

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Скрипніков Андрій Миколайович, Телюков Олесь Станіславович,

Рудь Вадим Олексійович

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Згідно сучасних уявлень, психічне здоров'я – це такий стан психіки індивіда, який характеризується цільністю та узгодженістю усіх психічних функцій організму, що забезпечують почуття суб'єктивної комфортності, здатність до цілеспрямованої діяльності, адекватні (з урахуванням етнокультуральних особливостей) форми поведінки [1].

За статистикою ВООЗ близько двох мільйонів молодих людей у Європейському регіоні мають проблеми з психічним здоров'ям, тобто страждають на психічні розлади, і велика кількість з них не отримує будь-якої допомоги чи лікування [6]. А за даними Всесвітньої психіатричної асоціації найбільш вразливою стосовно самогубств віковою групою є старші підлітки у віці від 15 до 19 років [2]. В останні роки збільшення частоти завершених суїцидів у підлітковій популяції призвело до того, що у третині розвинутих країн вони складають найбільш високу групу ризику [4; 7].

Аналіз сучасної наукової літератури показує, що проблемі суїцидальної поведінки підлітків приділяється недостатньо уваги. Спеціалізовані терапевтичні та превентивні програми попередження формуванні та реалізації суїцидальної поведінки серед підлітків, що розробляються в теперішній час, на жаль, недостатньо ефективні [3; 5].

Нами було проведено аналіз психопрофілактичної роботи зі 123 підлітками, що скоїли суїцидальну спробу та були госпіталізовані до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева протягом 2012-2015 рр. За допомогою комплексного клінічного, психометричного, психологічного та катамнестичного досліджень було

виявлено, що на тлі низьких показників стану їх психічного здоров'я усі обстежені підлітки з суїцидальною поведінкою мали й низькі показники якості життя, а також виражені порушення у основних сферах соціального функціонування (родина, вчителі, однолітки). Відповідно, високий рівень суїцидальної активності в даній віковій групі може свідчити про негативний характер взаєностосунків між цими суб'єктами соціуму. З іншого боку, психопрофілактична робота з підлітками, що скоїли спробу самогубства, має залучати зазначених суб'єктів соціального оточення, і аналіз її ефективності не може не торкатися оцінки стану усіх «соціальних ланок» актуального функціонування підлітка з суїцидальною поведінкою (батьки, вчителі, шкільні психологи, медичні працівники). З метою оцінки якості та результативності психопрофілактичних заходів було проаналізовано ефективність взаємодії вказаних суб'єктів соціального оточення підлітків.

Усі підлітки на момент поточного дослідження перебували на обліку у дитячому кабінеті психоневрологічного диспансеру (ПНД). При цьому під активним спостереженням (обов'язкове відвідування підлітка дільничним психіатром не менш, ніж 1 раз на місяць) перебувало 83 (67,47%) підлітка. Подальший аналіз амбулаторних карт пацієнтів виявив, що тільки для 27 (21,95%) з них було розроблено реабілітаційно-профілактичні програми стосовно превенції суїцидального рецидиву. Якісний аналіз таких програм показав, що жодна з них не враховувала індивідуальні критерії суїцидального ризику, а зміст самих реабілітаційно-профілактичних заходів переважно полягав у динамічній корекції підтримуючої медикаментозної терапії. Тільки у 8 (29,63%) спостереженнях превентивні програми містили психотерапевтичний компонент, швидше рекомендаційного, ніж практичного характеру. На підставі анамнестичного ретроспективного аналізу було встановлено, що психотерапія в зазначених випадках мала суто індивідуальний характер й не торкалася суб'єктів найближчого соціального оточення підлітка.

При вивченні взаємодії психіатричної служби з сімейним оточенням було встановлено, що у 113 (91,87%) обстежених підлітків батьки або інші родичі

були поінформовані про небезпеку суїцидального рецидиву у підлітка, однак тільки 46 (37,39%) сімей мали безпосередній контакт з дитячим психіатром ПНД. При цьому ніхто з членів родини не був ознайомлений з реабілітаційно-профілактичною програмою стосовно превенції суїцидального рецидиву і не мав уявлення про критерії суїцидального ризику власної дитини. Ретроспективний аналіз родинного мікроклімату після здійсненої суїцидальної спроби внаслідок конфлікту та ґрунті проблем у взаємостосунках з батьками виявив в усіх спостереженнях позитивну динаміку стосунків підлітка з членами сім'ї, яка, однак, мала швидше ситуаційно-охоронний характер і не торкалася глобальної корекції порушень сімейної гармонії. Батьки таких підлітків надавали перевагу тактиці «терплячого замовчування» наявної проблеми, уникаючи як аналізу деструктивної поведінки своєї дитини у сім'ї, так і «витоку» інформації за межі сімейного кола (школа, технікум, професійний колектив).

Вивчення поінформованості вчителів та викладачів шкіл і технікумів, де навчалися обстежені підлітки, стосовно аутодеструктивної поведінки своїх підлеглих, показало, що у 45 (36,59%) спостереженнях такою інформацією вони володіли. Однак, тільки у 12 (26,66%) з них наявні дані про ризик суїцидальної поведінки учня слугували підґрунтям для організації та проведення індивідуалізованих бесід з підлітком за обов'язкової участі штатного психолога. В той же час, і на цьому етапі не бралися до уваги індивідуальні критерії суїцидального ризику підлітка, як внаслідок відсутності їх сумування й надання психіатричною службою, так і законодавчо регламентованого зв'язку останньої з педагогічним колективом і шкільними психологами. В усіх таких випадках інформація про суїцидальну поведінку підлітка в середовищі викладацького колективу мала негативну соціо-адаптуєчу спрямованість, сприяючи стигматизації підлітка в соціумі й замикаючи таким чином «порочне коло» сімейної дисгармонії та соціальної дезадаптації. Важливо відмітити, що найбільш продуктивний рівень взаємодії суб'єктів соціального оточення підлітків був встановлений між викладацькою та психологічною ланками. В

усіх 12 спостереженнях «тандем» педагога й штатного психолога у виховній та профілактичній роботі з підлітком опосередковано залучав до процесу й сімейне оточення, сприяючи розширенню сфери корекційного впливу, посилюючи й поглиблюючи рівень взаємодії усіх згаданих ланок психопрофілактичної роботи.

Загальний аналіз ефективності взаємодії основних суб'єктів соціального оточення підлітків з суїцидальною поведінкою, залучених до психопрофілактичних заходів, дозволив зробити три важливих висновки:

- професійна психіатрична ланка не має прямого зв'язку з іншими суб'єктами соціального оточення підлітка, за виключенням родини. Але й у даному випадку така взаємодія має радше формальний характер, що у найкращому випадку обмежується контролем за прийомом підтримуючої медикаментозної терапії;

- найкращу результативність профілактичної роботи з підлітками, що скоїли акт аутоагресії, демонструє взаємодія педагогічної та психологічної ланок, сприяючи залученню сімей до психопрофілактичного процесу;

- жоден з суб'єктів соціального оточення підлітка в процесі психопрофілактичної роботи не користується індивідуалізованими діагностичними критеріями суїцидального ризику для прогнозування виникнення та рецидивування суїцидальної поведінки з диференційованим підходом до виокремлення груп підвищеного суїцидального ризику.

Нами було запропоновано систему організації психопрофілактичної роботи з підлітками, які скоїли суїцидальну спробу, що дозволяє оптимізувати взаємодію головних суб'єктів їх соціального оточення.

Враховуючи наявний «розрив» між медичною та педагогічною ланками, ми вважаємо за доцільне увести до структури навчальних закладів позаштатні центри кризової допомоги, що будуть здійснювати координаційну роботу щодо раннього виявлення, ургентної корекції та подальшої реабілітації і профілактики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків. Робота таких центрів має будуватися за принципом «зворотного зв'язку» у взаємодії з психіатричною

службою, викладацьким колективом, шкільними психологами та сімейним оточенням підлітка.

Контингент згаданого центру кризової допомоги має складатися з клінічного психолога відповідної спеціалізації (кризова психологічна допомога) та дитячого психіатра, що працює за принципом щомісячного консультативного відвідування. Така комплектація і режим роботи центру дозволить максимально оптимізувати психопрофілактичну роботу з підлітками групи підвищеного суїцидального ризику, а також уникнути можливої стигматизації підлітків з суїцидальною поведінкою в учбовому колективі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чуприкова Е.Г. Депрессии и суициды у детей и подростков / Чуприкова Е.Г., Древицкая О.О., Чуприков А.П. // Таврический журнал психиатрии. – Симферополь, 2000. – V.4. – №2 (13). – С. 49-51.

2. Юрьева Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Юрьева Л.Н. – Медичні дослідження. – 2001. – Т. 1, Вип. 1. – С. 32-33.

3. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / Brown S., Inskip H., Barraclough B. – British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 212-217.

4. Holyst B. Suicidologia / Holyst B. – Warszawa: Wydawnictwo Prawniche „Lexis Nexis”. – 2002. – P. 342.

5. Mao-Sheng R. Chen Patterns of Suicide and Schizophrenia Differ in China / Mao-Sheng R., Yu-Hai E. – Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 1062-1068.

6. Sourander A. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland / Sourander A. – Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2004. – Vol. 43(9). – P. 1134-1167.

7. Wasserman D. Global suicide rates among young people aged 15-19 / Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. // World Psychiatry. – 2005. – № 4. – P. 114-120.