

Гусова Альбина Дударбековна

канд. психол. наук, доцент, доцент

Богданова Элина Алановна

студентка

Пащенко Катарина Валерьевна

студентка

Тиникашвили Ляна Шотаевна

студентка

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинский государственный
университет им. К.Л. Хетагурова»

г. Владикавказ, Республика Северная Осетия – Алания

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Аннотация: в статье авторами рассматриваются особенности психических расстройств у подростков, а также проблемы, вызывающие мысли о суициде. Особое внимание уделяется аутоагрессивному поведению и парасуициду.

Ключевые слова: психическое расстройство, суицид, аутоагрессивное поведение, парасуицид, подростковый возраст, подростки.

Актуальностью научной статьи являются психические расстройства у подростков, которые относят к суицидальным угрозам, аутоагрессии, парасуицидам и к незаконченной попытке суицида. Наиболее актуальной являются проблемы факторов риска, отличающиеся в зависимости от возраста. Более чем половина случаев суицидального поведения у подростков развивается из депрессивных расстройств. Другими предрасполагающими факторами являются суициды у членов семьи или близких родственников, смерть кого-то из членов семьи, злоупотребление психоактивными веществами, а также кондуктивное расстройство. Более неотложными провоцирующими факторами могут быть потеря самооценки (например, в результате доводов членов семьи, унижительного воспитательного эпизода, беременности, неудачи в школе); расставания с подругой или

другом; потеря знакомого окружения (школы, соседей, друзей) вследствие переезда. Другими факторами могут быть интенсивное давление со стороны родителей, требующих достижений и успехов, сопровождающееся чувством, что он не оправдывает ожиданий. Часто поводом для суицида является попытка манипулировать или наказывать кого-то, с мыслью: «Вы будете винить себя после того, как я умру». Рост суицидов отмечается после широко освещенного в прессе суицида (например, рок-звезды) и в отдельных общественных группах (например, школа, студенческое общежитие), что указывает на силу внушения. Раннее вмешательство для поддержки молодежи в подобных обстоятельствах может быть эффективно [1, с. 140].

Анализ литературы свидетельствуют о том, что практически каждый четвертый подросток задумывается над совершением самоубийства. Среди маленьких детей мысли суицидальной направленности способны возникнуть в случае, если они стали жертвами насилия.

Очень важно, чтобы все признаки суицидального поведения принимались всерьез и при их появлении немедленно совершались обращения к врачу за помощью. Если же вы сами подросток или ребенок и у вас появилось желание совершить самоубийство, стоит немедленно поговорить об этом с родителями, врачом или друзьями.

Определенные проблемы в жизни подростка или ребенка могут только вызывать мысли о самоубийстве, но определенные события способны стать его причиной.

К проблемам, которые могут вызвать мысли о самоубийстве относятся [2, с. 142]:

- депрессия либо иное психическое заболевание, к примеру, шизофрения или биполярное расстройство;
- родители, страдающие депрессией или наркотической либо алкогольной зависимостью;
- попытки совершения самоубийства в прошлом;

– ровесник, друг, кумир или член семьи, недавно совершившие самоубийство;

– пережитое сексуальное насилие;

– насилие в семье.

К проблемам, способным спровоцировать попытку самоубийства, относят:

– доступ и наличие в доме оружия, таблеток или других средств самоубийства;

– злоупотребление наркотиками или алкоголем;

– стать невольным свидетелем совершения самоубийства членом семьи;

– проблемы в школе, к примеру, плохое поведение, плохая успеваемость либо частые прогулы уроков;

– потеря близкого родственника или одного из родителей по причине развода или смерти;

– стресс, который вызван половым созреванием, хроническими болезнями и заболеваниями, которые передаются половым путем;

– замкнутость и нежелание поговорить о своих чувствах с прочими людьми;

– неопределенность, которая связана с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомосексуализм или бисексуальность).

Наиболее распространенные признаки суицидального поведения включают [3, с. 103]:

– выражение суицидальных мыслей;

– одержимость смертью в разговорах, рисунках или сочинениях;

– раздача собственных вещей;

– отчужденность от друзей и родственников;

– агрессивное и грубое поведение;

Другие признаки включают:

– уход из дома;

– опасное для жизни поведение, например, неосторожная езда или неразборчивость в сексуальных связях;

- равнодушие к собственному внешнему виду;
- смена индивидуальности (например, активный ребенок становится слишком тихим);

Симптомы депрессии, которые могут привести к самоубийству, включают:

- равнодушие к когда-то любимым занятиям;
- изменение привычного графика сна и аппетита;
- трудности при сосредоточивании и мышлении;
- жалобы на постоянное чувство скуки;
- жалобы на головные боли, боли в животе или усталость без видимых на то причин;
- выражение собственной вины, недопущение похвал в свой адрес.

Аутоагрессия является разновидностью агрессивного поведения, при котором действия враждебного характера человеком направляются на самого себя. Аутоагрессия способна проявляться в нанесении себе физических повреждений, в особо тяжелых случаях – в попытках суицида [4, с. 92].

Один из наиболее распространенных видов аутоагрессивного поведения среди молодых людей и подростков – это нанесение себе порезов, зачастую на запястьях.

Специалистом по работе с психологической травмой Ван дер Колк (A. Van der Kolk Bessel) из Массачусетского центра психического здоровья было проведено исследование среди пациентов, наносивших себе порезы. Оказалось, что детство большей части из них прошло в нездоровой семейной атмосфере: их родители пренебрегали своими обязанностями или даже применяли относительно детей сексуальное или физическое насилие. Эти пациенты зачастую упоминали о ситуациях систематической травли со стороны одноклассников и учителей во время их обучения в школе. Как считает американский психотерапевт М. Линехан, аутоагрессивные люди обладают низкой самооценкой и имеют склонность обесценивать свои чувства и себя. Это поведение зачастую представляет собой следствие высмеивания или игнорирования потребности ребенка делиться собственными переживаниями. В целом, есть возможность сказать, что

аутоагрессивное поведение является свойственным для эмоционально неуравновешенных людей, к примеру, страдающих депрессивными или невротическими расстройствами.

К сожалению, в переходном возрасте проблема эмоционального неблагополучия превращается в актуальную для множества подростков. В это время их психическая организация является крайне нестабильной и может быть охарактеризована высокой раздражительностью, тревожностью, трудностями контроля над эмоциями и снижением настроения. Подростки, которые совершили аутоагрессивное действие, зачастую осознают (и не скрывают) факт того, что они умирать не планировали. Они «всего лишь» желали привлечь чье-то внимание, или наказать кого-то, или «просто» использовали данный способ для заглушения эмоциональных переживаний физической болью.

В 1977 году возник термин «парасуицид», который обозначает:

– поведение индивидов, которое связано с нанесением себе несмертельных намеренных увечий, вследствие чего появляются травмы, риск смерти или болезни;

– любое применение медикаментозных либо иных химических веществ, не предписанных для употребления или употребляемых в повышенных дозах с выраженным намерением самоубийства или членовредительства [5, с. 47–52].

Парасуицид, включает и имевшие место суицидальные попытки, и членовредительство (ушибы, порезы, ожоги, нанесенные себе) без выраженного намерения покончить с собой. Сюда не относится прием медикаментов для наркотического опьянения, самолечения или избавления от бессонницы. Парасуицид отличен от суицида, при котором субъект убивает себя преднамеренно; суицидальных угроз, когда пациент говорит, что собирается нанести себе вред или покончить с собой, однако еще не привел свои угрозы в исполнение (к примеру, стоит на перилах моста, но в воду не прыгает; или высыпает горсть снотворных таблеток в рот, но не глотает их); а также от суицидальной идеации.

Парасуицид включает поведенческие паттерны, известные под общим названием «суицидальных жестов» и «манипулятивных суицидальных попыток». Термин «парасуицид» представляется более предпочтительным по двум причинам. Прежде всего, в сравнении с двумя предыдущими названиями, данный термин является описательным утверждением, а не мотивационной гипотезой. Термины «манипулятивный», «жест» предполагают, что парасуицид мотивируется намерением опосредованно передать информацию либо оказать воздействие на окружающих, а термин «суицидальная попытка» предполагает, что субъект пытается лишиться себя жизни. Но есть и иные возможные мотивы парасуицидального поведения – к примеру, регуляция настроения (скажем, редукция тревожности). В любом случае требуется проведение тщательной оценки, но термины, которые упомянуты, создают обманчивое впечатление, что эта оценка уже проведена. Кроме того, слово «парасуицид» не обладает столь выраженным негативным смыслом. Согласитесь, не так уж легко положительно относиться к человеку с ярлыком «манипулятор». Сложности, с которыми терапевт сталкивается в случае работы с этой категорией пациентов, предоставляют соблазнительную возможность «обвинить жертву» и, в конце концов, утвердиться в отрицательном отношении к ней.

Эмоциональная картина парасуицидальных индивидов может быть охарактеризована хронической эмоциональной дисрегуляцией [6, с. 154]. Поведение парасуицидальных пациентов отлично большей раздражительностью и враждебностью, нежели поведение несуйцидальных пациентов и людей, которые психически здоровы; парасуицидальные пациенты также являются более подверженными депрессии, чем индивиды, действия которых в будущем ведут к завершённому суициду, а также прочие категории психически здоровых индивидов и психиатрических пациентов. Межличностная дисрегуляция находит проявление в отношениях с окружающими, характеризующихся враждебностью, конфликтностью и требовательностью. В сравнении с прочими категориями пациентов у парасуицидальных индивидов слабее системы социальной поддержки. Основной проблемой этой категории пациентов, по их собственному мнению, являются

трудности в межличностных отношениях. Зачастую наблюдаются паттерны поведенческой дисрегуляции, к примеру, наркомания и алкоголизм, сексуальный промискуитет, история парасуицидального поведения. Обычно у этой категории индивидов нет когнитивных навыков, необходимых для эффективного совладания с эмоциональными, поведенческими и межличностными стрессами.

Степень выраженности склонности к самоубийству у подростков и детей способна являться разной – от суицидальных действий, намерений, замыслов, высказываний, переживаний, представлений, мыслей, до суицидальных попыток, завершеного и незавершеного суицида. Суицидальному поведению предшествует антивитальное поведение (которое не направлено на жизнь) – отрицание жизни, высказывания о бессмысленности существования. Это парасуицидальное поведение (не настоящее суицидальное) театрального, демонстративного характера. Цель этого поведения – шантаж близких, а не смерть. Это также могут быть действия, которые направлены на саморазрушение, «для остроты ощущений» [6, с. 156].

Каждая попытка суицида является серьезным поводом, требующим осторожного и соответствующего вмешательства. Как только исчезает непосредственная угроза жизни, принимается решение о необходимости госпитализации. Это решение зависит от равновесия между степенью риска и способностью семьи обеспечить поддержку. Госпитализация (даже в открытую палату в терапевтическом или педиатрическом отделении с отдельным постом наблюдения) является самой надежной формой кратковременной защиты и обычно показана при подозрении на депрессию, психоз или и то, и другое.

Серьезность намерения совершить суицид можно оценить по степени продуманности (например, написание предсмертной записки), использованному методу (огнестрельное оружие более эффективно, чем таблетки), степени причинения себе вреда, а также обстоятельств или немедленных провоцирующих факторов, связанных с попыткой суицида.

Список литературы

1. Визель Т.Г. Девиантное поведение подростков: теории и эксперименты / Т.Г. Визель, Л.В. Сенкевич, В.А. Янышева, А.К. Железнова. – Тула, 2017. – 341 с.
2. Пакулина С.А. Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков: Методическое пособие. – Челябинск: Абрис, 2014. – 209 с.
3. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. – М.: Класс, 2015. – 226 с.
4. Сапоровская М.В. Диагностика суицидального риска и психопрофилактика суицида у детей и подростков: Учеб.-метод. пособие / М.В. Сапоровская, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова, А.Г. Самохвалова, Е.В. Тихомирова. – Кострома: КГУ, 2016. – 140 с.
5. Усачева Е.Л. Клиническая типология суицидального (аутодеструктивного) поведения у детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в порядке неотложной помощи / Е.Л. Усачева, О.Ф. Панкова, И.И. Смирнов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – Т. 16. – №1. – С. 47–52.
6. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2016. – 472 с.