



Межведомственное взаимодействие при сопровождении студентов, находящихся в суицидальном кризисном состоянии

**Банников Г.С. – к.м.н. отделения суицидологии
Московского НИИ Психиатрии,
научный руководитель Сектора сопровождения студентов МГППУ**

**РИСКИ ДЕСТРУКТИВНОГО И АУТОДЕСТРУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
Москва 2024**

Актуальность

- Самоубийство было определено как одна из пяти основных проблем психического здоровья среди студентов университетов во всем мире (Всемирная организация здравоохранения, 2019).
- Суицидальные мысли были обнаружены у 3,4% первокурсников университета (Blasco et al., 2019).
- Примерно 11% 18-25-летних сообщают о мыслях о самоубийстве (Национальный альянс по психическим заболеваниям, 2019).
- Имеющиеся исследования (Bantjes et al., 2019; Mortier et al., 2019; Pillay et al., 2020) показывают, что депрессия и самоубийства более распространены среди студентов университетов по сравнению с населением в целом (Ibrahim et al., 2013).
- У 83,1% студентов с психическими расстройствами эти расстройства возникли до поступления в вуз (Auerbach et al., 2016).

Суицидальное кризисное состояние является отражением внутренних психических процессов и характеризуется сочетанием клинико-психопатологических, негативных психологических и суицидальных тенденций (**пассивных и активных суицидальных интенций**). Внешним выражением суицидального кризиса могут быть различные формы **самоповреждающего поведения, суицидальные действия.**



Как определить и что делать ?



Регламент внутриведомственного и межведомственного взаимодействия ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» в случаях незавершенного и завершенного суицида обучающимися

Участники социально-психологического сопровождения студентов находящихся в кризисной ситуации/состоянии

Проректор по воспитательной работе

- Сотрудники Сектора сопровождения студентов;
- (при необходимости сотрудники ФКЦ, Телефона доверия);
- Сотрудники сектора социальной помощи и поддержки;
- Сотрудники Центра Рублева (психо-физиологическая реабилитация).

Комплексная биопсихосоциальная модель суицидального поведения в подростковом возрасте*



*Банников, Г. С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте. Часть 1 (статические компоненты модели) // Российский психиатрический журнал. 2023. № 5. С. 55–65.

Банников, Г. С. Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте. Часть 2 (структурно-динамические компоненты модели) // Российский психиатрический журнал. 2023. № 6. С. 00–00.

Суицидальное кризисное состояние в подростковом и юношеском возрасте (клинико-психологические маркеры): методические рекомендации / Г. С. Банников, К. А. Чистопольская, П. К. Яхьяева; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени С. С. Корсакова» Минздрава России. М., 2023.

Суицидальное кризисное состояние (внесение в глоссарий суицидологических терминов)*

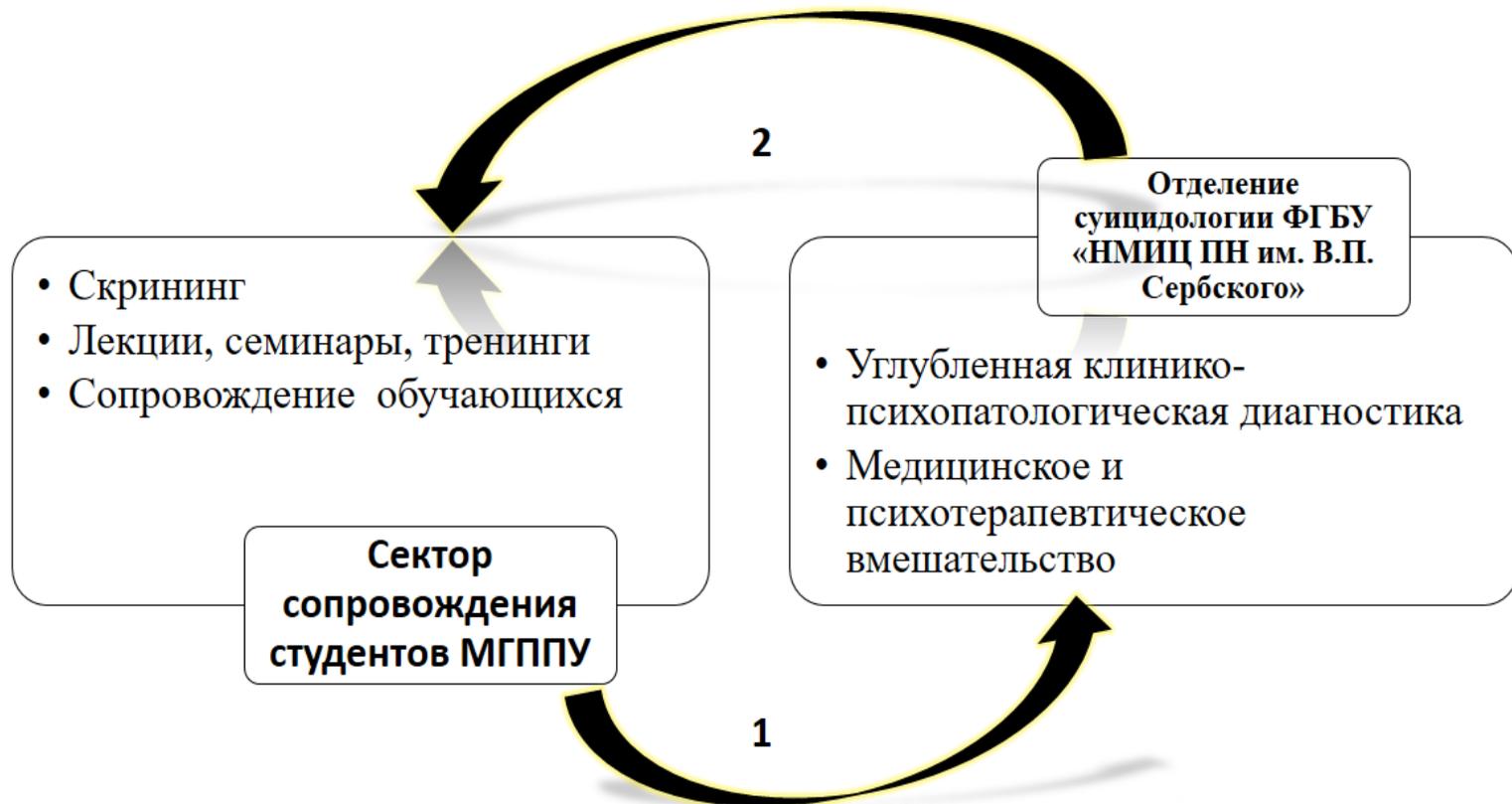


Группа высокого суицидального риска с суицидальными намерениями и суицидальными попытками ассоциированы с депрессивными расстройствами, наследственной отягощённостью, длительностью течения заболевания, неоднократными суицидальными попытками без последующих госпитализаций.

*Суицидальное кризисное состояние в подростковом и юношеском возрасте (клинико-психологические маркеры):
Методические рекомендации.– М.:ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023.– 20с.

С 2021 г. в рамках реализации договора между ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и МГППУ осуществляется межведомственное взаимодействие по направлению обучающихся с признаками суицидального поведения в отделение суицидологии МНИИП с последующей совместной с психологами СПС МГППУ разработкой индивидуальной стратегии сопровождения.

МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ/МАРШРУТИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ



Этапы взаимодействия

- 1 этап.** Первичный скрининг состояния обратившихся за помощью в ССС (карта, опросники тревоги и депрессии А. Бека.)
- 2 этап.** Консультация сотрудниками ССС студентов, первично соответствующих критериям суицидального кризиса. Дополнительно заполняется диагностический пакет методик, направленных на выявление клинико-психологических предикторов суицидального поведения.
- 3 этап.** При подтверждении суицидального риска - рекомендации посещения врача психиатра отделения суицидологии МНИИП.
- 4-й этап.** Обследование врачом психиатром с целью определения стратегии медико-психологического сопровождения.
- 5-й этап.** Контроль результатов (методическое сопровождение, супервизия, динамическое наблюдение, осуществляемые совместно психологами образовательной организации и психиатрами отделения суицидологии).

Дополнительные методы исследования

Опросники, направленные на уточнение характера суицидального кризисного состояния:

1. опросник депрессии А. Бека.
2. опросник суицидального нарратива (Suicide Narrative Inventory (SNI)).
3. опросник суицидального кризиса (Suicide Crisis Inventory (SCI)).
4. симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised).

Чистопольская К.А., Rogers M.L., Сао Е., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовничая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. Суицидология. 2020; 11 (4): 76-90. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90

Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Кравцова Н.А., Садовничая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19. Суицидология. 2022; 13 (1): 88-104. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104

Концепция непрерывности оказания помощи

Показатель	Описание
<i>Непрерывность во времени</i>	Длительное оказание помощи наименьшим необходимым числом специалистов
<i>Междисциплинарная непрерывность</i>	Эффективное взаимодействие между специалистами разных профилей при оказании помощи
<i>Непрерывность взаимоотношений</i>	Наличие одного или группы специалистов, устанавливающих терапевтические отношения с пациентом
<i>Информационная непрерывность</i>	Своевременная передача клинической информации по мере обращения пациента в другие службы
<i>«Гибкость»</i>	Возможность реагировать на изменяющиеся потребности клиента
<i>Контекстуальная непрерывность</i>	Оказание помощи в привычных для клиента условиях, в сообществе
<i>Восприятие пациентом</i>	Опыт пациента, скоординированность и последовательность помощи с точки зрения пациента

Результаты (2020-2024)

- При первичном скрининге выявляется 55% с суицидальными мыслями;
- Из них психологами сектора суицидальные мысли повреждаются у 80% (без клинических признаков), 20% с клиническими признаками- обращение специалисту);
- Из них 80% посещают специалиста (одновременно работая с психологами) и при необходимости получают терапию;
- Из них суицидальные мысли не исчезают у 10% (без клинических признаков).

Соотношение показателей тревоги, депрессии и выраженности суицидальных интенций

Шкала депрессии А.Бека

	У меня нет суицидальных мыслей	У меня есть суицидальные мысли, но я не приведу их в действие	Я бы хотел покончить с собой	Я бы покончил с собой при подходящей возможности
Нет депрессии	31	1	0	0
Легкая депрессия	15	12	4	0
Умеренная депрессия	17	15	1	0
Тяжелая депрессия	3	9	3	6
Всего	66	37	8	6

Шкала тревоги А.Бека

	У меня нет суицидальных мыслей	У меня есть суицидальные мысли, но я не приведу их в действие	Я бы хотел покончить с собой	Я бы покончил с собой при подходящей возможности
Незначительная тревога	41	9	3	0
Средняя тревога	20	19	2	2
Высокая тревога	5	9	3	4
Всего	66	37	8	6

Факторы, способствующие развитию суицидальных намерений и суицидальных действий

использовались показатели площади параметров по ROC кривой (не ниже 0,8)

Суицидальный нарратив

- Переживание себя бременем для близких (обуза)
- Социальный проигрыш
- Обреченность (безвыходность)

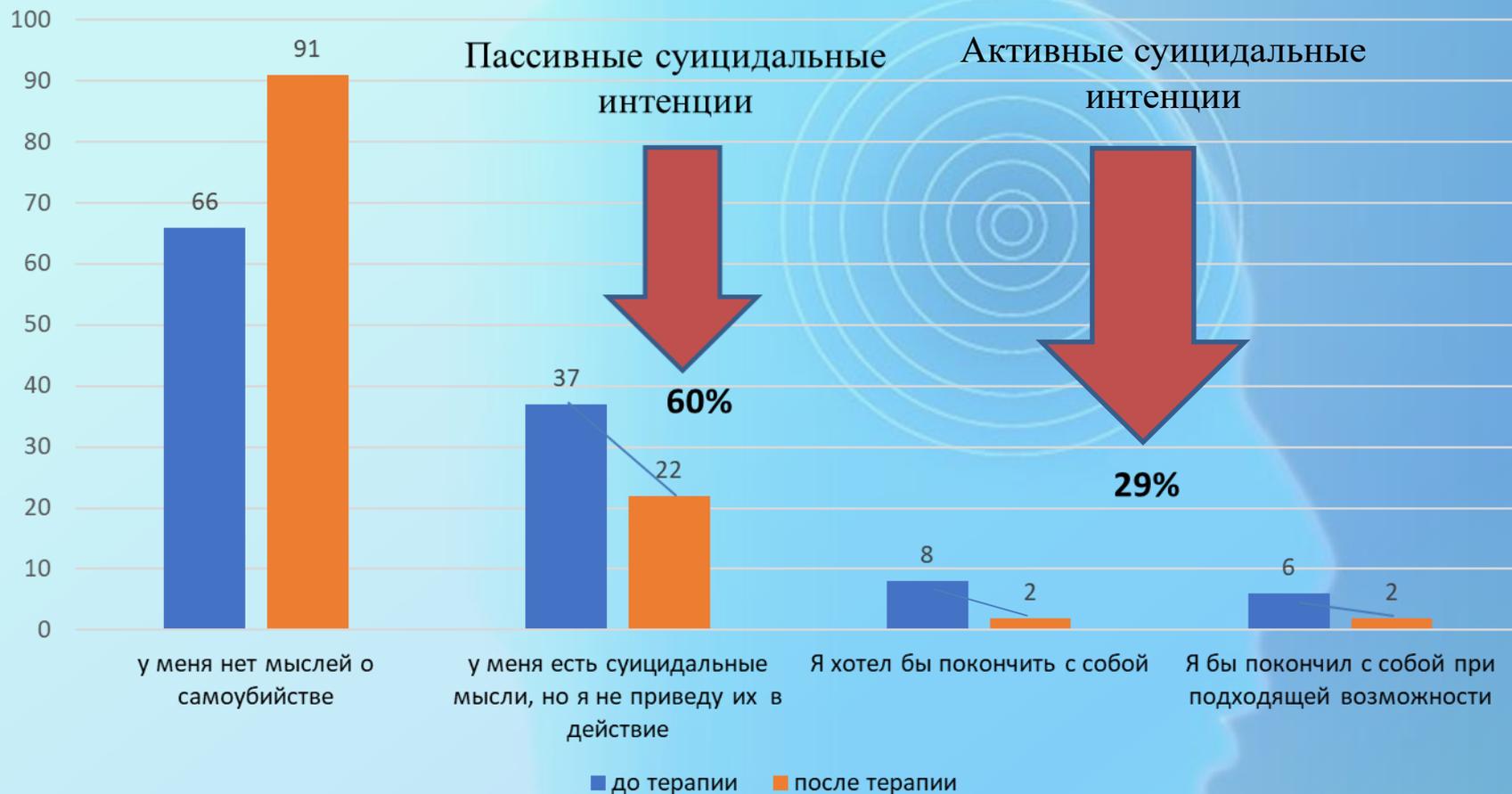
Суицидальное кризисное состояние

- Западня (безысходность)
- Эмоциональное страдание (боль)
- Нарушение активности
- Нарушение сна
- Сумма по опроснику Бека (отсечения по коэффициенту Юдена 15,5)

Эмоции (ведущий аффект)	Дисфория, раздражение	Тревога, растерянность	Тоска, подавленность
Ситуации	Утраты своей исключительности	Отвержение, пренебрежение	Несправедливость, несвобода, потери
Кризисный нарратив	Личное или социальное унижение	Недифференцированный	Переживание себя как бремя(обуза) для окружающих, безысходность
Суицидальный мотив. Как совершается. Почва	Мечь, наказание. Демонстративно, рационально Акцентуации	Избегание страдания. Ищут помощи, сочувствия	Протест, доказать, самонаказание. В одиночестве Депрессия
Запрос студента	Как достичь цели?	Недифференцированный, - помогите!	Страх покончить с собой
Задача первой встречи	Восстановление уникальности	Восстановление уверенности	Восстановление надежды
Как решаем	Через «возвращение короны»	Через директивные поддерживающие установки	Через откровенность, открытость
Антисуицидальный фактор	Страх смерти, несуществования	Страх перед болью, неизвестностью	Страх нанести вред ближнему

Результаты после медико-психологического консультирования

Суицидальный риск до и после вмешательства n=117



Факторы, влияющие на эффективность кризисного вмешательства

Положительно

- **Особенности воспитания**-эмпатические, поддерживающие;
- **Особенности личности** – тревожно-зависимые личности;
- **Состояние** – тревога, растерянность, бессилие
- **Ищут помощи и сочувствия**

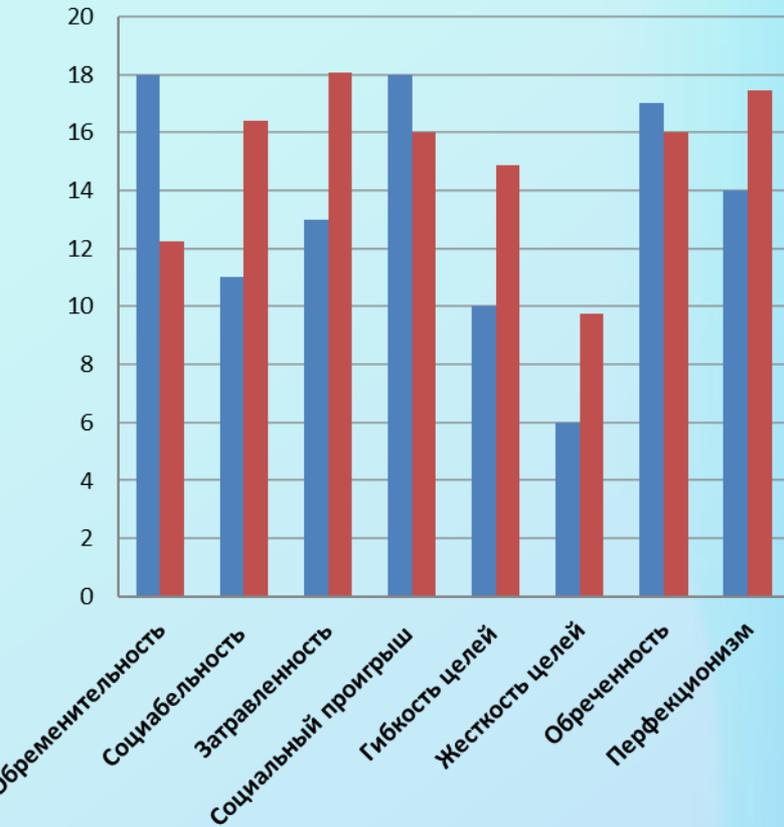
Отрицательно

- **Особенности воспитания** – «контроль без любви»;
- **Особенности личности:** ригидность, склонность к зависанию в ситуациях, эгоцентризм;
- **Суицидальный нарратив**-«ощущение себя бременем для других», «перфекционизм»;
- **Состояние** - смешанное тоскливо-дисфорическое, манипулятивное поведение
- **Не готовы к изменениям**

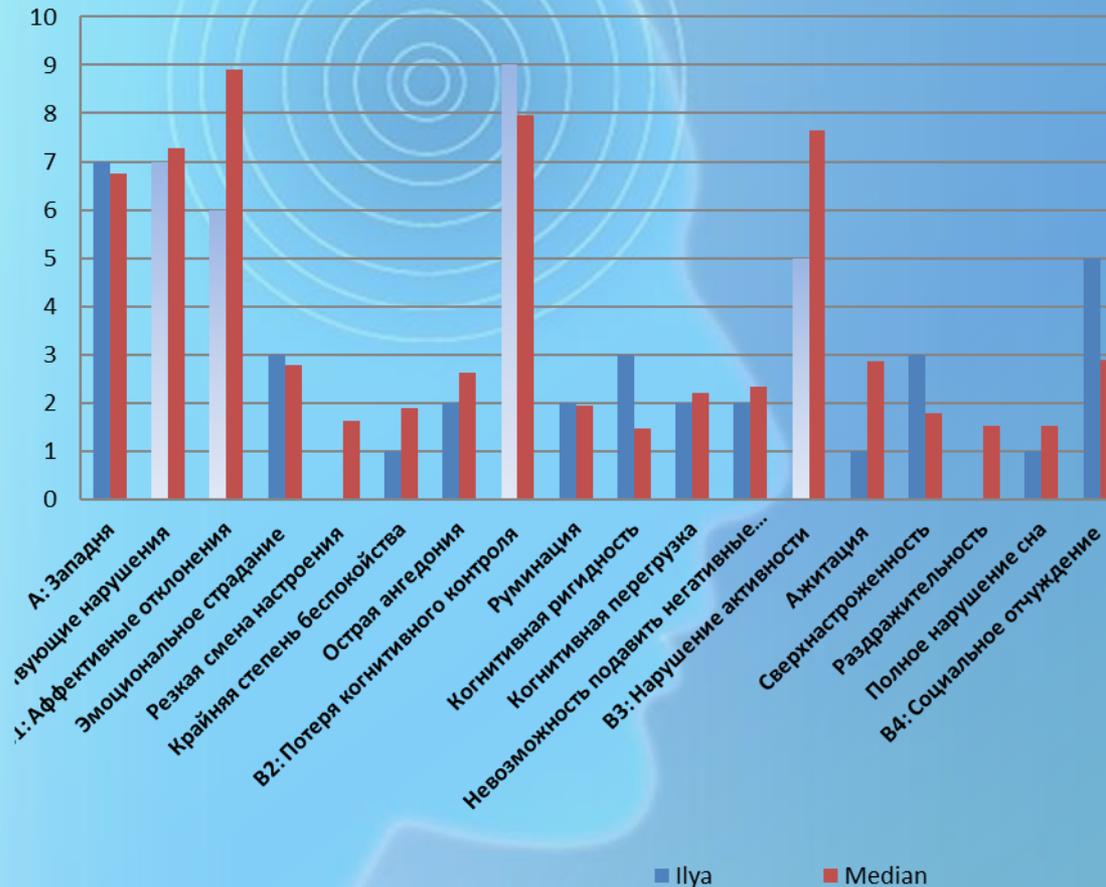
Пример

профиля кризисного состояния молодого человека с высоким суицидальным риском
(2 суицидальные попытки за последние полгода)

Опросник суицидального нарратива



Опросник суицидального кризиса



Выводы:

- 1. Структурно-динамические изменения кризисного состояния на фоне краткосрочного психотерапевтического вмешательства определяются тяжестью психического состояния, ведущим аффектом, часто связанным с личностными особенностями.**
 - 1.1. Суицидальные намерения и планы чаще встречаются в группе студентов с ведущим дисфорическим аффектом.
 - 1.2. Наиболее медленные изменения в состоянии наблюдаются в группе студентов с ведущим тоскливым аффектом, что связано с тяжестью психического состояния.
 - 1.3. У студентов с ведущим тревожным аффектом можно достичь более быстрых изменений в состоянии.
- 2. Факторами риска развития суицидальных мыслей являются: эмоциональные страдания, переживание себя бременем для окружающих, «социальный проигрыш», чувство безвыходности («ловушка»), нарушение активности, нарушения сна.**
- 3. Выявлены факторы способствующие и препятствующие выходу из кризисного состояния.**
- 4. Подключение врача-психиатра с целью дальнейшего медико-психологического сопровождения студента существенно уменьшает риски развития суицидального состояния.**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



Выделены три механизма развития суицидального поведения в зависимости от сочетаний факторов уязвимости и структуры суицидального кризисного состояния (ведущего аффекта)

- 1. При тревоге - через соматическое истощение**, астенизацию и нарастающее бессилие с мотивом «побега» (преимущественно тревожное, астено-депрессивное состояние)
- 2. При тоске - через психическое истощение** и нарастающие депрессивные проявления с переживанием вины и чувством бремени себя для окружающих с мотивом самонаказания (депрессивный синдром)
- 3. При дисфории - через фрустрацию своих желаний**, воспринимаемых как личное или социальное унижение с быстро нарастающими обидой, гневом с демонстративными, манипуляторными суицидальными проявлениями (преимущественно тревожный, ипохондрический, конверсионные синдромы)