

локализации, проявления вегето-сосудистой дистонии и т.д.), астенические черты (быстрая утомляемость, вялость), пассивность интересов и желаний, возбудимость, агрессивность и довольно типичные нарушения поведения: побеги из дома, «страх школы», отказ от учёбы, школьная дезадаптация, конфликты с родителями. Эти признаки могут маскировать истинно-депрессивный характер состояния, а, следовательно, и недоучитываться, как показатели суицидальной опасности.

#### **Пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения**

1. протест: реакция отрицательного воздействия на объекты, вызвавшие психотравмирующую ситуацию (к протестным мотивам относится месть)
2. призыв: активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию
3. избегание: уход от наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);
4. самонаказание: искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий
5. отказ от жизни.

#### **Что делать?**

✓ Риск самоубийства следует рассматривать как неотложное состояние. К любым угрозам самоубийства, включая демонстративные, следует относиться серьёзно.

✓ При возникновении у ученика высказываний или угроз о нежелании жить, о желании умереть, потере смысла в жизни, высказываний об ощущении своей ненужности, никчёмности, вины - необходимо поставить в известность родителей ребёнка и рекомендовать обратиться к специалистам.

✓ В индивидуальной беседе с родителями необходимо объяснить настораживающие учителя особенности ребёнка, проявляющиеся в школе - особенности поведения, настроения, общения с

одноклассниками и учителями, успеваемости. Отметить, в чём ухудшилось состояние ребёнка и в деликатной форме посоветовать обратиться к детскому психиатру (в поликлинику по месту жительства, центр диагностики и консультирования или центр психолого-педагогической помощи, которые находятся в каждом районе, либо на платную консультацию, если родители не хотят обращаться в государственные учреждения из-за страха возможных, по их мнению, негативных последствий такого обращения - в поликлинику имени Семашко либо другие коммерческие поликлиники).

✓ Если Ваш ученик на фоне двигательного возбуждения с раздражением, агрессией или тревогой угрожает самоубийством - необходимо немедленно вызвать родителей ребёнка в школу, удерживая его от возможного причинения себе вреда, в критической ситуации - вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

#### **В профилактической работе важно своевременно распознавать знаки суицидального риска**

- ухудшение психического состояния
- проявления тревоги и депрессии
- внезапное изменение поведения
- высказывания о нежелании жить, снижении ценности жизни, желании умереть
- часто высказываемые идеи вины
- необходимо внимательно относиться к прямым угрозам или намёкам о самоубийстве, высказываниям о снижении ценности жизни не принимая их за попытку манипулирования
- **помнить, что депрессия у детей и подростков может проявляться самым разнообразным образом** - от более различной локализации, утомляемости, снижения успеваемости и отказом от занятий до раздражительности, агрессивности, употребления алкоголя или наркотических средств, нанесения себе самоповреждений (самопорезов, ожогов), прогулов школы, уходов из дома.

*Подготовил:*

*Куликов А.В., врач-психиатр*

## **Департамент образования города Москвы Юго-Западное окружное управление образования ГОУ Центр диагностики и консультирования «Теплый Стан»**

117465, Москва, Теплый Стан, д. 13, корп. 3  
тел./факс (495) 424-0433  
<http://www.tyopliy-stan.narod.ru/>  
e-mail: [cdik\\_t\\_stan@mail.ru](mailto:cdik_t_stan@mail.ru)

### **СЕРИЯ «Врачи-учителям»**

## **Суицидальное поведение у детей и подростков**

Москва, 2007

✓ Суицидальное поведение - это любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

✓ Внутреннее суицидальное поведение включает в себя - суицидальные мысли, суицидальные замыслы (мысли о том как, где и когда можно было бы совершить суицид) и суицидальные намерения (принятие решения совершить суицид).

✓ Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды.

✓ Целью большинства суицидальных попыток является сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой («крик о помощи»).

✓ О развитии суицидального поведения в детско-подростковом возрасте следует говорить тогда, когда утрачивается абстрактность рассуждений о самоубийстве.

✓ Родители часто скрывают суицидальное поведение своих детей, не замечают его или не знают к какому специалисту и куда можно обратиться.

✓ Родители детей с суицидальным поведением часто имеют аномальные личностные особенности, депрессивные нарушения, зависимы от алкоголя. Они эмоционально холодны со своими детьми. Часты неполные семьи, в полных семьях царит недоброжелательство, эгоцентричность, несогласие в принципах воспитания детей, постоянный подрыв авторитета друг друга.

#### **Большинство случаев суицида происходит в пределах одной из четырёх основных категорий**

- это дети, которые были раздражительны и чрезмерно чувствительны к критике

- те, кто был импульсивным, непостоянным, неустойчивым

- те, кто был спокойным, необщительным, с трудностями адаптации

- группа «безупречных детей» с высокими стандартами, которые были самокритичны и боялись совершения ошибок.

#### **Особенности детей, склонных к суицидальному поведению**

- выраженная впечатлительность и внушаемость детей;

- склонность к колебаниям настроения;

- слабость критических способностей;

- эгоцентрическая устремлённость;

- импульсивность;

- несформированность представлений о необратимости смерти;

- способность ярко чувствовать и сопереживать.

#### **Возрастные особенности суицидального поведения в детском возрасте включают**

1. недостаточную адекватную оценку детьми последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти. В практическом аспекте это заставляет рассматривать ВСЕ виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности суицидального поведения;

2. несерьёзность, мимолётность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети и подростки объясняют свои попытки самоубийства;

3. наличие взаимосвязи самоубийств и попыток детей и подростков с некоторыми видами отклоняющегося (девиантного) поведения: побегими из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтными взаимоотношениями с родителями, случаями алкоголизации и т.д.

#### **Главными предрасполагающими факторами к суицидальному поведению являются**

- неблагополучная семья

- психическое расстройство

- физическое заболевание

- суицидальная попытка в прошлом.

✓ В семьях детей, совершивших суицидальную попытку, отмечено увеличение частоты внутрисемейных разногласий, суицидального поведения у родственников, а также злоупотребления психоактивными веществами у матери или отца.

✓ Ребёнок, который лишился одного из родителей в возрасте до 13 лет, относится к группе повышенного риска возникновения расстройства настроения и совершения суицида.

✓ Предшествующие суициду факторы включают в себя также - дисциплинарный кризис, потерю взаимопонимания среди сверстников, ссоры с родителями, несчастную любовь, трудности в школе, тяжёлую утрату, разлуку.

✓ С учётом свойственных детско-подростковому возрасту подражательных тенденций отмечается «заразительность» суицидального поведения.

✓ Средства массовой информации, сообщающие о реальных самоубийствах, суицидальных попытках, обсуждающие проблемы суицида, а также использующие этот сюжет в художественных фильмах, литературе, песнях оказывают косвенное воздействие.

✓ К провоцирующим суицидальное поведение факторам можно отнести и доступность средств осуществления суицида.

#### **Роль депрессии**

✓ В суицидальном поведении важную роль играют депрессивные расстройства настроения и их проявления в виде нарушений поведения, формирующиеся в подростковом возрасте.

✓ Расстройства настроения часто сопровождаются злоупотреблением алкоголем или наркотиками, поведенческими нарушениями и другими психическими расстройствами.

✓ «Атипичный» характер депрессий детско-подросткового возраста затрудняет и отдаляет диагностику, а несвоевременное и неадекватное лечение ведёт к утяжелению симптоматики, резистентности к терапии и появлению суицидальных тенденций.

✓ В клинической картине депрессий в этом периоде, наряду с типичными проявлениями данного синдрома, наблюдаются и сугубо возрастные признаки: соматические и вегетативные эквиваленты (боли различной

ребенок подвижен. Плохое настроение нередко удерживает его от входа в класс, приводит к прогулам занятий, это - бегство от необходимости делать волевые усилия, напрягаться психически, но внешне это выглядит как девиантность и затрудняет постановку диагноза депрессии.

Нарушения поведения и настроения, снижение продуктивности в учебной деятельности, а в некоторых случаях и невозможность вследствие ухудшения состояния продолжать учёбу нередко вызывают негативную, в некоторых случаях агрессивную реакцию в первую очередь у родителей и других ближайших родственников пациентов.

Самое тяжёлое осложнение депрессии - это суицидальная попытка. Суицидальное поведение (суицидальные мысли, суицидальные высказывания или угрозы, замыслы и намерение совершить самоубийство и собственно суицидальная попытка) нередко бывает первым признаком, который привлекает внимание к психическому состоянию ребенка и приводит к выявлению заболевания.

#### **СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЮТ ДЕПРЕССИИ**

1. Эндогенные психические заболевания (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения) - являются наследственно обусловленными, конституциональными, развиваются по своим внутренним механизмам
2. Реактивные депрессии - возникают в связи с острой тяжёлой психотравмой, актуальной в детско-подростковом возрасте
3. Соматогенные депрессии - обусловлены тяжёлым соматическим заболеванием, как правило хроническим
4. Невротические депрессии - являются результатом длительно существующей, хронической неблагоприятной жизненной ситуации

5. Патологически протекающий пубертатный (периода полового созревания) криз с депрессивными включениями.

#### **ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ**

Для детей, старше 7 лет - это **проблемы, связанные со школой** - смена класса, учителя, переезд и переход в новую школу, отставание от сверстников в связи с длительным физическим заболеванием, оскорбительное поведение учителя. Также это: наследственная предрасположенность, недавние острые соматические заболевания - токсический грипп, тяжёлая ангина, детские инфекции, травма, физические заболевания, недавний стрессовый период в жизни, плохая приспособляемость к изменившимся обстоятельствам.

#### **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ**

1. Обследование (педиатр, невролог, клинический психолог, психиатр) и уточнение диагноза.
2. При подтверждении расстройства настроения наблюдение психиатром, который проводит необходимую работу с семьёй, определяет тактику лечения и реабилитации.
3. Выполнение мер, направленных на недопущение школьной дезадаптации или её преодоление - помимо собственно лечения, щадящий режим обучения и индивидуальный подход со стороны педагогов.

При амбулаторном лечении - удержание или восстановление в своём классе, непрерывающееся обучение во временно щадящих условиях обучения, преодоление упорного отказа от школы и «школьных фобий», 2-3 выходных дня в неделю, свободное посещение уроков. В крайних случаях - на короткие сроки индивидуальное обучение.

*Подготовил врач-психиатр высшей категории,  
к.м.н. А.В.Куликов*

Департамент образования города Москвы

Юго-Западное окружное

управление образования

ГБОУ Центр диагностики

и консультирования «Теплый Стан»

117465, Москва, Теплый Стан, д. 13, корп. 3

тел./факс (495) 424-0433

<http://www.centerteplystan.ru/>

e-mail: [cdik\\_t\\_stan@mail.ru](mailto:cdik_t_stan@mail.ru)

## **СЕРИЯ**

### **«Памятки для учителей»**

## **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Москва, 2012

**Депрессивный синдром** - набор эмоциональных и психологических отклонений от предыдущего нормального состояния, имеющих место практически каждый день в течение не менее 2 недель. Наиболее частыми симптомами

являются: депрессивное и раздражительное настроение; заметное уменьшение или полная потеря интереса и удовлетворения от обычных видов деятельности; изменения в весе (значительная потеря или прибавка), уменьшение или повышение аппетита; нарушения сна (бессонница или повышенная сонливость); психомоторное беспокойство, возбуждённое или заторможенное состояние; усталость и потеря энергии; чувство ненужности, недовольства собой, чрезмерной вины; сниженная способность к мышлению или концентрации внимания, уменьшенная мотивация к новым действиям, невозможность принятия решений; повторяющиеся мысли о смерти, мысли о самоубийстве или суицидальные попытки.

Таким образом, основные проявления типичного депрессивного синдрома включают в себя

1. эмоциональное торможение (собственно плохое настроение)
2. двигательное торможение (бедность мимики, мышечная скованность или вялость)
3. идеаторное торможение (трудность сосредоточения, замедление мыслительного процесса, речи).

Распространённость: около 3-7% детей и подростков.

Функциональные нарушения, связанные с депрессивным синдромом в детстве, простираются практически на все области психосоциального мира ребёнка - нарушаются успеваемость в школе (один из наиболее ранних признаков депрессии) и поведение, отношения со сверстниками и в семье. Успехи в школе

часто страдают из-за сочетания трудностей в сосредоточении внимания, замедления мышления, снижения интересов и мотивации, утомляемости, сонливости и поглощённости депрессивными переживаниями.

Дети и подростки из-за депрессивности не стремятся к откровенным беседам, а своими поступками они восстанавливают против себя даже близких. Часто мучительные переживания, скрывающиеся за фасадом асоциального поведения, становятся известными слишком поздно - после попытки самоубийства или ухода из дома.

В качестве «масок» и эквивалентов депрессий у детей и подростков чаще всего выступают

**1. соматовегетативные нарушения:** дети часто жалуются на головную боль, боли в животе, обостряются или возникают такие психосоматические заболевания, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение или резкое похудание. Отмечаются вегетососудистые расстройства - лабильность пульса, склонность к тахикардии, неопределённые болевые ощущения в области сердца при отсутствии его органического поражения; нарушения менструального цикла у девушек.

**2. нарушения поведения:** у мальчиков проявляется стремление сорвать зло, разрядить душевное напряжение агрессивным поступком, у девочек обнаруживается сексуальная распушенность, протест против внутреннего дискомфорта выражается в асоциальных действиях

Депрессия дошкольного и раннего школьного (до 10 лет) возраста нередко трудна для диагностики. Она выражается, в основном, в соматовегетативных и двигательных нарушениях. В одних случаях преобладают вялость, пассивность, апатия, в других - тревога, беспокойство. Наблюдаются расстройства сна,

аппетита, энурез, энкопроз, жалобы на неопределённые боли или ощущения в разных органах. О настроении эти дети говорят, что оно плохое, скучное, но четких депрессивных высказываний нет. В семье они бывают грубы, агрессивны, непослушны, что уводит мысль от диагноза депрессии. Таким образом, сама депрессия маскируется детскими капризами и соматическими жалобами.

Депрессия детей раннего школьного возраста часто выражается внешне в беспричинно наступающем снижении способности к обучению, осмыслению школьного материала становится непосильным, требует все большей затраты сил и времени, ночных занятий.

Возникающие соматические жалобы, боли различной локализации приводят к тому, что дети попадают к психиатру далеко не сразу. Большинство детей долго лечатся у педиатров, гастроэнтерологов, неврологов, хирургов. Но и при обращении к психиатру депрессия также распознаётся не всегда.

У детей 10-15 лет при депрессии уже может возникать чувство тоски, но оно или сопровождается, или время от времени сменяется раздражительностью и недовольством.

Дети недовольны не столько собой, сколько окружающими; возникают социальная отгороженность в школьном коллективе, нарушения поведения с агрессивными проявлениями, которых не бывало прежде. Обычно присутствуют суточные колебания настроения, с утра тяжело встают в школу, испытывают вялость, заторможенность, как в движениях, так и в мышлении, не могут сосредоточиться, особенно на первых уроках. Во второй половине дня настроение улучшается, дети более оживлены, не могут долго уснуть. Продуктивная деятельность замедлена, общение затруднено, мимика застывшая, но в целом