».

В дальнейшем 2 клинических психолога – Эдвин Шнейдман и Норман Фарбероу – основали в Лос-Анджелесе Центр профилактики суицидов, являющийся сегодня одним из самых известных в мире учреждений. Его персонал состоит из психологов, психиатров, социальных работников и большого числа тщательно отобранных волонтеров. С тех пор в США было создано более 200 программ профилактики суицидов.

В настоящее время в США существует много вариантов учреждений профилактики самоубийств. Их общая черта – наличие кризисных телефонных линий для оказания экстренной помощи. Их работники устанавливают тесную двустороннюю связь с человеком, подверженным риску самоубийства, и вступают с ним в неформальные отношения. Они сообщают, что могут облегчить эмоциональное напряжение, обсудив его проблемы. Телефонный консультант должен оценить суицидальный потенциал абонента. Учреждениями, которые рекомендуются абонентам, являются больницы, практикующие психиатры, поликлиники агентства социальной помощи, священники или врачи общего профиля.

При необходимости, если абоненту требуется неотложная медицинская помощь, можно использовать полицию. Некоторые агентства считают, что наиболее эффективным средством помощи во

время кризиса является семья; другие полагают, что лучшую поддержку могут оказать близкие друзья. Когда суицидальный кризис близится к завершению, абонента можно направить в специализированную службу за психиатрической помощью.

В целом можно выделить следующие составные части системы превенции суицидов в мировой практике:

Направления деятельности:

- круглосуточная доступность для нуждающихся;
- активный поиск людей из групп суицидального риска;
- выявление лиц, совершавших попытки самоубийства, и наблюдение за ними.

Органы и структуры:

- консультативные службы для населения;
- службы неотложной телефонной помощи;
- службы суточной госпитализации;
- амбулаторные службы;
- «дома на полпути» для суицидентов (дневной стационар), программы частичной госпитализации в вечернее время, позволяющие пациентам ходить на работу;
- неотложные службы психиатрической помощи, предусматривающие превенцию и интервенцию суицидов;
- программы неотложных отсылок к врачам, юристам, в агентства по различным видам помощи;
- массовые образовательные программы, направленные на изучение феноменологии суицида и др.

Современная профилактика суицидального риска объединяет кабинеты неотложной психиатрической помощи в больницах общего профиля,

центры психического здоровья, психиатрические клиники, церковные консультативные центры, антисуицидальные бюро, службы телефонной психологической помощи и центры лечения отравлений. Каждая из этих служб свойственными ей средствами оказывает важную помощь лицам, склонным к суициду.

Литература

1. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. М.: Барнаул, 2014.
2. Амбрумова А.Г. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. Вопросы психологии. 1981; 4: 91–100.
3. Гизатулина А.А. Социальная природа суицида (теоретические основания методики исследования). Вестн. Челябинского государственного университета. 2013.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб., 1992.

ADOLESCENT SUICIDE RISK SCREENING
Associate Professor V.A. Pakina, Cand. Med. Sci.¹;
I.A. Ladunko²; O.I. Volkova²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)
8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow, 119991,
Russian Federation

²National Medical Research Center for Children's Health,
2, Lomonosovsky Prospect, Build. 1, Moscow,
119296, Russian Federation,

Early suicide risk is analyzed and monitored in adolescents; the causes of suicide and risk groups are considered; and how to prevent suicides in adolescents is given.

Key words: suicide risk, adolescents, dyslexia, dysmorphia, questionnaire, prevention.

For reference: Pakina V.A., Ladunko I.A., Volkova O.I. Adolescent suicide risk screening. Meditsinskaya Sestra. 2018; 21 (2): 11–15. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-03>