

А. П. Гелда¹, В. В. Голубович², О. В. Лисковский³, И. В. Быченко¹,
М. Л. Гнедько¹, Е. Г. Горюшкина¹, В. Н. Шаденко¹

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»¹,
ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь»²,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»³*

Изучены клиничко-суицидологические образцы суицидальности в детско-подростковом возрасте. Выборка исследования составила 186 случаев суицидальных попыток: 58 – совершенных лицами мужского пола и 128 – женского. Установлено, что в детско-подростковом возрасте значимо ассоциированными с суицидальным поведением среди лиц мужского пола являются употребление алкоголя с вредными последствиями (RR = 7,1: 3,9–27,6 %; $p < 0,001$), алкогольное опьянение при совершении самопокушения в возрасте 16–18 лет (RR = 3,1: 16,4–50,0 %; $p < 0,001$), brutальные способы самопокушений (путем выбрасывания с высоты, повешения, падения под движущийся объект – совокупный RR = 5,3: 3,9–20,7 %; $p < 0,001$), ситуативный смысл самопокушения (RR = 1,3: 7,4–9,6 % случаев высокой ситуативной тревожности; $p > 0,05$), а среди лиц женского пола – расстройства личности, поведения и эмоций (RR = 3,6: 8,6–31,3 %; $p < 0,001$), алкогольное опьянение при совершении самопокушения в возрасте до 16 лет (RR = 1,4: 5,2–7,0 %; $p > 0,05$), наследственная психопатологическая отягощенность (RR = 1,7: 34,5–58,6 %; $p < 0,01$), протестные формы самопокушений (самоотравлений медицинскими и токсическими препаратами агрохимии; самоповреждений острыми предметами – совокупный RR = 1,2: 75,8–92,2 %; $p < 0,01$), личностный смысл самопокушения (RR = 2,0: 23,1–45,5 % случаев высокой личностной тревожности; $p < 0,01$).

Ключевые слова: клиничко-суицидологические факторы, суицидальная попытка.

**A. P. Gelda, V. V Golubovich, O. V. Liskovski, I. V. Bychenko,
M. L. Hniadzko, E. G. Gorushkina, V. N. Shadenko**

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND TEENAGE YEARS: THE RESEARCH OF CLINICAL SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS

There are studied clinical suicidological samples of suicidality in childhood and teenage years. The selection of the research consisted of 186 suicide attempts cases: 58 committed by males and 128 committed by females. It is found that in childhood and teenage years usage of alcohol with harmful consequences is significantly associated with suicidal behavior among males (RR = 7,1: 3,9–27,6 %; $p < 0,001$), alcohol intoxication when committing self-attempt at the age of 16–18 (RR = 3,1: 16,4–50,0 %; $p < 0,001$), brutal ways of self-attempts (by jumping out from a height, hanging, falling under a moving object – cumulative RR = 5,3: 3,9–20,7 %; $p < 0,001$), situational reason of self-attempt (RR = 1,3: 7,4–9,6 % cases of high situational anxiety; $p > 0,05$); among females there are disorders of personality, behavior and emotions (RR = 3,6: 8,6–31,3 %; $p < 0,001$), alcohol intoxication when committing self-attempt at the age under 16 (RR = 1,4: 5,2–7,0 %; $p > 0,05$), hereditary psychopathological burden (RR = 1,7: 34,5–58,6 %; $p < 0,01$), protest self-attempts (self-poisoning by medical and toxic drugs of agrochemistry; self-damage by sharp objects – cumulative RR = 1,2: 75,8–92,2 %; $p < 0,01$), personal reason of self-attempt (RR = 2,0: 23,1–45,5 % cases of high personal anxiety; $p < 0,01$).

Key words: clinical suicidological factors, suicide attempt.

Самоубийства и покушения на собственную жизнь являются актуальной медико-социальной проблемой в большинстве стран мира, включая Беларусь [10]. Детско-подростковое население (возраста 10–18 лет) идентифицируется как группа населения избыточного суицидального риска [8] с отличимыми от взрослого контингента суицидентов кластерными характеристиками формирования суицидального поведения [5], среди которых наиболее малоизученными являются клинко-суицидологические [7, 9]. Клинко-суицидологические факторы (переменные: способ самопокушения, нозологическая группа психических и поведенческих расстройств, уровни депрессивности и суицидальных намерений и др.), формирующиеся в пресуицидальном периоде, в тесном взаимодействии с иными факторами суицидальности – наиболее значимые предикторы суицидальной готовности в детско-подростковом возрасте [2–3], подлежащие унифицированному системному исследованию с учетом национальных особенностей патогенетических механизмов формирования детско-подросткового суицидального поведения для последующей разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых лечебно-диагностических технологий превенции детско-подростковой суицидальной агрессии [1, 4, 8].

Цель исследования – изучение клинко-суицидологических особенностей формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте.

Материал и методы. Исследование по изучению клинко-суицидологических образов суицидальности в детско-подростковом возрасте, открытое сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (мужской/женский пол) в соответствии с унифицированным международным исследовательским стандартом в области суицидологии и протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов [6] выполнено при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01.2018 г. – 01.01.2020 г. на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья». Критерии включения контингента лиц в исследование: возраст 10–18 лет, переживаемый психологический кризис, саморазрушающее поведение (суицидальные попытки), обследование в первые 2 дня поступления в клинику, добровольное согласие на участие в исследовании (в возрасте до 14 лет – согласие родителей, опекунов).

Математический метод обработки материалов исследования в программно-аналитическом комплексе SPSS 17,0 for Windows включал описательную статистику, оценку точности и надежности чис-

ловых характеристик с проверкой нулевой гипотезы о равенстве/различии средних значений ($M \pm m$) и относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках в режимах параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической (хи-квадрат Пирсона; χ^2) статистики при выбранном двухстороннем 95 % уровне значимости, а также включал анализ таблиц сопряженности с расчетом относительного риска (RR) и доверительных интервалов (95 % CI). Для оценки нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова.

Всего в исследование было включено 186 человек (в возрасте от 12 до 18 лет): 58 (средний возраст $17,0 \pm 0,15$ лет) – лица мужского и 128 ($16,1 \pm 0,11$ лет) – лица женского пола ($t = 5,074$ и $p = 0,000001$). Мужская выборка парасуицидентов была представлена 39 жителями городской местности и 19 сельской, женская, соответственно, 99 и 29 (в 2,1–3,4 раза при случайности распределения более представительны городские когорты парасуицидентов: 67,2–77,3 % случаев против 22,7–32,8 %; $p = 0,144$).

Результаты и обсуждение. Анализ клинко-суицидологических образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом межполовых различий экстенсивных показателей в мужской и женской выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста (таблицы 1–2).

Предиспозиционные клинко-суицидологические факторы формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте (таблица 1).

Нозологическая группа психических и поведенческих расстройств и «депрессивность» как фактор психической дезадаптации. Переживаемая ребенком кризисная суицидоопасная ситуация является предиспозицией формирования и развития психической дезадаптации, высоко коррелирующей с вероятностью совершения суицидальных актов [2, 4, 9].

В искомым выборках парасуицидентов ($\chi^2 = 29,6$; $p = 0,000002$) доминирующим верифицированным диагнозом являлся диагноз «невротических расстройств, связанных со стрессом» (F41.2; F43.2) – 59,4–62,1 % случаев ($p > 0,05$), далее по значимости соответствовали специфичные для детей и подростков «расстройства личности, поведения и эмоций» (F60-F61; F91-F92) – 8,6–31,3 % ($\chi^2 = 11,1$ и $p = 0,0008$; для женской выборки суицидальный RR = 3,63; 95 % CI [1,51–8,71]; $p < 0,001$) и «употребления алкоголя с вредными последствиями» (F10.1) – 3,9–27,6 % ($\chi^2 = 22,1$ и $p = 0,000002$; для мужской RR = 7,06; 95 % CI [2,72–18,35]; $p < 0,001$); значительно реже констатировались случаи «стрессово обу-

Таблица 1. Предиспозиционные клинико-суицидологические факторы формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте

Показатель	Оба пола (n = 186)	Мужчины (n = 58)	Женщины (n = 128)	p
Диагноз				
F10.1	21 (11,3)	16 (27,6)	5 (3,9)	< 0,001
F32.00	8 (4,3)	1 (1,7)	7 (5,5)	
F41.2; F43.2	112 (60,2)	36 (62,1)	76 (59,4)	
F60-F61; F91-F92	45 (24,2)	5 (8,6)	40 (31,3)	< 0,001
		$\chi^2 = 29,621$; p = 0,000002		
Шкала депрессии Бека:				
средний балл	13,5 ± 0,78	12,4 ± 1,33	13,9 ± 0,96	
норма (0–9 баллов)	84 (45,2)	28 (48,3)	56 (43,8)	
умеренно выраженная депрессия (10–18 баллов)	46 (24,7)	15 (25,9)	31 (24,2)	
критический уровень депрессии (19–29 баллов)	36 (19,4)	8 (13,8)	28 (21,9)	
явно выраженная депрессия (30–63 балла)	20 (10,8)	7 (12,1)	13 (10,2)	
		$\chi^2 = 1,707$; p = 0,635		
Алкогольное опьянение				
в т. ч. в возрастных диапазонах, лет:				
до 16	12 (6,5)	3 (5,2)	9 (7,0)	
16–18	50 (26,9)	29 (50,0)	21 (16,4)	< 0,001
		$\chi^2 = 4,220$; p = 0,040		
Алкоголь как проблема: субъективная оценка				
алкоголь представляет для Вас проблему	31 (18,8)	9 (21,4)	22 (17,9)	
пытались уменьшить употребление алкоголя	13 (7,9)	6 (14,3)	7 (5,7)	
указания на Ваши выпивки	19 (11,5)	4 (9,5)	15 (12,2)	
чувство вины по поводу Ваших выпивок	37 (22,4)	17 (40,5)	20 (16,3)	< 0,001
день с выпивки	18 (10,9)	7 (16,7)	11 (8,9)	
Наследственная психопатологическая отягощенность				
число лиц	95 (51,1)	20 (34,5)	75 (58,6)	< 0,01
сочетанная психопатологическая отягощенность	34 (18,3)	6 (10,3)	28 (21,9)	< 0,05
Сопутствующие хронические соматические и неврологические заболевания				
число лиц	61 (32,8)	17 (29,3)	44 (34,4)	
сочетанная органная патология	9 (4,8)	1 (1,7)	8 (6,3)	

Примечания:

1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в соответствующих выборках парасуицидентов.

2 – употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1); легкий депрессивный эпизод (F32.00); смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) или расстройства адаптации (F43.2); специфические и смешанные расстройства личности (F60-F61) или расстройства поведения (F91) и смешанные расстройства поведения и эмоций (F92).

3 – «алкоголь как проблема»: выборка «оба пола» – n = 165, подвыборки «мужчины» и «женщины», соответственно, n = 42 и n = 123.

4 – достоверность различий показателей (p) при межвыборочном сопоставлении по t-критерию Стьюдента/ χ^2 – хи-квадрату Пирсона.

словленных эпизодов легкой депрессии» (F32.00) – 1,7–5,5 % (в 3,2 раза чаще в женской выборке парасуицидентов; p > 0,05).

Оценочная интерпретация «депрессивности» по шкале депрессии Бека свидетельствовала о несколько более высоком среднем балле депрессии в женской выборке парасуицидентов (в 1,1 раза: 13,9 ± 0,96 балла против 12,4 ± 1,33 балла; p > 0,05), но при случайности и разнонаправленности частотного распределения в выборках парасуицидентов лиц с разными уровнями депрессии ($\chi^2 = 1,7$; p = 0,635). В частности, в мужской выборке парасуицидентов в 1,1–1,2 раза выше фиксировались доли лиц с умеренно выраженной депрессией

(25,9 % к 24,2 %) и явно выраженной (12,1 % к 10,2 %), а в женской – в 1,6 раза выше доля лиц с критическим уровнем депрессии (21,9 % к 13,8 %) (везде p > 0,05). Совокупно доленое представительство лиц с критическим уровнем депрессии и явно выраженной депрессией выше фиксировалось в женской выборке парасуицидентов (в 1,2 раза: 32,0 % к 25,9 %; p > 0,05).

То есть при формировании суицидального поведения в детско-подростковом возрасте преимущественно диагностируются «невротические, связанные со стрессом, расстройства» (без гендерного признака различия в 59,4–62,1 % случаев), реже специфичные для детей и подростков «расстройства

личности, поведения и эмоций», (8,6–31,3 %; для лиц женского пола суицидальный RR = 3,6; $p < 0,001$) и «употребление алкоголя с вредными последствиями» (3,9–27,6 %; для лиц мужского пола RR = 7,1; $p < 0,001$). Также в женской выборке парасуицидентов констатируется более высокий уровень депрессии по шкале Бека (клинически очерченных критического и явно выраженного уровней депрессии при совокупном RR = 1,2: 25,9–32,0 %; $p > 0,05$), сопряженный со стрессово обусловленными эпизодами легкой депрессии (RR = 3,2: 1,7–5,5 %; $p > 0,05$).

Алкогольное опьянение и бытовая алкоголизация. В состоянии алкогольного опьянения вследствие легкости возникновения аффективных и импульсивных реакций и ослабления критики и контроля управлением своим деструктивным поведением высок риск совершения самопокушений [2, 4–5, 8].

В нашем исследовании в выборках парасуицидентов констатировались значимо отличимые относительные величины встречаемости случаев совершения самопокушения в состоянии алкогольного опьянения (23,0–55,2 %; $\chi^2 = 18,1$ и $p = 0,00002$) при избыточном суицидальном риске в мужской выборке (RR = 2,35; 95 % CI [1,59–3,48]; $p < 0,001$). В выбранных возрастных диапазонах при не случайном распределении исследуемого явления ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,040$) в обеих выборках парасуицидентов отмечена более высокая встречаемость распространения самопокушений в состоянии алкогольного опьянения в возрасте 16–18 лет (16,4–50,0 %; $\chi^2 = 23,1$ и $p = 0,000002$ при избыточном в мужской выборке RR = 3,09; 95 % CI [1,91–4,87]; $p < 0,001$), чем в возрасте до 16 лет (5,2–7,0 %; RR = 1,40 для женской выборки; $p > 0,05$).

Бытовая алкоголизация. Использован метод субъективной оценки парасуицидентом наличия (или отсутствия) у него алкогольной проблемы как модератора суицидальной готовности. В исследование не были включены лица с верифицированным диагнозом «употребления алкоголя с вредными последствиями». Отмечено: 21,4 % респондентов в мужской выборке и в 1,2 раза реже в женской (17,9 %; $p > 0,05$) в настоящее время оценили свое отношение к употреблению алкоголя как личную проблему. В течение последнего года пытались уменьшить употребление алкоголя 14,3 % респондентов в мужской выборке и 5,7 % в женской (2,5-кратное различие соотношений показателей; $p > 0,05$). Указания со стороны других людей на злоупотребление алкоголем, в первую очередь со стороны членов семьи, отметили 9,5–12,2 % респондентов (в 1,3 раза чаще в женской выборке; $p > 0,05$). В течение последнего года чувство вины по поводу злоупотребления алкоголем испытывали 40,5 % респондентов в мужской выборке и 16,3 % в женской

(статистически значимое различие соотношений показателей: 2,5-кратное при $\chi^2 = 10,6$ и $p = 0,001$). И в то же время день с выпивки в течение данного года эпизодически начинал каждый десятый парасуицидент (8,9–16,7 %; в 1,9 раза выше уровень показателя в мужской выборке; $p > 0,05$).

То есть алкогольное опьянение при совершении суицидального акта является фактором, санкционирующим высокий уровень суицидальной активности в детско-подростковом возрасте (RR = 2,4 для лиц мужского пола: 23,0–55,2 %; $p < 0,001$), в особенности в возрасте 16–18 лет (ассоциированный с алкогольным опьянением добавочный суицидальный RR = 3,1 для лиц мужского пола: 16,4–50,0 %; $p < 0,001$) против возраста до 16 лет (RR = 1,4 для лиц женского пола: 5,2–7,0 %; $p > 0,05$). На фоне высокого уровня ассоциации суицидального поведения с алкогольным опьянением в каждом $1/5-1/6$ случае отмечается субъективная оценка личностной алкоголизации как проблемы (в мужской выборке в 1,2 раза выше показатель: 21,4 % к 17,9 %; $p > 0,05$). Причем фактор бытовой алкоголизации весомее в мужской выборке парасуицидентов (в 1,9–2,5 раза выше уровни показателей по большинству категориальных ответов: 14,3–40,5 % к 5,7–16,3 %, за исключением уровня показателя «указаний на выпивки» – в 1,3 раза выше в женской выборке: 12,2 % к 9,5 %).

Фактор наследственной психопатологической отягощенности. Анализу подвергнуты оценочные показатели долей парасуицидентов с общей психопатологической и сочетанной психопатологической отягощенностью. Отмечено следующее: в обеих выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста высок уровень наследственной психопатологической отягощенности (34,5–58,6 % случаев; $\chi^2 = 9,3$ и $p = 0,002$; в женской выборке RR = 1,70; 95 % CI [1,16–2,49]; $p < 0,01$), в том числе сочетанной (10,3–21,9 % случаев; $\chi^2 = 3,5$ и $p = 0,049$; в женской выборке RR = 2,12; 95 % CI [0,93–4,83]; $p < 0,05$).

То есть в детско-подростковом возрасте в суицидоопасной ситуации наследственная психопатологическая отягощенность в определенной степени предрасполагает к совершению суицидальных актов (34,5–58,6 % случаев наследственной психопатологической отягощенности), причем более патогенетически значимым вес этого фактора имеет место в женской выборке парасуицидентов (RR = 1,7; $p < 0,01$) и в особенности при наличии сочетанной психопатологической отягощенности (RR = 2,1: 21,9 % к 10,3 %; $p < 0,05$).

Фактор страдания хронической соматической и неврологической патологией. Анализу подвергнуты оценочные показатели долей парасуицидентов с общей соматоневрологической отягощенностью

и сочетанной органной патологией. Выявлено некоторое превалирование в женской выборке парасуицидентов накопления случаев сопутствующих хронических и неврологических заболеваний (1,2-кратное: 34,4 % к 29,3 %; $p > 0,05$) и случаев сочетанной органной патологии (3,6-кратное: 6,3 % к 1,7 %; $p > 0,05$).

То есть переживание психотравмирующей суицидоопасной ситуации в коморбидной связи с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями ассоциируется с некоторым повышенным суицидальным риском в женской выборке детей и подростков (RR = 1,2: 34,4 % к 29,3 %; $p > 0,05$), включая при страдании сочетанной органной патологией (RR = 3,6: 6,3 % к 1,7 %; $p > 0,05$).

Предикторные клиничко-суицидологические факторы формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте (таблица 2).

Способ самопокушения, уровень суицидальной готовности и угроза жизни. В переживаемой кризисной суицидоопасной ситуации в детско-подростковом возрасте при не случайности изучаемого явления ($\chi^2 = 14,0$ и $p = 0,007$) протестные формы самопокушений (самоотравлений медицинскими и токсическими препаратами агрохимии, бытовыми и самоповреждений острыми предметами), наименее соразмеримые с летальным исходом, являлись преимущественными в обеих выборках парасуицидентов (X60-X69: 22,4–32,8 % и X78: 53,4–59,4 % при избыточном накоплении случаев самопокушений в женской выборке в 1,1–1,6 раза) (совокупно 75,8–92,2 % случаев самопокушений; $\chi^2 = 9,5$ и $p = 0,002$; в женской выборке совокупный RR = 1,22; 95 % CI [1,04–1,42]; $p < 0,01$). Высоко летальные способы самопокушений при 5,1–5,5-кратном превышении накопления случаев самопокушений в мужской выборке встречались значимо реже: путем выбрасывания с высоты (X80) – в 1,6–8,6 % случаев или попытки самопокушений путем повешения (X70), падения под движущийся объект (X81) – в 2,3–12,1 % случаев (совокупно 3,9–20,7 % случаев; $\chi^2 = 13,5$ и $p = 0,0002$; в мужской выборке совокупный RR = 5,30; 95 % CI [1,96–14,34]; $p < 0,001$). Комбинированность способов самопокушений не высокая (формально равная в выборках парасуицидентов: 3,4–3,9 % случаев).

Оценка результатов обработки шкалы суицидальных интенций (SIS) и шкалы безнадежности свидетельствовали об отсутствии существенных межвыборочных различий (случайность распределений при $\chi^2 = 1,01$ –1,08 и $p = 0,582$ –0,602 и при $p > 0,05$ в сопоставлении по конкретным позициям уровней суицидальной готовности). Средние уровни суицидального риска выявлялись в пределах 9,9–10,3 балла по шкале SIS и 5,5–6,0 балла по шкале безнадеж-

ности (в 1,1 раза выше уровневые показатели в женской выборке парасуицидентов). Наиболее высокой в обеих выборках парасуицидентов являлось представительство показателя низкого суицидального риска: по шкале SIS в пределах – 55,5–58,6 % случаев и по шкале безнадежности – 60,2–63,8 0 % (в 1,1 раза выше значения показателей в мужской выборке парасуицидентов). В то же время более значимые неравности позиций показателей среднего и высокого суицидального риска в искомым выборках парасуицидентов формировали избыточные риски суицидальной готовности. Так, в женской выборке парасуицидентов по совокупному показателю среднего и высокого уровней суицидальной готовности по шкале SIS избыточный RR = 1,08: 41,4–44,5 % случаев ($p > 0,05$) и по шкале безнадежности – RR = 1,10: 36,2–39,8 % ($p > 0,05$).

Анализ распределения частотности случаев суицидальных попыток в зависимости от угрозы для жизни ($\chi^2 = 4,8$ и $p = 0,090$) указывал на превышение встречаемости в мужской выборке парасуицидентов случаев суицидальных попыток, при которых при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался (в 1,7 раза: 32,8 % к 19,5 % в женской; $p < 0,05$) при формальной равности частотности случаев суицидальных попыток с реальной угрозой для жизни (соответственно, 31,0 % и 29,7 %; $p > 0,05$) и в противовес большей встречаемости в женской выборке парасуицидентов случаев сомнительной угрозы (при неблагоприятном стечении обстоятельств не исключается летальный исход; в 1,4 раза: 50,8 % к 36,2 %; $p > 0,05$). Совокупно «сомнительная и реальная угроза» для жизни от самопокушения чаще встречалась в женской выборке парасуицидентов (в 80,5 % случаев против 67,2 %; $\chi^2 = 3,9$ и $p = 0,049$) при RR = 1,20 (95 % CI [0,98–1,46]; $p < 0,05$).

То есть суицидальная активность в детско-подростковом возрасте преимущественно проявляется протестными формами самопокушений (самоотравлений медицинскими и токсическими препаратами агрохимии, бытовыми; самоповреждений острыми предметами – совокупный для лиц женского пола RR = 1,2: 75,8–92,2 %; $p < 0,01$) и значимо реже brutальными (путем выбрасывания с высоты, повешения, падения под движущийся объект – совокупный для лиц мужского пола RR = 5,3: 3,9–20,7 %; $p < 0,001$). Каждый $\frac{1}{3}$ случай суицидального поведения ассоциирован с высоким риском угрозы для жизни от предпринятой суицидальной попытки (29,7–31,0 % случаев), причем среди лиц женского пола с более высоким (в 1,1 раза) уровнем суицидальной готовности (по совокупному показателю среднего и высокого уровней суицидальной готовности при оценке намерения на са-

Таблица 2. Предикторные клинико-суицидологические факторы формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте

Показатель	Оба пола (n = 186)	Мужчины (n = 58)	Женщины (n = 128)	p
Способ самопокушения				
X60-X69	55 (29,6)	13 (22,4)	42 (32,8)	
X78	107 (57,5)	31 (53,4)	76 (59,4)	
X80	7 (3,8)	5 (8,6)	2 (1,6)	
другой	10 (5,4)	7 (12,1)	3 (2,3)	< 0,01
комбинированный	7 (3,8)	2 (3,4)	5 (3,9)	
		$\chi^2 = 14,031$; p = 0,007		
Уровень суицидальной готовности (шкала суицидальных намерений; SIS):				
средний балл	10,2 ± 0,47	9,9 ± 0,84	10,3 ± 0,57	
низкий (0–10 баллов)	105 (56,5)	34 (58,6)	71 (55,5)	
средний (11–20 баллов)	66 (35,5)	18 (31,0)	48 (37,5)	
высокий (21–30 баллов)	15 (8,1)	6 (10,3)	9 (7,0)	
		$\chi^2 = 1,084$; p = 0,582		
Уровень суицидальной готовности (шкала безнадежности):				
средний балл	5,8 ± 0,36	5,5 ± 0,52	6,0 ± 0,47	
низкий (0–6 баллов)	114 (61,3)	37 (63,8)	77 (60,2)	
средний (7–13 баллов)	53 (25,5)	17 (29,3)	36 (28,1)	
высокий (14–20 баллов)	19 (10,2)	4 (6,9)	15 (11,7)	
		$\chi^2 = 1,014$; p = 0,602		
Угроза жизни:				
нет	44 (23,7)	19 (32,8)	25 (19,5)	< 0,05
сомнительная	86 (46,2)	21 (36,2)	65 (50,8)	
реальная	56 (30,1)	18 (31,0)	38 (29,7)	
		$\chi^2 = 4,810$; p = 0,090		
Сопrotивляемость стрессу (методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге):				
средний балл	221,7±13,9	187,7±21,6	236,3±17,5	
до 150 баллов	86 (49,1)	33 (63,5)	52 (43,0)	< 0,05
150–199 баллов	16 (9,2)	2 (3,8)	14 (11,6)	
200–299 баллов	20 (11,6)	4 (7,7)	16 (13,2)	
300 баллов и более	52 (30,1)	13 (25,0)	39 (32,2)	
		$\chi^2 = 7,048$; p = 0,070		
Тревожность (опросник ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина):				
Реактивная тревожность				
средний балл	27,6 ± 0,92	25,8 ± 1,64	28,4 ± 1,10	
низкая (1–30 баллов)	112 (64,7)	40 (76,9)	72 (59,5)	< 0,05
умеренная (31–45 баллов)	47 (27,2)	7 (13,5)	40 (33,1)	< 0,01
высокая (46 баллов и более)	14 (8,1)	5 (9,6)	9 (7,4)	
		$\chi^2 = 7,059$; p = 0,029		
Личностная тревожность				
средний балл	43,8 ± 0,94	40,4 ± 1,62	45,3 ± 1,13	< 0,01
низкая (1–30 баллов)	24 (13,9)	10 (19,2)	14 (11,6)	
умеренная (31–45 баллов)	82 (47,4)	30 (57,7)	52 (43,0)	
высокая (46 баллов и более)	68 (38,7)	12 (23,1)	55 (45,5)	< 0,01
		$\chi^2 = 7,903$; p = 0,019		

Примечания:

1 – См. таблицу 1.

2 – Самоотравления (X60-X69), самоповреждения: посредством острых предметов (X78), путем выбрасывания с высоты (X80).

3 – «Сопrotивляемость стрессу», «тревожность»: выборка «оба пола» – n = 173, подвыборки «мужчины» и «женщины», соответственно, n = 52 и n = 121.

мопокушение по шкале SIS: 41,4–44,5 % случаев и по шкале безнадежности: 36,2–39,8 %; p > 0,05).

Стрессоустойчивость. Проведена оценка степени сопrotивляемости стрессу (методика опреде-

ления стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге). Получены следующие результаты ($\chi^2 = 7,1$; p = 0,070): при 1,3-кратном различии показателя среднего балла стрессового воздействия

в искомым выборках парасуицидентов в течение текущего календарного года (до самопокушения) ($187,7 \pm 21,6$ балла и $236,3 \pm 17,5$ балла в мужской и женской выборках парасуицидентов соответственно; $p > 0,05$) дифференцированные уровни стрессовоздействия межвыборочно отличимые – доля лиц с уровнем, не достигавшим психологического стрессового воздействия (суммарная оценка событий до 150 баллов), составила 43,0–63,5 % (в 1,5 раза чаще встречаемость в мужской выборке парасуицидентов при $\chi^2 = 6,1$ и $p = 0,013$), с низким уровнем стрессовоздействия (150–199 баллов; высокая степень сопротивляемости психотравматическим событиям) – 3,8–10,6 % (в 3,0 раза чаще встречаемость в женской выборке парасуицидентов; $p > 0,05$), с пороговым (200–299 баллов; фаза нервного истощения) – 7,7–13,2 % (в 1,7 раза чаще встречаемость в женской выборке парасуицидентов; $p > 0,05$) и с высоким (300 и более баллов; низкая степень сопротивляемости стрессу) – 25,0–32,2 % (в 1,3 раза чаще встречаемость в женской выборке парасуицидентов; $p > 0,05$). Следовательно, изучаемое явление не носит закономерный характер ($p = 0,070$), но с выраженной тенденцией (1,4-кратное различие показателя) накопления в женской выборке парасуицидентов случаев личностного дистресса (совокупно фаза нервного истощения и низкая степень сопротивляемости стрессу: 45,5 % против 32,7 % случаев в мужской выборке парасуицидентов; $p > 0,05$).

То есть сила воздействия стрессовых факторов в период времени, предшествующий совершению самопокушения, выше себя проявляла в женской выборке парасуицидентов ($RR = 1,3$: $236,3 \pm 17,5$ балла к $187,7 \pm 21,6$ балла; $p > 0,05$), преимущественно обуславливаясь более высокой долей накопления случаев личностного дистресса (совокупно фаза нервного истощения и низкая степень сопротивляемости стрессу: 45,5 % против 32,7 % случаев в мужской выборке парасуицидентов; совокупный $RR = 1,4$; $p > 0,05$).

Фактор тревожности. Проведена оценка ситуативной и личностной тревожности в ближайшем периоде времени, предшествующем самопокушению (опросник Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина).

Реактивная (ситуативная) тревожность – не случайность распределения ($\chi^2 = 7,1$; $p = 0,029$) лиц с низкой, умеренной и выраженной тревожностью в мужской (средний уровень реактивной тревожности $25,8 \pm 1,64$ балла) и женской (средний уровень реактивной тревожности $28,4 \pm 1,10$ балла; $p > 0,05$) выборках парасуицидентов детско-подросткового возраста, в основном обусловленная существенным ($\chi^2 = 4,8$; $p = 0,028$) превышением совокупной доли лиц с умеренной и высокой тревожностью в женской выборке парасуицидентов

(40,5 % к 23,1 % случаев; $RR = 1,78$ и 95 % CI [1,02–3,02]; $p < 0,05$).

Личностная тревожность – также не случайность распределения изучаемого явления ($\chi^2 = 7,9$; $p = 0,019$), формирующая в женской выборке парасуицидентов более высокий средний уровень личностной тревожности (в 1,1 раза: $45,3 \pm 1,13$ балла против $40,4 \pm 1,62$ балла в мужской; $t = 2,495$ и $p = 0,014$) и избыточное накопление доли лиц с высокой тревожностью (45,5 % к 23,1 % случаев при $\chi^2 = 9,2$; $p = 0,002$; $RR = 1,97$ и 95 % CI [1,16–3,36]; $p < 0,01$).

То есть в детско-подростковом возрасте суицидоопасность переживаемого индивидуумом психотравмирующего конфликта в большей степени имеет личностный смысл самопокушения (23,1–45,5 % случаев высокой личностной тревожности; добавочный риск $RR = 2,0$ для лиц женского пола; $p < 0,01$), чем ситуативный (7,4–9,6 % случаев высокой ситуативной тревожности; добавочный риск $RR = 1,3$ для лиц мужского пола; $p > 0,05$).

Таким образом, клинико-суицидологические особенности формирования суицидального поведения в детско-подростковом возрасте в переживаемой кризисной суицидоопасной ситуации имеют ассоциированные с полом значимые различия, что следует учитывать при разработке лечебно-диагностических технологий превенции детско-подростковой суицидальной агрессии.

Литература

1. *Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии.* – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – 20 с.
2. *Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы)* / Г. С. Банников [и др.] // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 4 (21). – С. 21–32.
3. *Самоубийства среди детей и молодежи в Согдийской области Таджикистана* / под ред. К. В. Ховен. – Душанбе: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2013. – 128 с.
4. *Суицидальное поведение у подростков* / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 366 с.
5. *Шнейдер, Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков* / Л. Б. Шнейдер. – М., 2005. – 336 с.
6. *EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview* / A. J. F. M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.
7. *Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents* / S. Hetrick [et al.] // Crisis. – 2011. – Vol. 6. – P. 1–8.
8. *Preventing suicide: a global imperative.* – Geneva: World Health Organization; 2014. – 97 p.
9. *Suicidal attempts in child and adolescent and bipolar disorders* / N. Dugand [et al.] // L'Encephale. – 2017. – Vol. 843, № 1. – P. 1–68.
10. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.* – Geneva: World Health Organization, 2017. – 103 p.

Поступила 8.07.2020 г.