

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский, докт. мед. наук, проф.
Омский государственный медицинский университет;
Российская Федерация, 644043, Омск, ул. Ленина, д. 12
E-mail: d.kolomytsev@icloud.com

С применением когнитивно-поведенческого подхода рассмотрены факторы, влияющие на возникновение и динамику суицидального поведения подростков. Исследованы особенности их кризисного мышления.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, когнитивные искажения, метапрограммы.

Для цитирования: Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Динамика суицидального поведения подростков с пограничными психическими расстройствами. Медицинская сестра. 2019; 21 (2): 16–18. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-04>



Ситуацию с подростковыми суицидами, сложившуюся в России, следует считать неблагоприятной. Самая напряженная обстановка в отношении завершенных суицидов у подростков отмечается в районе Сибири и Дальнего Востока: соответственно 4,1 и 4,4 на 100 тыс. лиц этого возраста. В целом в России частота смерти от суицида среди несовершеннолетних составляет 2,4 на 100 тыс., что значительно превышает общемировые показатели [1].

Важнейшая роль в борьбе с суицидальностью принадлежит медицинским работникам и психологам, и для правильной организации этой работы необходима единая система представлений у всех участников лечебного процесса о природе, факторах риска и динамике суицидального поведения, основанная на современных научных и статистических данных. Приказ Минздрава России №148 от 06.05.98 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» регламентирует обучение медицинского персонала на курсах тематического усовершенствования по суицидологии. Следует отметить, что по-

мощь пациентам с суицидальным риском и поведением не может и не должна оказываться единолично медсестрами, особенно не имеющими надлежущей осведомленности по этому поводу [2].

Представления большинства медицинских работников о подростках-суицидентах чаще всего основаны на сложившихся стереотипах, а не на научных данных. К сожалению, это приводит к игнорированию запросов на оказание помощи, избеганию темы самоубийства в разговоре, либо к резкому моральному осуждению, что повышает суицидальный риск и способствует стигматизации суицидентов [3]. Следует также упомянуть об искаженных представлениях о подростковой суицидальности, которые в последние годы были связаны с демонизацией влияния интернета и так называемых «групп смерти», что находило активное отражение в СМИ и способствовало неверному обозначению причин суицидального поведения подростков.

Проблема подросткового суицида существует давно; при этом основными причинами суицида у подростков остаются семейные конфликты и проблемы со сверстниками.

Нами изучено своеобразие кризисного мышления подростков. В исследовании приняли участие 122 подростка, юноши и девушки в возрасте от 14 до 17 лет с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением разной степени тяжести; в зависимости от этих факторов подростки были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили подростки с пассивными суицидальными мыслями (n=43), 2-ю – с суицидальными замыслами и намерениями (n=37), 3-ю – с совершенной суицидальной либо шантажно-демонстративной попыткой (n=42).

У обследованных в ходе психотерапии выявлены особенности кризисного мышления: когнитивные искажения, которые приводили к неверному и ограниченному восприятию информации и способствовали негативным эмоциональным переживаниям, а также метапрограммы, которые характеризовали стиль мышления, эмоционального реагирования и волевого выбора в кризисной ситуации.

Методом дискриминантного анализа нам удалось исследовать и проранжировать эти особенности в ка-

честве факторов динамики суицидального поведения. Выявлены особенности мышления, которые способствовали переходу от суицидальных мыслей к суицидальным тенденциям: дихотомичность мышления ($r=0,323$), персонализации ($r=0,300$), ассоциированное эмоциональное состояние ($r=0,642$), заниженная самооценка ($r=0,382$). Данные факторы приводят к прогрессированию внутренних форм суицидального поведения и являются мишенями для терапии кризисных состояний (пресуицидальный период) у подростков. Кроме того, были определены факторы перехода к суицидальным действиям: дихотомичность мышления ($r=0,412$), сверхгенерализация ($r=0,347$), ассоциированное эмоциональное состояние ($r=0,424$), агрессивный стиль эмоционального совладания ($r=0,424$), внутренняя система отсчета ($r=0,341$). Эти факторы обуславливают непосредственную суицидальную опасность кризисных переживаний и являются мишенями для реабилитации подростков, совершивших суицидальную попытку.

Следует отметить, что в настоящее время, согласно обобщенным данным, стратегий профилактики суицидального поведения, которые показали бы значительное снижение уровня суицидов, не существует [4]. Тем не менее в терапии кризисных состояний, сопровождающихся суицидальным поведением, доказанной эффективностью обладают подходы когнитивно-поведенческой психотерапии [5, 6].

Суицидальное поведение у подростков отличается значительным многообразием, что касается как его форм, так и факторов риска. Так, выделяют внутренние формы суицидального поведения, к которым относят суицидальные мысли, замыслы и намерения, а также внешние формы, которые включают в себя суицидальную попытку и завершённый суицид. Суицидальные попытки следует отличать от намеренных самоповреждений, целью которых является причинение себе боли либо повреждения для эмоциональной разрядки, а также от шантажно-демонстративных попыток, цель которых – демонстрация намерения покончить с собой в шантажных целях. Истинные суицидальные попытки характеризуются намеренностью, добровольностью, самостоятельностью и преследуют цель прекратить свое существование. В случае подросткового возраста отделение шантажно-демонстративных попыток от истинных суицидальных попыток достаточно условно.

Современные теории считают суицидальное поведение обусловленным как факторами стресса (неблагоприятное воздействие внешней среды), так и факторами диатеза (внутренняя уязвимость в отношении неблагоприятных воздействий) [7]. Суицидальное поведение считается связанным в первую очередь с факторами ближайшего социального окружения и индивидуально-личностными особенностями. Исходя из современных представлений,

нельзя рассматривать суицидальное поведение лишь как проявление психического расстройства. Социально-средовые факторы суицидального поведения у подростков связаны с социальной ролью, системой ценностей и уровнем социальной ответственности. Стрессовые события в ближайшем окружении, такие как проблемные взаимоотношения с семьей и сверстниками, потеря близких, часто сопровождаются суицидальными мыслями. Большое число подростков-суицидентов происходят из неполных и неблагополучных семей, воспитываются в условиях насилия, в том числе и по отношению к подростку, суицидального и аддиктивного поведения у родителей. У детей и подростков, подвергшихся травле в школе, гомосексуальных подростков обнаруживается более высокий суицидальный риск, чем у их сверстников. При оказании помощи подросткам в кризисном состоянии желательна коррекция неблагоприятных факторов семейного окружения, что может достигаться в рамках семейной психотерапии и правильного информирования родственников.

Наиболее значимыми индивидуально-психологическими факторами суицидального поведения являются: сниженная толерантность к психическим нагрузкам; своеобразие когнитивной сферы (контрастность, незрелость, категоричность суждений); дефицит коммуникативных навыков; неадекватная самооценка; неразвитость психологических защит [8]. В случае подростков существенно неверная оценка последствий своих действий, а также непонимание их мотивов родителями. Неблагоприятно такое сочетание черт личности, как склонность к импульсивной агрессии, дефицит навыков решения проблем и перфекционизм [9]. С высоким суицидальным риском у подростков связаны переживания безнадежности, одиночества, внутренней напряженности на фоне особенностей характера и проблем в семье [10, 11].

Индивидуально-личностные факторы являются наиболее значимыми и модифицируемыми в процессе психотерапии, что играет роль в реабилитации подростков с суицидальным поведением. Так, когнитивно-поведенческий подход к психотерапии кризисных состояний подразумевает изменение дезадаптивных мыслительных стереотипов, формирование антисуицидального барьера, обучение совладающему поведению в ситуации обострения кризисных переживаний.

Социально-средовые и индивидуально-психологические факторы тесно связаны друг с другом и обуславливают возникновение и течение суицидогенного конфликта в рамках кризисного состояния. В суицидальной динамике выделяют пресуицидальный период, связанный с возникновением и развитием суицидогенного конфликта, суицидальную попытку, свя-

занную с манипулированием средствами лишения себя жизни и постсуицидальный период.

В пресуицидальном периоде выделяют несколько этапов. На 1-м этапе возникают пассивные суицидальные мысли, представляющие собой размышления о собственной смерти и абстрактные мысли о самоубийстве. На этапе суицидальных замыслов разрабатывается план, рассматриваются конкретные способы лишения себя жизни. На этапе суицидальных намерений присоединяется волевой компонент, подросток испытывает активное стремление к осуществлению плана. В некоторых случаях пресуицидальный период развивается столь стремительно, что начинается непосредственно с возникновения суицидальных намерений; в таком случае говорят об импульсивной суицидальной попытке. Следует также отметить, что пассивные суицидальные мысли у подростков могут считаться условной нормой и быть частью нормального процесса взросления и развития самосознания.

Суицидальное поведение имеет разный личностный смысл, тесно связанный с содержанием конфликта и личностными особенностями суицидента. Выделяют следующие варианты личностного смысла: протест и месть, призыв, избегание, самонаказание и отказ. Следует учитывать, что переживание суицидального конфликта зависит не только от объективно тяжелых обстоятельств, но и от субъективной реакции на них подростка.

Исходя из отношения к совершенной попытке, актуальности суицидального конфликта, наличия или отсутствия суицидальных тенденций, выделяют 4 варианта постсуицида. Критический постсуицид характеризуется негативным отношением к попытке, разрешением суицидального конфликта и отсутствием суицидальных тенденций, манипулятивный вариант – уменьшением актуальности конфликта в связи с совершенной попыткой, рентабельным отношением к суициду при отсутствии суицидальных тенденций. В дальнейшем суицидальное поведение может стать условно желательным для подростка, так как позволяет манипулировать окружением, вследствие чего возрастает риск шантажно-демонстративных попыток в будущем. При аналитическом варианте постсуицида конфликт остается актуальным, отношение к попытке – негативное, суицидальные тенденции отсутствуют. В связи с неразрешенностью суицидального конфликта в дальнейшем возрастает риск истинной суицидальной попытки, увеличивается потенциальная летальность дальнейших попыток. Суицидально-фиксированный вариант постсуицида характеризуется актуальностью конфликта, положительным отношением к попытке и суицидальными намерениями.

В рамках реабилитации подростков, совершивших суицидальную попытку, типология постсуицидального периода имеет первостепенное значение.

Так, в случае критического постсуицида требуется минимальное вмешательство, в случае манипулятивного – работа с условной выгодой суицидального поведения, в частности осознание подростком возможных рисков и нежелательных последствий своих действий, в случае аналитического – активная работа, направленная на разрешение суицидального конфликта, в случае суицидально-фиксированного – недобровольное лечение в условиях психиатрического стационара.

Итак, обозначены приоритеты в рамках психокоррекционной работы с подростками с суицидальным поведением. На основании проведенного исследования были разработаны программы психотерапевтической реабилитации, учитывающие степень тяжести суицидального поведения наряду с другими существенными факторами.

Рекомендуемая литература

Голенков А.В. Экспертный комментарий к статье А.Р. Рафиковой, Л.А. Пономаревой, О.И. Панфиловой «Выявление пациентов с суицидальным риском в деятельности медицинских работников». Главная медицинская сестра. 2013; 11: 129–30.

Голенков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии: учебное пособие. Чебоксары, 2003; 200.

Любов Е.Б. Опыт, осведомленность и отношение больницы психиатрического персонала к суицидальному поведению. Суицидология. 2015; 6 (2): 18–29.

Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ. Суицидология. 2014; 5, 4 (17): 12–6.

Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. Суицидология. 2015; 6, 1 (18): 3–7.

Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. Консультативная психология и психотерапия. 2016; 24, 3 (92): 144–63.

Riblet N.B., Shinner B., Young-Xu Y., Watts B.V. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. British J. Psychiatry. 2017; 210 (6): 396–402.

Wenzel A., Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. Behavior Therapist. 2012; 35 (7): 121–30.

Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980; 61.

Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatric Clinics North America. 2008; 31: 157–77.

Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). Суицидология. 2015; 6, 4 (21): 21–32.

DYNAMICS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS

D.Yu. Kolomytsev, Prof. Yu.V. Drozdovsky, MD
Omsk State Medical University
12, Lenin St., Omsk 644043, Russian Federation

The paper considers the factors that influence the occurrence and dynamics of suicidal behavior in adolescents, by taking into account a cognitive-behavioral approach. The characteristics of their crisis thinking have been investigated.

Key words: adolescents, suicidal behavior, cognitive distortions, metaprograms.

For reference: Kolomytsev D.Yu., Drozdovsky Yu.V. Dynamics of suicidal behavior of adolescents with borderline mental disorders. Meditsinskaya Sestra. 2018; 21 (2): 16–18. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-04>