

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ
ОБЛАСТИ
КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ВОРОНЕЖСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по профилактике суицидального поведения подростков
для ответственных секретарей комиссий по делам
несовершеннолетних**

**Составитель: зав. оргметодотделом
КУЗВО «ВОКПНД»,
к.м.н. Д.Л. Шаповалов**

ВОРОНЕЖ 2013 Г

Необходимость составления настоящих рекомендаций обусловлена следующим.

Первое – как будет видно из приведенных ниже статистических данных, суицидальное поведение подростков является второй по значимости причиной смертности в данной возрастной категории. Тенденции к его росту внушают обоснованные опасения. Для подростковых суицидов типично возникновение ограниченных в месте и времени вспышек по типу «психических эпидемий», что неизбежно сопровождается негативным общественным резонансом.

Второе – особенности действующего в РФ законодательства таковы, что вмешательство врача – специалиста в жизнь подростка с суицидальным поведением, как правило, возможно только уже после незавершенного суицида. Осмотр организованных контингентов с целью раннего выявления подростков с суицидальным риском и назначения им профилактического лечения лежит вне рамок правового поля. Многочисленные мифы, бытующие в общественном сознании относительно психиатрии, а также – реальные социальные ограничения, связанные с фактом обращения за психиатрической помощью, отталкивают подростков и их родителей от обращения к врачу – специалисту в добровольном порядке. Поэтому задача профилактики подростковых суицидов ложится на профессионалов, постоянно работающих с подростками, но при этом не являющихся врачами – психиатрами, - учителей, психологов учреждений образования, сотрудников органов опеки и, не в последнюю очередь, - ответственных секретарей комиссий по делам несовершеннолетних.

Третье – комиссии по делам несовершеннолетних работают с подростками, имеющими проблемы с соблюдением правовых норм, с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, принадлежащих к семьям социального риска. Как будет показано ниже, эти подростки имеют и наиболее высокий риск суицидальных попыток, в том числе – повторных.

Содержание работы ответственного секретаря комиссии по делам несовершеннолетних в плане профилактики подростковых суицидов, на наш

взгляд, складывается из двух составляющих – 1) выявление подростков с суицидальным риском; 2) убеждение, а там, где это юридически возможно, - и принуждение самих подростков и их законных представителей к обращению за специализированной помощью. Проведение психологической коррекции лицом, не имеющим базового врачебного образования и специальной подготовки в области психиатрии (что рекомендуется в некоторых источниках) представляется скорее вредным, так как ведет к более позднему обращению за врачебной помощью, а в части случаев может и спровоцировать суицидальную попытку.

Помимо этого, ответственный секретарь комиссии по делам несовершеннолетних в своей повседневной деятельности должен учитывать, что его «клиенты» характеризуются, чаще всего, выраженной неустойчивостью эмоционального фона. Это связано как с возрастными особенностями психики, так и с «накоплением» подростков с психической патологией в семьях социального риска и среди лиц с девиантным поведением. Некорректное, а то и оскорбительное, поведение взрослого, обладающего властью – важный фактор риска подростковых суицидов. Поэтому ответственному секретарю комиссии по делам несовершеннолетних более, чем кому – либо, следует соблюдать общепринятые нормы профессиональной этики педагога.

Общие сведения о суицидальном поведении подростков в РФ

В России частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий удвоилась. У 30% лиц в возрасте 14 – 24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные действия. Некоторые специалисты пишут о том, что в 10% суицидальное поведение имеет цель покончить собой, и в 90% суицидальное поведение подростка – это привлечение к себе внимания.

По данным официальной статистики, от самоубийства ежегодно погибает около 2800 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет, и эти страшные

цифры не учитывают случаев попыток к самоубийству. Количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин. За последние пять лет самоубийством покончили жизнь 14157 несовершеннолетних. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, катастрофа, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти.

Всегда ли суицид связан с психическим расстройством?

До настоящего времени наука не дала исчерпывающего ответа на этот вопрос. Думается, что такой ответ и невозможен вне контекста определенной культуры. Известно, что для ряда культурных традиций осознанное, добровольное лишение себя жизни в определенной ситуации – не только санкционированный обществом, но и высоко оцениваемый поступок. Для христианской культурной традиции, к которой принадлежит Россия, характерно подчеркнуто негативное отношение к суициду, понимание этого акта как нежелания нести данный Богом крест, пренебрежение к Божественному дару жизни. В то же время, в маргинальных ветвях нашей культуры в ряде ситуаций отмечались социально санкционированные суициды (самосожжения, замаривания себя голодом у старообрядцев в периоды репрессий со стороны царского правительства).

Несмотря на многочисленные примеры социально одобренного суицидального поведения в других культурах и в другие исторические эпохи, представляется, что в современной России **суицид всегда является следствием какого – либо психического расстройства в контексте неблагоприятной жизненной ситуации суицидента.** Социальная санкция на суицид не характерна ни для наиболее распространенных в РФ религий (христианство, ислам), ни для светского гуманизма, пришедшего на смену коммунистической идеологии. Отсутствуют и мощные маргинальные идеологические течения, одобряющие суицидальное поведение как средство достижения предписанных их адептам целей. Соответственно, неизменным

психологическим условием суицида для современного россиянина является выраженное снижение настроения с чувством бесперспективности дальнейшей жизни и неспособностью воспринимать позитивные аспекты окружающего (в том числе – и возможные выходы из сложившейся жизненной ситуации). Данный комплекс признаков в клинической психиатрии оценивается как **депрессия**.

Следует понимать, что **термин «депрессия» не является названием конкретного заболевания**. Это устойчивый комплекс симптомов (такой же, как лихорадка в общей медицине), который может встречаться при самых различных психических заболеваниях. По некоторым данным, у 20% населения отмечается клинически очерченное депрессивное состояние, при котором риск суицидального поведения составляет до 25%.

Несмотря на существование множества различных причин депрессии, все случаи данного состояния имеют некоторые общие механизмы развития. Они связаны с нарушением обмена некоторых химических соединений – серотонина, норадреналина, дофамина, - в нервных клетках. «Химическая» природа депрессий объясняет то, что их риск повышается: 1) в периоды перестройки обменных процессов организма в целом – пубертатный (подростковый), послеродовой, климактерический; 2) при различных повреждениях вещества головного мозга (последствия родовой травмы, черепно – мозговых травм, сосудистых заболеваний); 3) при систематическом употреблении алкоголя и психоактивных веществ; 4) при тяжелых общих заболеваниях с нарушением обменных процессов (сахарный диабет, ревматоидный артрит, дыхательная и сердечно – сосудистая недостаточность); 5) при резком укорочении светового дня (осенний и зимний периоды).

Поскольку депрессии, в конечном счете, связаны с нарушениями обмена в нервных клетках, то для устранения данного состояния недостаточно собственных усилий человека, благоприятных изменений жизненной ситуации либо призывов окружающих «взять себя в руки». **Депрессия является показанием к назначению определенных лекарственных препаратов,**

нормализующих обменные процессы в нервной ткани. Назначение таких препаратов – исключительная компетенция врача – психиатра (врача - психотерапевта). Исходя из этого, на современном уровне знаний профилактика суицидов (в том числе – у подростков) основывается на раннем выявлении и активном лечении депрессивных состояний. Основная задача лиц, оказывающих подростку помощь, но не являющихся профессионалами в области лечения психических расстройств, - убедить подростка и его законных представителей своевременно обратиться к специалисту.

Факторы риска суицидального поведения у подростков

Перечисленные ниже факторы сопровождаются повышенным риском суицида, хотя и не являются его непосредственными причинами. Часть из них отражают наиболее распространенные в подростковой среде социальные стрессы; другие могут быть ранними симптомами психического заболевания, при котором возникает депрессия, ведущая к суициду (нарушение отношений со сверстниками) или отражать наследственную предрасположенность к такому заболеванию (алкоголизм родителей, случаи суицида у кровных родственников).

При разборе на комиссии материалов по подростку, у которого имеется какой – либо из перечисленных ниже факторов, ответственному секретарю следует целенаправленно изучить объективные сведения, провести беседу с подростком и его родственниками на предмет выяснения, нет ли в данном случае и других факторов риска суицида. Следует также выяснить, не отмечалось ли суицидального поведения в прошлом и нет ли суицидальной настроенности в настоящее время (см. следующий раздел). Особое внимание следует уделить подросткам, имеющим несколько факторов риска суицида.

Основные факторы риска суицида у подростков:

1. Отверженность подростковым коллективом, положение «изгоя», «белой вороны».

2. Резкая смена круга интересов и увлечений, например, ранее несвойственная «тяга к дурным компаниям», или напротив, внезапно и немотивированно возникшая религиозность.
3. Странные, необычные интересы и увлечения, нехарактерные для микросоциальной среды и вызывающие насмешки окружающих.
4. Употребление алкоголя, наркотических и одурманивающих веществ.
5. Воспитание в условиях гипоопеки, безнадзорности.
6. Чрезмерно жесткое воспитание, с предъявлением завышенных, нереалистичных требований
7. Девиантное поведение со склонностью к насилию.
8. Неспособность подчиняться запретам и ограничениям, например, постоянные нарушения дисциплины в школе, побеги из воспитательного учреждения.
9. Тяжелое общее заболевание с угрозой жизни или вероятной инвалидностью.
10. Перенесенная родовая травма, черепно – мозговые травмы, особенно повторные.
11. Отсутствие места жительства, опекуна, средств к существованию.
12. Перенесенная утрата родителя или иного значимого родственника.
13. Алкоголизм, наркомания у родителей.
14. Суициды у кровных родственников.
15. Суициды в референтной для подростка группе, в том числе, в виртуальном пространстве (социальные сети).
16. Отсутствие понятных для подростка жизненных перспектив, определенных планов на будущее.
17. Разрыв эмоционально – насыщенных отношений («несчастливая любовь»).
18. Преднамеренные самоповреждения (порезы кожных покровов, «прижоги» сигаретами) в прошлом.

При оценке риска суицида у подростка полезно учитывать некоторые признаки депрессивного состояния, способного привести к суицидальному поведению, доступные выявлению неспециалистом.

Некоторые симптомы депрессии у подростков:

1. Потеря аппетита или неконтролируемое переедание, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней.
2. Частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость). Нередко – установленные врачами соматических специальностей диагнозы «вегето – сосудистая дистония», «дискинезия желчевыводящих путей», «синдром раздраженного кишечника».
3. Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду.
4. Постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти.
5. Ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или в ходе деятельности, которая раньше приносила удовольствие.
6. Уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека - «одиночку».
7. Нарушение внимания с ухудшением успеваемости.
8. Погруженность в размышления о смерти или о бессмысленности жизни.
9. Внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Выявление суицидального поведения и суицидальной настроенности

При наличии факторов риска суицида, перечисленных в предыдущем разделе, необходимо задать подростку и его законным представителям прямые вопросы, наподобие следующих: «Собирался ли ты когда – либо покончить с собой?», «Возможно, тебе кажется, что жизнь бессмысленна?», «Было ли у тебя ощущение, что лучше бы умереть?», «Пытался ли Ваш ребенок когда – либо покончить с собой?», «Наносил ли он себе повреждения с целью воздействовать на окружающих?».

Определенную помощь могут оказать данные наружного осмотра (если это позволяет ситуация). Помимо «свежих» следов самоповреждений (ранения, странгуляционные борозды), о риске суицида свидетельствуют рубцы от самопорезов (чаще наносятся на ладонной стороне предплечий, запястий, в области локтевых сгибов, в поперечном направлении), от прижигания кожных покровов сигаретами, и признаки употребления психоактивных веществ (запах алкоголя, бензина, скипидара, клея, одутловатость лица, неестественная бледность или краснота кожных покровов, неестественно расширенные или суженные зрачки, следы инъекций на периферических венах).

Отдельного обсуждения заслуживают «демонстративные» суицидальные попытки. Подростки нередко наносят самоповреждения без истинного намерения уйти из жизни, для воздействия на окружающих с целью добиться желаемого или избежать наказания. Однако, такое поведение, несмотря на отсутствие собственно суицидальных намерений, отражает признаки психического расстройства (неустойчивость эмоциональных реакций и сниженное стремление к самосохранению), при котором в последующем возможен и истинный суицид. Поэтому **«демонстративные» суицидальные попытки в прошлом свидетельствуют о риске суицида в настоящем.**

При наличии данных о суицидальном поведении в прошлом или суицидальной настроенности в настоящем, подростку и его законным представителям следует настоятельно рекомендовать в добровольном порядке обратиться к врачу – специалисту (психиатр, психотерапевт). При этом полезно в тактичной и доступной форме довести информацию о связи суицида с психическими расстройствами, представленную в настоящих рекомендациях. При категорическом отказе от обращения за специализированной помощью, следует разъяснить нормы законодательства об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке

Правовые основы недобровольного оказания психиатрической помощи подросткам с суицидальным поведением

Согласно ст.4 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», психиатрическая помощь несовершеннолетним оказывается, как правило, в добровольном порядке, с согласия родителя или законного представителя.

Оказание психиатрической помощи в недобровольном порядке возможно в случаях, исчерпывающий перечень которых приведен в ч.4 ст.23 (пп. «а-в») ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». К таким случаям относится непосредственная опасность для самого пациента или окружающих (п. «а»), обусловленная психическим состоянием беспомощность, то есть невозможность удовлетворять основные жизненные потребности (п. «б»), возможность значительного ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи (п. «в»). Суицидальные намерения и суицидальные попытки подходят под действие п. «а» (при наличии других признаков тяжелого психического расстройства – пп «а» и «в») ст.23 упомянутого ФЗ.

Разрешение на оказание несовершеннолетнему психиатрической помощи в недобровольном порядке дает суд по результатам рассмотрения заявления об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке и мотивированного заключения о наличии признаков психического расстройства, составленных врачом – психиатром. Объем такой помощи может включать психиатрическое освидетельствование (врачебный осмотр с назначением показанного по психическому состоянию лечения) либо недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар. Особенностью рассмотрения данной категории дел применительно к несовершеннолетним является обязательное участие в судебном заседании представителя органа опеки.

В реальной правоприменительной практике, лицо, намеренное инициировать оказание несовершеннолетнему психиатрической помощи в

недобровольном порядке (в нашем случае – председатель комиссии по делам несовершеннолетних) подает главному врачу учреждения, оказывающего психиатрическую помощь (в г. Воронеже и г. Борисоглебске – психоневрологический диспансер, в других муниципальных образованиях – центральная районная больница) заявление с просьбой организовать оказание психиатрической помощи в недобровольном порядке. В тексте заявления обосновывается необходимость таких действий: 1) признаки суицидальной настроенности подростка в настоящее время (суицидальные высказывания или недавняя суицидальная попытка); 2) сведения о суицидальном поведении либо факторах его риска в прошлом; 3) сведения об отказе подростка и его законных представителей от добровольного обращения за психиатрической помощью; 4) иные проявления имеющегося у подростка психического расстройства (если есть). Приводятся ссылки на пп «а - в» 4 ст.23 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Копию заявления необходимо направить в орган опеки для сведения.

Медицинские организации Воронежской области, оказывающие психиатрическую помощь подросткам

Психиатрическая помощь подросткам (в том числе - с суицидальным поведением) в Воронежской области оказывается по территориальному принципу в следующем порядке.

1. Подросткам, зарегистрированным в г. Воронеже, - в специализированном подростковом кабинете Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера. Адрес кабинета: г. Воронеж, ул. 20-летия Октября, 73 (ост. «Некрасова»), 1 этаж, к.47. Контактный телефон: (473) 271-51-56 (регистратура). Время работы: нечетные числа с 9-00 до 14-00, четные числа с 14-00 до 19-00. Помимо подросткового кабинета, прием подростков с суицидальным поведением ведет также кабинет социально – психологической помощи (г. Воронеж, ул. 20-летия Октября, 73 (ост. «Некрасова»), 1 этаж, к.20, часы работы: понедельник – 13-00-18-00,

вторник – 8-00 – 15-00, среда – 8-00 – 15-00, четверг – 13-00 – 18-00, пятница – 8-00-15-00, телефон (473) 271- 59-98).

2. Подросткам, зарегистрированным в г. Борисоглебске, - участковым врачом – психиатром Борисоглебского психоневрологического диспансера.

3. Подросткам, зарегистрированным в других муниципальных образованиях области, - врачами – психиатрами центральных районных больниц. При постоянном или временном отсутствии врача – психиатра в муниципальном образовании, помощь оказывается в консультативном отделе Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера. Адрес отдела: г. Воронеж, ул. 20-летия Октября, 73 (ост. «Некрасова»), 1 этаж, к.5. Контактный телефон: (473) 271-59-97 (регистратура). Время работы: с 9-00 до 15-00.

4. Подросткам, зарегистрированным за пределами Воронежской области либо не имеющим постоянного места жительства- в консультативном отделе Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера.