

Ворсина О.П.

## Суицидальные попытки детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар г.Иркутска

Областная клиническая психиатрическая больница №1, г.Иркутск

Vorsina O.P.

### Suicide attempts of the children and adolescents psychiatric hospital in Irkutsk

#### Резюме

Проводится анализ клинико-социальных характеристик детей и подростков, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу №1 в 2006-2010 гг. в зависимости от пола, возраста, социального статуса. Описаны наиболее часто встречающиеся способы при совершении суицидальных попыток. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки дифференцированных программ кризисной терапии, которые будут способствовать повышению эффективности предупреждения повторных суицидальных действий.

**Ключевые слова:** суицидальные попытки детей и подростков, психиатрический стационар, клинико-эпидемиологическое изучение

#### Summary

The paper examines the clinical and social profile of the children and adolescents who have attempted suicide and were subsequently admitted to Irkutsk region psychiatric hospital N 1 in 2006-2010 in relation to sex, age and social status characteristics. Describes methods of parasuicides. The obtained data testifies to necessity to working out of differentiated programs of crisis therapy, which will be effective in preventing of the suicide backset.

**Key words:** suicide attempts of the children and adolescents, psychiatric hospital, clinical-epidemiological study

#### Введение

Ситуация с детскими и подростковыми суицидами в Российской Федерации остается напряженной. Лидерами по числу суицидов среди детей и подростков являются Тува, Якутия, Бурятия (соответственно 15,6; 13,4 и 12,6 случаев на 100 тысяч детского населения и 120,6; 74,2 и 86,6 на 100 тысяч подросткового населения) [1].

Уровень законченных суицидов среди подростков 15-19 лет в Иркутской области вырос за последние 20 лет с 18,8 на 100 тысяч населения (1991 г.) до 70,4 на 100 тысяч населения (2009 г.) [2].

Одним из важнейших факторов суицидального риска у молодежи является психическое заболевание, особенно аффективные расстройства и расстройства личности. Подростки, в прошлом пациенты психиатрических больниц, подвержены особому риску самоубийства (10% для мужчин и 1% для женщин). Подросткам-самоубийцам характерна семейная отягощенность по психическим заболеваниям (25-50% случаев) и злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем (33-70%) [3].

По данным Л.Я. Жезловой, среди детей-суицидентов в возрасте до 13 лет больные шизофренией составили 70%, а лица с ситуационными реакциями – 18%; в более старшем возрасте (13-14 лет) число страдающих шизофренией уменьшилось до 38%, а количество лиц с ситуационными реакциями возросло до 60% [4].

**Целью** настоящего исследования явилось клинико-эпидемиологическое и медико-социальное изучение детей и подростков г.Иркутска, совершивших суицидальные попытки.

#### Материалы и методы

Объектом исследования стали 93 пациента детского и подросткового возраста, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в Иркутскую областную клиническую психиатрическую больницу №1 в 2006-2010 годах. В гендерном отношении пациенты распределились на 42 пациента мужского пола (45,2%) и 51 пациентку женского пола (54,8%). Дети в возрасте 12-14 лет составили 24 человека (25,8%); детей в возрасте младше 12 лет, совершивших суицидальные

действия, на лечение не поступало. Подавляющее большинство пациентов составили подростки 15-19 лет – 69 человек (74,2%). Наибольшее число суицидальных попыток у юношей, поступивших на лечение в психиатрический стационар, наблюдалось в 18-летнем возрасте – 11 (26,2%), у девушек – в 17-летнем возрасте – 13 (25,5%).

## Результаты и обсуждение

Анализ социального статуса суицидентов показал, что большинство пациентов – 41 (44,1%) являлись учащимися школ (общеобразовательных – 24 человека, коррекционных – 17 человек). Реже пациенты учились в ПТУ и техникумах – 21,5% либо являлись студентами ВУЗов – 8,6%. Около четверти лиц, совершивших покушение на самоубийство, нигде не учились и не работали, вели праздный образ жизни – 23,7%.

Оценка семейного статуса детей и подростков, совершивших суицидальные действия, показала отсутствие семьи у трети пациентов (30,1%) – 28 пациентов являлись биологическими или социальными сиротами и находились в детских домах, приютах, социально-реабилитационных центрах. Одним родителем (чаще всего мамой) воспитывались 24 человека (25,8%), другими членами семьи (бабушки, сестры и братья, тети и пр.) – 8 человек (8,6%); мамой и отчимом – 9 человек (9,7%). Лишь у четверти детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, была полная семья (25,8%). Анализируя психологический климат в полных семьях, удалось установить, что в каждой третьей семье наблюдались частые ссоры, эмоциональная холодность или агрессивность в межличностных отношениях, наличие в семье лиц с асоциальным поведением.

Те или иные формы отклоняющегося поведения (раннее знакомство с алкогольными напитками, побеги из дома либо приютов, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий (кражи, хулиганство и пр.)) наблюдались у половины детей и подростков, совершивших суицидальные попытки – 47 человек (50,5%).

Все дети и подростки, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар, страдали той или иной формой психической патологии (табл.1)

Наиболее часто диагностировались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (несоциализированное и социализированное расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций) – 16 случаев (17,2%). Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте обнаружилось у 15 пациентов (16,1%) 18-19-летнего возраста: эмоционально-неустойчивое – 8 (53,3%), истерическое – 3 (20%), диссоциальное – 2 (13,3%), шизоидное и зависимое по 1 человеку (по 6,7%).

Известно, что аффективные расстройства (в нашем случае речь идет исключительно о депрессивных расстройствах) занимают ведущее место в структуре психических заболеваний суицидентов. В данном исследовании расстройства настроения встретились в 14% случаев. В клиническом плане в 38,5% депрессия носила преимущественно тревожный характер, по 30,8% – тоскливый и апатический. В более чем в половине случаев (61,5%) при депрессивных расстройствах у детей и подростков на первый план выступали психопатоподобные нарушения с конфликтностью, грубостью, делинквентным поведением и агрессивностью.

Больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами составили 15%; суициденты с умственной отсталостью – 14%. Органические психические расстройства были выявлены у 12,9%, а невротические и соматоформные – у 10,8% детей и подростков, совершивших суицидальные попытки.

Коморбидность психических и наркологических расстройств наблюдалась в 7,5% случаев (5 юношей и 2 девушки). Наркологические расстройства были представлены алкогольной зависимостью (хроническим алкоголизмом I-II ст.) – 6 человек и героиновой наркоманией – 1 человек.

Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, опиаты, каннабиониды) в анамнезе наблюдалось у 46 суицидентов (49,5%).

Большинство детей и подростков, предпринявших суицидальные действия, ранее в поле зрения психиатров не попадали. Лишь у 27 человек (29,1%) ранее были выявлены те или иные психические расстройства.

Таблица 1. Структура психических расстройств у суицидентов

Психическое расстройство	мужчины		женщины		оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09)	8	19,0	4	7,8	12	12,9
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29)	11	26,2	3	5,9	14	15,0
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39)	6	14,3	7	13,7	13	14,0
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)	1	2,4	9	17,7	10	10,8
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69)	8	19,1	7	13,7	15	16,1
Умственная отсталость (F70-F79)	3	7,1	10	19,6	13	14,0
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98)	5	11,9	11	21,6	16	17,2
Итого:	42	100	51	100,0	93	100

Анализ способов суицидальной попытки выявил равную представленность нанесения колото-резаных ран (шея, грудь, конечности) – 32 (34,4%) и отравлений лекарственными препаратами – 31 (33,3%). Реже отмечались такие способы как повешение – 15 (16,1%) и падение с высоты – 8 (8,6%). В единичных случаях встречались иные способы парасуицидов (падение под транспорт, огнестрел) – 4 (4,3%). Сочетание нескольких способов парасуицидов наблюдалось у 3 суицидентов (3,2%). У юношей и мальчиков доминировали самопорезы (33,3%), несколько реже встречались отравления лекарственными препаратами и повешение (по 26,2%). Девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению (39,2%), реже наносили себе резаные раны (35,3%) и пытались повеситься (7,8%).

Анализ важнейших суицидогенных конфликтов у детей и подростков показал следующее. Ведущую роль в покушениях на самоубийство играли семейные конфликты (физическое или эмоциональное насилие со стороны членов семьи, развод, смерть одного или обоих родителей, эмоциональное отвержение членами семьи) – 39,8%. Конфликты со сверстниками (жестокое отношение в группе, оскорбления и насмешки, угрозы и вымогательство) встречались в 26,9%, а любовные конфликты в 21,5%. Значительно реже отмечались школьные конфликты (жестокое отношение со стороны преподавателей, публичное унижение преподавателями, конфликты на почве неуспеваемости или нарушений поведения) – 6,5% и конфликты, связанные с состоянием психического и физического здоровья (патологическая мотивировка, установленные психиатрического диагноза – 3,2%. Наиболее редко ведущей сферой суицидального поведения встретились криминальные конфликты (боязнь уголовного наказания, положение жертвы криминальных действий) – 2,1%.

По ведущим мотивам суицидального поведения («категории личностного смысла») дети и подростки, предпринявшие суицидальные действия распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу «протеста», отражающее агрессивную позицию суицидента наблюдалось в 45,2% случаев. Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации («призыв») встретились у 34,4%. Реже выявилось избегание угрозы, страданий – 10,7%, отказ от жизни – 5,4%, самонаказание – 4,3%.

Сезонное распределение частоты покушений на самоубийство было следующее: большинство попыток приходилось на зиму (32,3%), далее – на осень (25,8%) и весну (24,7%), наиболее редко парасуициды у детей и подростков встречались летом (17,2%).

Повторными суицидальные попытки были у 46,2% суицидентов, причем встречались с одинаковой частотой независимо от пола.

## Выводы

Проведенное исследование позволило выявить следующие особенности:

1. Подавляющее число лиц, предпринявших суицидальные попытки и госпитализированные в психиатрический стационар, составили подростки 15-19 лет – 74,2%.
  2. Равная представленность лиц мужского и женского пола как среди детей, так и среди подростков, совершивших суицидальные действия и госпитализированных в психиатрический стационар (1 : 1,2).
  3. Большинство парасуицидентов не имели гармоничных внутрисемейных взаимоотношений, лишь у четверти из них семьи были полными.
  4. У половины суицидентов наблюдались те или иные формы отклоняющегося поведения, в том числе злоупотребление психоактивными веществами.
  5. У всех детей и подростков, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в психиатрический стационар, были диагностированы те или иные формы психических расстройств.
  6. Значительную долю в структуре психической патологии суицидентов составили эмоциональные расстройства и расстройства поведения.
  7. Большинство суицидентов (2/3) ранее не попадали в поле зрения психиатров.
  8. Наиболее суицидогенными являлись семейные конфликты, конфликты со сверстниками и любовные конфликты.
  9. Ведущими мотивами суицидального поведения детей и подростков, предпринявших суицидальные действия являлись «протест» и «призыв».
  10. Ведущими способами суицидальных попыток детей и подростков явились нанесение колото-резаных ран (1/3) и отравление лекарственными препаратами (1/3).
  11. Девочки и девушки из всех способов суицидальных попыток чаще выбирали отравление медикаментами; мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам.
  12. Сезонное распределение покушений на самоубийство показало, что наибольшее их число было принято зимой, а наименьшее – летом.
- Полученные результаты свидетельствуют о необходимости скорейшей разработки дифференцированных программ кризисной интервенции и поственции с включением семейной психотерапии (семейного психологического консультирования), что позволит повысить эффективность предупреждения повторных суицидальных действий. ■

*Ворсина О.Л., к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе областной клинической психиатрической больницы №1, г.Иркутск; Адрес для переписки - 664059, г.Иркутск, м-н Юбилейный, 11 «А», тел.3952-46-45-69, e-mail: ovorsina@mail.ru*

## Литература:

1. Пуля И. Роковой «пустяк». //Российская газета. – 16.03.2011.
2. Статистический сборник Иркутской области по полу и возрасту (Иркутскстат). – Иркутск, 2010г. – 85с.
3. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины профилактики самоубийств. Пер. Е.Райне. М.: Смысл, 2005. – 279с.
4. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С.93-104.