

## **Региональные особенности суицидального поведения подростков г. Минска: мультифакторное исследование**

*Белорусский государственный медицинский университет*

В настоящее время в Республике Беларусь сохраняется достаточно высокий, по мировым стандартам, уровень суицидальной активности населения. Неблагополучна ситуация и в плане суицидального поведения подростков. Статья содержит результаты исследований автора в области подростковой суицидологии. Предлагается комплексная программа превенции суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение; подростковое население; факторы риска.

В настоящее время среди государств, ранее входивших в состав Советского Союза, по уровню регистрируемых случаев насильственной смерти, квалифицируемых как суициды, Российская Федерация и Республика Беларусь занимают соответственно четвертое и пятое место. По данным Госкомстата, в 1990-1991 годах из 100 тысяч россиян 26 человек добровольно расстались с жизнью. В 1992 году численность суицидентов увеличилась до 31, а в 1993 году – до 38 на 100 000 населения [1]. Во второй половине 1990-х годов число суицидов в различных регионах России варьировал от 35 до 45-50 случаев на 100 000 населения в год [2]. В 2002 г. частота завершенных суицидов в стране составила 38,6 случая на 100 000 населения, тогда как соответствующий средний показатель в мире равен 14,5 на 100 000. В Российской Федерации самоубийство, как причина смерти, занимает четвёртое место после сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и болезней органов дыхания [2, 3]. В Республике Беларусь на протяжении 1997 – 2004 гг. так же, как и в России, сохраняется достаточно высокий, по мировым стандартам, уровень суицидальной активности населения. Средний относительный показатель (на 100 000 населения) завершенных суицидов за 1997 – 2001 гг. (5 лет) в стране составил 33,8 случая на 100 000 населения [2], что в 2,5 раза выше среднемирового показателя (14,5 на 100 000), установленного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Особенностью суицидального поведения населения России и Беларуси является более низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов, и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности.

Весьма неблагоприятна и ситуация в плане суицидального поведения подростков. Характерной особенностью суицидального поведения подростков является выраженное количественное преобладание суицидальных попыток над завершёнными суицидами (в 8 – 10 раз).

Статистические данные показывают лидирующее положение России, Казахстана и Беларуси среди стран СНГ по уровню завершённых

подростковых суицидов (22, 21 и 17,3 самоубийства среди подростков 15-19 лет на 100 000 подросткового населения, соответственно [4,5]. Таким образом, суицидологическая обстановка в Российской Федерации, Республике Беларусь и ряде других стран постсоветского пространства складывается неблагоприятно, и по общемировым стандартам эти страны входят в число государств с неблагоприятной суицидологической ситуацией. Вместе с тем, опыт стран – «суицидальных рекорсменов» 1980-х гг. (Дания-48 суицидов на 100 тыс. нас., Венгрия – 47 суицидов на 100 тыс. нас.) [6] показывает высокую эффективность разработанных в этих странах программ превенции суицидов, на фоне реализации которых происходит значительное снижение частоты случаев насильственной смерти, квалифицируемых как самоубийства (в 1996 г. в Дании зарегистрирован 21,0 суицид на 100 тыс. нас., в Венгрии в 2001 г. – 29,2 суицида на 100 тыс. нас.), что находит свое подтверждение в новейших международных публикациях [7].

В качестве основной гипотезы, объясняющей сохраняющийся высокий уровень суицидального поведения в странах «постсоветского пространства», в большинстве научных публикаций рассматривается дезадаптация населения к новым социально-экономическим и социально-культурным условиям, сложившимся в результате распада Советского Союза.

Социальная политика современного Белорусского государства направлена на преодоление указанных негативных тенденций. В последние годы, по данным социологических опросов, наблюдается улучшение или стабилизация показателей, отражающих особенности восприятия населением социально-экономической ситуации – улучшение самооценок материального положения населения, снижение объемов нисходящей профессиональной мобильности и малообеспеченности.

Все вышеуказанное диктует настоятельную необходимость разработки концептуальных основ профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, и родственникам жертв суицидов. Данное направление научных исследований соответствует фундаментальным основам Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы. Оно осуществляется в рамках подпрограммы «Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения», п.п. 29-31.

Суицидальные попытки (СП) — «целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью» [8] — встречаются чаще, чем завершённые суициды (на один завершённый суицид приходится в подростковом и юношеском возрасте, по данным исследователей, от 10 до 50 — 100 СП [9]. Эти случаи представляют практический интерес в плане психотерапии, последующей социально-психологической адаптации и разработки действенных мер по предупреждению суицидальных и других аутоагрессивных действий.

Материал и методы

Нами исследована популяция лиц, совершивших СП в подростковом возрасте. В ходе исследования выявлялись различия между группами лиц, совершившими первичные и повторные СП в подростковом возрасте. Методом исследования явилось изучение историй болезни и проведение клинических интервью с лицами подростково-юношеского возраста, стационарованными по поводу суицидальных попыток в Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (далее – ГКБСМП) г. Минска, (анализировались лишь случаи нервно-психических расстройств непсихотического уровня ввиду их абсолютного преобладания).

Объектом исследования были лица в возрасте 15 — 19 лет, поступившие в отделение токсикологии ГКБСМП за период с 2000 по 2005 год по поводу суицидальных попыток (СП) в количестве 222 человек, в том числе по поводу первичных суицидальных попыток — 192 человека (из них 171 девушка — 89,9% и 21 юноша — 10,1%), по поводу повторных суицидальных попыток 30 человек (из них 24 девушки — 80,0% и 6 юношей — 20,0%). Все парасуициденты в период пребывания в токсикологическом отделении были проконсультированы врачами-психиатрами.

Лица, совершившие первичные суицидальные попытки, выделены нами в группу СП-1, лица с повторными суицидальными попытками составили группу СП-2.

Изучались следующие факторы, определяющие характер суицидального поведения:

1. Наличие суицидальных тенденций в ближайший постсуицидальный период (1 — 7 дней с момента совершения СП);
2. Характер и частота психических и поведенческих расстройств, выявленных у парасуицидентов.

Важной задачей исследования являлось также прогнозирование уровня суицидального риска в будущем.

Наличие суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде определялось с применением в структуре клинического интервью Шкалы суицидальных тенденций (SIS) [10].

SIS представляет собой инструмент для объективной оценки обстоятельств парасуицида интервьюером. В левом столбце приведен перечень примерных вопросов, задаваемых пациенту. При необходимости используются другие уточняющие вопросы или опускается часть предложенных (в случае их очевидной неадекватности ситуации).

Ответы оцениваются в баллах от 0 до 2. Максимальное количество баллов-30 (0-10-низкий; 11-20-средний; 21-30-высокий уровень суицидальных интенций).

Для прогнозирования уровня суицидального риска в будущем в ходе исследования была использована Шкала суицидального риска, разработанная Г.В. Старшенбаумом [11], где учитываются как факторы риска суицида, так и антисуицидальные факторы:

Низким считается суицидальный риск до 10 баллов, средним – от 10 до 15 баллов, высоким – более 15 баллов.

Результаты и обсуждение

Данные, характеризующие наличие и выраженность суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде, отражены в таблице 1.

Таблица 1

Наличие и выраженность суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде

Выраженность суицидальных тенденций	Группа СП-1 (первичные СП) (n=192)		Группа СП-2 (повторные СП) (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкая	182	94,8	22	73,3 *
Умеренная	7	3,6	5	16,7
Высокая	3	1,6	3	10,0*

\*-различия достоверны по сравнению с группой «первичных» парасуицидентов при  $p < 0,05$  и ниже.

Как видно из таблицы 1, суицидальные тенденции (умеренные и выраженные) сохранялись чаще в группе СП-2 по сравнению с группой СП-1, причем в группе СП-2 достоверно чаще среди мужчин, чем среди женщин ( $P < 0,05$ ).

Низкая выраженность/отсутствие суицидальных тенденций чаще наблюдалось в группе СП-1, чем в группе СП-2, причем чаще их не было у лиц женского пола (по сравнению с мужчинами).

По данным проведенного клинического обследования парасуицидентов в ГКБСМП г. Минска, в группе СП-2 по сравнению с группой СП-1 отмечалось достоверное ( $P < 0,01$ ) преобладание расстройств личности (рубрика МКБ-10 F60), невротических и соматоформных расстройств (рубрика МКБ-10 F4) и психических/поведенческих расстройств непсихотического уровня в целом.

В группе СП-1 преобладали лица с острыми реакциями на стресс — состояниями, обусловленными психологическим кризисом и претерпевавшими положительную клиническую динамику на протяжении 2 – 3 суток ( $P < 0,01$ ).

Показатели уровня суицидального риска среди подгрупп парасуицидентов отражены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели уровня суицидального риска среди подгрупп парасуицидентов

Уровень суицидального риска в постсуицидальном периоде	Группа СП-1 (первичные СП) (n=192)		Группа СП-2 (повторные СП) (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкий	180	93,8	30	75,0*
Умеренный	7	3,6	6	15,0*
Высокий	5	2,6	4	10,0*

\*-различия достоверны по сравнению с группой «первичных» парасуицидентов при  $p < 0,05$  и ниже.

Выводы

1. Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что у лиц подросткового возраста, совершивших суицидальные попытки повторно, отмечается достоверное преобладание устойчивости суицидальных тенденций, обуславливающих повышенный уровень суицидального риска.

2. Для данной когорты лиц характерна высокая распространенность психических и поведенческих расстройств непсихотического регистра.

На основании полученных данных в 2007 – 2011 гг. на базе Государственной службы медицинских судебных экспертиз, Белорусского государственного медицинского университета и Минского городского центра пограничных состояний планируется провести мультифакторное исследование региональных особенностей суицидального поведения населения г. Минска. Исследование будет осуществлено путем анализа данных, содержащихся в документации Государственной службы медицинских судебных экспертиз, психиатрической и наркологической служб. В последующем полученные данные будут использованы при разработке концептуальных основ профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние.

Комплексный анализ результатов клинико-катамнестического исследования лиц, совершивших суицидальную попытку, с использованием клинических и психофизиологических методов позволит выявлять наиболее угрожаемые в плане риска повторных суицидов контингенты и сфокусировать на них эффективную профилактику и лечение. Значимым аспектом исследования явится верификация и унификация судебно-психиатрических критериев оценки случаев насильственной смерти, квалифицируемых как суициды. В процессе исследования планируется разработка и практическое внедрение комплекса диагностических экспертных критериев для математического моделирования уровня суицидального риска.

Данное исследование позволит создать концептуальные основы профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и стимулировать формирование региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, и родственникам жертв суицидов.

Литература

1. Анискин, Д.Б. Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России/ Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Сб. науч. трудов.-М.: РИО ГНЦ С и СП им. В.П. Сербского, 1996.-С.13-16.

2. Игумнов, С.А., Григорьева, Н.К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь //II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Минск, 3 – 6 ноября 2003 г. – М.: Социальный проект, 2003. – С. 59-60.

3. Ласый, Е.В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике. Методические рекомендации. – Минск, 1999.-21 с.
4. Игумнов, С.А. Психотерапия детей и подростков.-Минск: Мет, 2004.-287 с.
5. О положении детей в России. Государственный доклад. 2000.-М., 2002.
6. Бородин, С.В., Михлин, А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 20 — 32.
7. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире: пер. с англ..-Женева: ВОЗ, 2003.
8. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности// Актуальные вопросы суицидологии. М., 1978.-С. 6-28.
9. Kaplan, H., Sadock, B., Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry.-Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.-903 p.
10. Weishaar, M., Beck, A. Cognitive Approaches to Understanding and Treating Suicidal Behavior// Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients/ Ed. by Susan J. Blumenthal et David J. Kupfer. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.-p.p. 469-498.
11. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М., «Когито-Центр», 2005.-376 с