

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ЕВТУШЕНКО ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Тимербулатов Ильгиз Фаритович

Уфа – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ ПО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ АСПЕКТАМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	10
1.1. Общая и клинико-эпидемиологическая характеристика детских и подростковых суицидов	10
1.2. Онтогенетические особенности детских и подростковых суицидов	12
1.3. Половая специфичность детских и подростковых суицидов	14
1.4. Диагностика и прогнозирование детских и подростковых суицидов	16
ГЛАВА 2. ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	19
2.1. Общая характеристика дизайна и методов исследования	19
2.2. Клинические методы исследования	22
2.3. Эпидемиологический, психосоциальный и психометрические методы исследования	23
2.4. Математический анализ данных	24
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	25
3.1. Показатели завершенных суицидов и суицидальных попыток у детей и подростков Республики Башкортостан	25
3.2. Результаты клинико-психопатологического обследования детей и подростков Республики Башкортостан с пограничными психическими расстройствами	33
3.3. Данные психометрического обследования детей и подростков с пограничными психическими расстройствами	35

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ.....	42
4.1. Общие сведения о результатах обследования детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в условиях стационара.....	42
4.2. Клинико-анамнестические данные о начале заболевания, первых суицидальных тенденциях и первичном обращении к врачу	47
4.3. Клинико-психопатологические характеристики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у обследованных детей и подростков.....	50
4.3.1. Клинический пример пациента из группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.....	58
4.4. Клинико-психопатологические характеристики эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей и подростков	61
4.4.1. Клинический пример пациента из группы эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся, обычно, в детском или подростковом возрасте	68
ГЛАВА 5. ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПОЛОВЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.....	72
5.1. Онтогенетические особенности психосоциальных факторов суицидального поведения детей и подростков республики Башкортостан.....	72
5.2. Половые различия психосоциальных факторов суицидального поведения детей и подростков республики Башкортостан	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	88
ВЫВОДЫ	100
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	102
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	104
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	105

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Характерной особенностью суицидальной обстановки в современной России, как и во всем мире, являются критически высокие уровни самоубийств у несовершеннолетних в неблагополучных районах и дальнейшая тенденция к ее омоложению, а также крайне неравномерное распределение суицидов по регионам (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012; Розанов В.А., 2014; 2019; Барденштейн Л.М., 2019; Положий Б.С., 2019; Shah A., 2012; Burstein V. et al., 2019; Rufino K.A., Patriquin M.A., 2019).

По результатам анализа материалов Государственной статистики за последние годы частота завершенных суицидов у российских детей 10-14 лет превысила среднемировой показатель вдвое, у подростков 15-19 лет – на 13,5%. Детские и подростковые самоубийства являются не только чрезвычайной, злободневной и сложной медико-социальной проблемой, но и до настоящего времени остаются наименее исследованной областью психиатрии и суицидологии (Национальное руководство по суицидологии, 2019; Shah A., 2012; World Health Organization, 2018; Rooney E.E. et al., 2019).

Выполненные на сегодняшний день исследования (Амбрумова А.Г., 1989; Положий Б.С., 2009; Иванова А.Е. и др., 2011; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011; Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012; Банников Г.С., Павлова Т.С., 2015; Положий Б.С., 2019; Jobes D.A., Vergara G., 2016; Cha Ch.V., Franz P.J., 2018; Geoffroy M.C. et al., 2018) детских и подростковых суицидов можно обобщить постулатом о том, что критические уровни самоубийств у несовершеннолетних в неблагополучных регионах России обусловлены усиленным воздействием факторов суицидального риска, и слабой эффективностью антисуицидальных мер.

Более конкретные региональные аспекты суицидов были изучены в диссертационных работах: по Москве (Гусева М.В., 2005; Распопова Н.И., 2012; Самохин Д.В., 2016); Санкт-Петербургу (Шамкова С.В., 2006; Пичиков А.А.,

2015); Европейскому Северу России (Варакина Ж.Л., 2003); Удмуртии (Васильев В.В., 2001); западным регионам (Ваулин С.В., 1997); по Иркутской области (Ворсина О.П., 2012); у жителей Кубани (Пащенко И.Г., 2003); у детей и подростков Забайкальского края (Ишимбаева А.Н., 2013) и Удмуртии (Башкирова Г.А., 1997; Лазебник А.И., 2000); в республиках Татарстан (Спиридонов В.А., 1996; Абросимова М.Ю., 2005); Коми (Дубравин В.И., 2001); Марий Эл (Невмятуллин А.Ш., 2007); Крым (Рухлова И.А., 2016), Чувашии (Абрамова Н.М., 2005). Региональные особенности суицидальной обстановки в России подробно проанализированы и обобщены в публикациях последних лет (Положий Б.С., Гладышев М.В., 2006; Войцех В.Ф., 2008; Положий Б.С. и др., 2010; 2014; 2016; 2019; Иванова А.Е. и др., 2011; Морев М.В., Шматова Ю.Е., 2015; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2019).

В рамках нашего диссертационного исследования необходимо отметить особо, что, несмотря на большую значимость, в Республике Башкортостан (РБ) достаточно полных и углублённых медицинских и клинико-психопатологических исследований детских и подростковых суицидов до настоящего времени проведено не было, а выполненные несколько лет назад работы по суицидальной обстановке в РБ носили эпидемиологический характер (Кудрявцев А.А., 2011; Шарафутдинова Н.Х. и др., 2011; Хасанова Р.Р., 2013).

Исходя из изложенного, клинико-эпидемиологическое, социально-психологическое и клинико-психопатологическое исследование детского и подросткового суицида в Республике Башкортостан представляется актуальной медико-социальной проблемой.

Цель исследования: определить клинико-эпидемиологические, клинико-психопатологические и психосоциальные особенности суицидального поведения детей и подростков с пограничными психическими расстройствами с разработкой и внедрением государственной программы по профилактике суицидов в Республике Башкортостан.

Задачи исследования:

1. Дать клинико-эпидемиологическую оценку региональным особенностям суицидов детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан.

2. Провести клинико-психопатологический и патопсихологический анализ суицидального поведения у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами.

3. Определить структуру психосоциальных факторов риска суицидального поведения детей и подростков с пограничными психическими расстройствами.

4. Разработать и внедрить государственную программу с оценкой ее эффективности по психопрофилактике суицидального поведения в Республике Башкортостан.

Научная новизна. Впервые, проведено комплексное исследование суицидального поведения детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан.

Новыми являются клинико-эпидемиологические, клинико-психопатологические и психосоциальные сведения об онтогенетических и половых особенностях завершенных суицидов и суицидальных попыток детей и подростков в Республике Башкортостан.

На основе статистических данных Росстата, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, по результатам изучения отечественных и зарубежных публикаций, а также по результатам собственных клинико-эпидемиологических исследований впервые в РФ на примере РБ разработана и внедрена в практику государственная программа – План мероприятий («дорожная карта») по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения (распоряжение Правительства РБ от 13 марта 2018 года №184-р).

Теоретическая и практическая значимость работы. Проанализированы и систематизированы данные Росстата по детским и подростковым суицидам в Республике Башкортостан за период исследования с 2012 по 2018 годы. Установлены закономерности формирования суицидального поведения детей и

подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан, показаны онтогенетические и половые аспекты завершенных суицидов и суицидальных попыток. Разработана и принята государственная программа, включающая комплекс медико-социальных и психолого-педагогических мер по коррекции и профилактике аутоагрессивных форм поведения у детей и подростков. Результаты диссертационной работы могут использоваться в практике психиатров, психотерапевтов, а также педагогами и психологами для профилактики аутоагрессии в детской и подростковой среде.

Основные положения, выносимые на защиту:

- диагностика суицидального поведения детей и подростков Республики Башкортостан с анализом нозологической структуры психопатологических проявлений, последующей разработкой и внедрением соответствующей государственной программы является актуальной региональной и общероссийской проблемой;

- клинико-эпидемиологическая, клинико-психопатологическая и психосоциальная картина детских и подростковых суицидов в РБ неоднородна и включает районы от относительно благополучных до крайне проблематичных;

- в суицидальном поведении детей и подростков с пограничными психическими расстройствами наблюдается стирание половых различий, прослеживается тенденция к омоложению и сдвиг к более летальным формам суицидов, по сравнению с предыдущими годами;

- разработанная и внедренная «дорожная карта» показала достаточно высокую эффективность в профилактике и коррекции суицидов несовершеннолетних РБ.

Реализация и внедрение результатов работы. Результаты выполненного исследования легли в основу принятого впервые в Российской Федерации и Республике Башкортостан Плана мероприятий по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения («дорожную карту»), утвержденную распоряжением Правительства РБ от 18 марта 2018 года №184-р, внедрены в учебно-педагогический процесс кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГБОУ

ВО БГМУ Минздрава России, в учебно-педагогический процесс кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, в работу ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ.

Личный вклад автора. Автору диссертационного исследования принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведено моделирование процессов, мониторинг основных параметров, аналитическая и статистическая обработка, научное обоснование и обобщение полученных результатов.

Вклад автора является определяющим и заключается в личном проведении всех этапов исследования от определения цели и постановки задач до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах и внедрения их в практику.

Публикации результатов исследования

Основные результаты диссертации изложены в 17 научных публикациях, 7 из которых опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки Российской Федерации.

Апробация

Основные положения диссертации доложены на конгрессах и конференциях: на Всероссийском конгрессе с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» (Санкт-Петербург, 2016); на VI Национальном конгрессе с международным участием «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (Уфа, 2016); на VI Национальном конгрессе с международным участием «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (Уфа, 2016); на Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации» (Ярославль, 2016); на Международной конференции «Психотерапевтические аспекты психического здоровья» в рамках конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» (Москва, 2016); на II Международном конгрессе помогающих профессий

(Уфа, 2017); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда» (Москва, 2017); на Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии (Тюмень, 2018); на Всероссийской научно-практической конференции «Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы» (Уфа, 2019); на Научно-практической конференции с международным участием «Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике» (Москва, 2019); на Международном конгрессе «Скажи жизни да!» (Санкт-Петербург, 2019); на III Национальном Междисциплинарном Конгрессе с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации» (Москва, 2020).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 124 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы содержит 168 источников (104 отечественных и 64 иностранных). Работа иллюстрирована 13 таблицами, 20 рисунками.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ ПО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ АСПЕКТАМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В современной психиатрии и суицидологии постулировано, что чрезвычайный феномен самоубийства несовершеннолетних является следствием сложного взаимодействия многих медико-социальных и психолого-педагогических факторов, в числе которых региональным социально-экономическим, культурным, религиозным, и даже эколого-климатическим условиям отводится определённая роль [48, 86, 92].

Соответственно, решение проблемы самоубийств должно быть основано с одной стороны – на единых общегосударственных методических подходах, с другой – учитывать специфику отдельных регионов [48]. Поскольку одной из задач нашей диссертационной работы явилось изучение клинико-эпидемиологических аспектов суицидального поведения детей и подростков в Башкортостане, в следующем разделе обзора рассмотрены основные общемировые и общероссийские эпидемиологические показатели детских и подростковых суицидов.

1.1. Общая и клинико-эпидемиологическая характеристика детских и подростковых суицидов

В общем массиве публикаций по клинико-эпидемиологической характеристике суицидов наиболее полные и качественные сведения представлены в изданиях ВОЗ [111]. Согласно отчетам этой организации, обобщенные общемировые показатели смертности от самоубийств у лиц 15 - 29 лет стоят на втором месте после дорожно-транспортных происшествий [166]. Минимальные (от 0 до 4,9 на 100 000 населения) показатели смертности от самоубийств установлены в странах мусульманского мира, максимальные (≥ 15 на

100000 населения) зафиксированы в странах Европы и Юго-Восточной Азии, а также на постсоветском пространстве [111].

В Российской Федерации (РФ) эпидемиологическая ситуация по детским и подростковым суицидам в целом отражает общемировые тенденции, но вместе с тем остается менее благоприятной. Несмотря на снижение детской и подростковой смертности от суицидов в РФ за последние 7 лет, по данным официальной статистики, ситуация в РФ далека от благополучной. В частности, по данным Государственной статистики в России в 2017 году частота завершённых суицидов у несовершеннолетних России составила 1,3 случая на 100 000, в том числе, среди лиц мужского пола - 1,6, и среди лиц женского пола - 0,9 на 100 000. По официальным данным Росстата самыми неблагополучными в суицидальном отношении субъектами Российской Федерации явились Республика Бурятия, Забайкальский край, Иркутская область, а также Амурская область и Республика Саха, частота самоубийств несовершеннолетних в них составила от 3,0 до 5,6 на 100 000 ровесников [48, 70, 71, 86, 92, 147, 165].

В рамках нашего диссертационного исследования следует отметить особо, что на рубеже прошлого и нынешнего веков, Республика Башкортостан, вместе с соседними регионами (Пермским краем, Челябинской и Оренбургской областями) из ареала со средними показателями перешла в число худших территорий [86].

Особую тревогу психиатров и специалистов-суицидологов вызывает дальнейшее «омоложение» суицидов – увеличение их частоты в более молодом или даже детском возрасте. Частота завершённых суицидов среди детей Российской Федерации 10-14 лет составила 1,6 на 100 000 ровесников (в 2 раза больше среднемирового показателя), у подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 ровесников (на 13,5% больше, чем в среднем по миру) [48, 145, 149].

В тесной связи с завершёнными суицидами специалисты рассматривают и суицидальные попытки. Если завершённые суициды детей и подростков имеют более или менее четкое эпидемиологическое очертание, то распространенность суицидальных мыслей и поведения среди подростков и молодёжи более размыта. Также, как и завершённые суициды, показатели суицидальных попыток сильно

варьирует в разных регионах и социально-демографических группах населения [107, 111, 158, 164].

1.2. Онтогенетические особенности детских и подростковых суицидов

При изучении возрастных особенностей суицидов внимание привлекает два факта. Во-первых, суицидальное поведение достаточно редко проявляется у детей до 10 лет, и его частота резко возрастает в возрасте от 12 до 17 лет [3, 67, 78, 86, 98, 107, 108, 110, 114, 117, 130, 132, 134, 142, 153, 154].

Во-вторых, несмотря на большое количество исследований, чёткая причинно-следственная связь между подростковыми суицидами и различными социальными, психологическими и биологическими факторами до сих пор не установлена [3, 67, 78, 86, 98, 107, 108, 110, 114, 117, 130, 132, 134, 153, 154, 157].

И, наконец, важной возрастной особенностью аутоагрессивного поведения является его гетерогенный и гетерохронный характер: в различные возрастные периоды воздействуют различные факторы [3, 67, 78, 86, 98, 107, 108, 110, 114, 117, 130, 132, 134, 140, 141, 144, 153, 154, 157].

Различным индивидуально-психологическим, психосоциальным, семейным, школьным и многим другим факторам формирования суицидального риска у детей и подростков посвящено огромное количество публикаций, подробное рассмотрение которых в рамках настоящего обзора не представляется возможным. Вместе с тем, все известные социально-психологические корреляты и факторы риска суицидальных мыслей и поведения у подростков можно распределить на области аффективных, когнитивных и социальных процессов [3, 67, 78, 86, 98, 107, 108, 110, 114, 117, 130, 132, 134, 153, 154, 157].

Для понимания причин и условий формирования отклоняющегося поведения у детей и подростков важную роль сыграли работы Л.М. Барденштейна и Ю.Б. Можгинского [7]. Согласно авторам, свойственные подросткам деструктивные формы их поведения служат не просто проявлением психологических особенностей пубертатного периода, но и являются следствием более глубоких личностных изменений, возможно – коморбидного

взаимодействия расстройств личности и изменений настроения [7]. В этой связи, а также в рамках основной тематики нашего диссертационного исследования, более подробно рассмотрим публикации по психопатологической проблематике детских и подростковых самоубийств. Достаточно полный анализ этих аспектов детских и подростковых суицидов представлен в публикациях [121, 127, 133 136, 156, 166, 168].

Прежде всего, несмотря на многофакторность суицидов, до 90% самоубийств является следствием различных психических расстройств [137], причём основное внимание авторы уделили характерным возрастным проявлениям аффективных расстройств на фоне личностных акцентуаций. Так, вероятность совершения самоубийств у подростков циклоидного типа акцентуации высока в субдепрессивной фазе развития психопатологии, на пике эмоционального напряжения при стрессе. При этом важно учитывать клинические особенности аффективных синдромов и основных типов депрессий, возраст, пол подростков, и, разумеется, характер депрессивных проявлений. В исследовании роли депрессивных состояний в формировании суицидальности [156] показано, что у 10% мальчиков и девочек высокий уровень суицидальных идей формируется уже к 12-ти годам, на этапе доклинических проявлений. При этом, подробное изучение суицидальных идей может быть ключевой отправной точкой в понимании причин подростковых самоубийств, поскольку именно СИ являются наиболее важным предиктором суицидов [109, 136, 156].

К психопатологическим факторам формирования суицидального поведения специалисты относят достаточно широкий спектр от расстройств настроения до грубых изменений личности и психотических состояний. Например, хорошо изучена и подробно описана четкая взаимосвязь между суицидальностью и аффективными и когнитивными расстройствами, включая депрессию, тревогу, психологический дистресс, эмоциональную дисрегуляцию [121, 127, 133].

При оценке риска самоубийства у детей и подростков необходимо принимать во внимание не только депрессию, но и тревожные расстройства, тем более с учётом их высокой коморбидности [36, 82, 136, 165]. Мнение о важной

роли тревожных расстройств как факторов риска суицидального поведения у молодежи подтверждается в работах ряда отечественных и зарубежных авторов [62, 86, 124, 126, 136, 142, 156]. О вкладе тревожных состояний в суициды детей и подростков изложено в публикации Rufino К.А., Patriquin М.А. [147] в них также рассмотрены причины формирования тревоги, авторами отмечена роль проблем со сном, физического и психического насилия в детстве, виктимизации насилия. Особенно актуальным для нашей диссертационной работы является положение о выраженной возрастной специфичности тревоги, так называемые «возрастные пики» тревожности, с преобладанием определенных психических расстройств и клинических проявлений [35, 106, 122, 143, 152, 162].

Для детских и подростковых суицидологов особенно актуально то, что суицидальные тенденции могут быть в продромальной фазе психического заболевания, что имеет решающее значение в разработке стратегий предотвращения самоубийств [119, 120, 160].

1.3. Половая специфичность детских и подростковых суицидов

Кроме онтогенетических аспектов, для понимания особенностей детских и подростковых суицидов существенное значение имеют их половые особенности. По данным ВОЗ на 2017 год без учета возрастных факторов, общий показатель самоубийств составляет 10,7 на 100 000 населения, а соотношение мужчин и женщин – 1,7, то есть мужчины совершают самоубийства почти в два раза чаще женщин, но этот показатель варьирует в разных регионах мира в пределах от 0,8 до 12,2 [105, 107, 128].

Основное половое различие в суицидальной активности детей и подростков состоит в том, что девочки-подростки чаще испытывают суицидальные мысли и совершают попытки самоубийства, чем мальчики, но количество завершенных суицидов больше у мальчиков-подростков. Такая же закономерность прослеживается и в показателях частоты самоубийств среди несовершеннолетних по Российской Федерации. Так, в 2017 г. она составила у мальчиков-подростков - 1,6, у девочек-подростков - 0,9 на 100000. Эти данные по РФ подтверждают

общемировые показатели о большей подверженности мальчиков к совершению завершённых суицидов по сравнению с девочками [72].

В распространённости и тяжести суицидальных рисков у детей примерно до 11 лет выраженных различий по половому признаку не прослеживается [139]. Кроме того, имеются данные [162] о том, что половые различия в суицидах сглаживаются во времена социальных потрясений.

В качестве одной из основных причин половых различий суицидов рассматривается насилие. В частности, в работе [112] показана роль физического насилия. Эпизоды физического насилия в анамнезе повышают вероятность суицидальных попыток у женщин примерно в 15 раз, у мужчин – примерно вдвое. Согласно [118] вероятность попыток самоубийств у женщин возрастает в 3-4 раза при наличии в анамнезе факта сексуального насилия в особенности в возрасте до 16 лет.

В связи с половыми аспектами суицидов в последнее время активно изучаются самоубийства в сообществе сексуальных меньшинств. Как известно, повышенная распространённость суицидальных идей и попыток самоубийства отмечается у лиц с гендерной дисфорией. Более высокий уровень суицидального риска у молодых представителей сексуальных меньшинств по сравнению с их сверстниками с традиционной ориентацией может быть также связан с более высокими показателями виктимизации, с которой они сталкиваются как дома, так и в школе. Сексуальным меньшинствам в подростковой и молодежной среде настоятельно рекомендуют уделять особое внимание, так как они представляют группу повышенного суицидального риска [126, 148].

Таким образом, одним из нерешённых вопросов психиатрии и суицидологии является вопрос о том, почему девочки-подростки чаще испытывают суицидальные мысли и совершают попытки самоубийства по сравнению с мальчиками-подростками. У несовершеннолетних мужского пола почти вдвое чаще регистрируются случаи завершённых суицидов с преобладанием более летальных способов самоубийств. Половые особенности

самоубийств имеют выраженные региональные отличия, что требует специального изучения.

1.4. Диагностика и прогнозирование детских и подростковых суицидов

Для достижения основной цели детских и подростковых суицидологов – снижения количества самоубийств, одной из главных задач является ранняя и точная диагностика и прогнозирование аутоагрессивного поведения. Актуальность этого подтверждается значительным количеством публикаций по диагностике и прогнозированию суицидов [11, 24, 28, 36, 37, 43, 44, 58, 107, 111, 124, 129, 131, 145, 146, 151, 161].

Анализ литературы по этой тематике позволяет проследить два основных направления – психологические и психиатрические. При этом основными диагностическими инструментами исследования в суицидологии остаются клинико-патопсихологические методы, направленные на реконструкцию психологического портрета суицидента [159]. Эти методы позволили получить важные сведения по демографическим, экономическим, гендерным, этнокультуральным, возрастным и другим особенностям суицидального поведения.

Психологические методы изучения суицидентов объединяют очень широкий и разнородный набор инструментов: ретроспективный метод исследования феномена суицида, метод транспективного анализа психопатологического профиля суицидента, метод моделирования-реконструирования жизни личности суицидента, контент-анализ продуктов деятельности суицидента, анализ социологических данных суицида, скрининговый опросник и т.д. [124]. Достаточно точной, полной психометрической методики для определения суицидального риска среди подростков до настоящего времени нет. Поэтому в зависимости от целей и задач психолога, суицидолога или психотерапевта для оценки суицидального риска используется набор (батарея) из определенных тестовых методик, опросников и анкет, которые служат наиболее распространенным диагностическим

инструментом. Несмотря на их большое разнообразие, все они должны удовлетворять определенным психометрическим требованиям: быть адекватными поставленной цели, быть достаточно чувствительными, репрезентативными и надежными [4]. В частности, психодиагностические методы диагностики суицидального риска должны иметь возможность скринингового применения; вопросы соответствовать возрасту респондента; исключать прямые вопросы о суицидальных мыслях; иметь возможность достаточно быстрого заполнения [58].

Психологическая диагностика является сложной задачей и призвана достаточно точно и в то же время оперативно и масштабно выделить, распознать и оценить суицидальное поведение детей и подростков; выявить как общее состояние, так и отдельные качества личности. Первым и главным этапом в работе с суицидентом является проникновение в проблемный мир ребенка с учетом его возрастных особенностей. При этом психометрическая оценка проводится как для предотвращения первичной суицидальной попытки, так и для оценки успешности реабилитации при суицидальном риске. В итоге признаки суицидального поведения слагаются в показатели, а совокупность показателей составляет психодиагностическое заключение о степени риска и намерений, профилактических мероприятиях и происходящих изменений в ходе коррекционной работы [59]. Кроме психометрических методов, для оценки психического статуса и психического состояния больного в современной психиатрии особо важную роль продолжают играть беседа с больным и наблюдение за его поведением. Вместе с тем, для квалифицированной оценки целого ряда психопатологических синдромов в настоящее время все шире используются различные психометрические шкалы [99]. Таким образом, роль психодиагностических и психометрических методов исследования обусловлена как масштабами распространения психопатологии, так ее чрезвычайно разнообразным проявлением [30, 31]. Вместе с тем, для устранения неверных выводов о суицидальных мыслях и поведении они должны быть оценены с использованием многоэлементных оценок [107].

Психиатрическая или клинико-психопатологическая диагностика детских и подростковых суицидов, очевидно, является самым ответственным этапом обследования, поскольку именно она решает судьбу не только непосредственно подростка, но и во многом определяет жизнь близких. Проблема особенно актуальна именно в детской и подростковой среде, поскольку диагностика личностного расстройства в соответствии с требованиями МКБ-10 допускается лишь с 18 лет. При постановке соответствующих диагнозов лицам, не достигшим этого возраста, рекомендовано оперировать такими понятиями как «пограничная личностная организация», а при выраженном антисоциальном поведении относить их к «Нарушению поведения» [24, 36]. Кроме того, прерогативой психиатрической диагностики суицидов является установление их взаимосвязей с психопатологическими проявлениями, что особенно актуально для нашего диссертационного исследования.

Заключая обзор публикаций по наиболее актуальным современным проблемам детской и подростковой суицидологии отметим главное. Несмотря на определенную позитивную динамику, в Российской Федерации суицидальная активность детей и подростков продолжает оставаться угрожающей. Об актуальности и настоятельной необходимости дальнейшего изучения суицидов в их взаимосвязи с психопатологией, а также о масштабах проблемы говорят опубликованные ВОЗ данные (2018), в соответствии с которыми процент завершенных самоубийств, в связи с различной психопатологией колеблется от 60% до 98% всех самоубийств. Согласно эпидемиологическим данным суицидологов различных стран, на долю психиатрических заболеваний приходится подавляющее большинство, как завершённых самоубийств, так и попыток самоубийств. Применительно к условиям Российской Федерации, специальное внимание необходимо обратить анализу детских и подростковых самоубийств в конкретных субъектах РФ с учетом их региональных особенностей. Для определения причин высокой суицидальной активности несовершеннолетних предстоит проделать большую комплексную работу.

ГЛАВА 2. ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика дизайна и методов исследования

Диссертационная работа была выполнена на кафедре психотерапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России на базе Республиканского клинического психотерапевтического центра Минздрава РБ.

Для достижения поставленной в диссертации цели и решения соответствующих задач был использован клинико-эпидемиологический материал, полученный в ходе диспансеризации детей и подростков, проживающих в неблагополучных по смертности от самоубийств районах и городах Республики Башкортостан. Базой этого этапа исследования явились образовательные организации Республики Башкортостан, из них – 93 средние общеобразовательные школы, 6 основных общеобразовательных школ, 6 гимназий, 3 лицея, 5 колледжей.

Из исследования были исключены несовершеннолетние, у которых выявлялись суицидальные тенденции, но при этом они имели: тяжелые психические расстройства (шизофрения и иные психотические расстройства различной этиологии); умственную отсталость; выраженные проявления органического поражения головного мозга.

При формировании клинической группы наблюдения использовались следующие критерии включения:

- возраст от 12 до 17 лет;
- школьники и студенты колледжей на момент начала исследования;
- наличие у учащихся суицидальных тенденций;
- диагноз непсихотического психического расстройства, соответствующий МКБ 10-го пересмотра;

– согласие законных представителей ребенка, либо согласие подростка старше 15 лет на предоставление полных анамнестических сведений о его развитии, обучении, характере проявлений суицидальных тенденций.

Группа сравнения была сформирована на основе выбора пациентов того же возрастного и полового состава, с аналогичной нервно-психической патологией, но без суицидальных тенденций.

Впоследствии эти группы детей и подростков были направлены на стационарное наблюдение и лечение в детское отделение РКПЦ.

Нозологическая оценка психических и поведенческих расстройств основывалась на критериях МКБ-10.

Работа выполнялась с использованием клинико-эпидемиологического, психосоциального, психометрического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и статистического методов и включала в себя три основных этапа.

На первом этапе было проведено изучение отечественных и зарубежных публикаций по наиболее актуальным эпидемиологическим, клинико-психопатологическим и социально-психологическим аспектам детских и подростковых суицидов, а также проведен анализ статистических данных детских и подростковых суицидов по всем муниципальным образованиям Республики Башкортостан, включающим 54 района и 9 городов. На основе полученной информации была определена цель работы, сформулированы задачи и выбраны соответствующие методы исследования.

На втором этапе, в рамках исполнения распоряжения Главы Республики Башкортостан от 28 октября 2016 года №РГ-176 была проведена диспансеризация в наименее благополучных по суицидам районах и городах. На этом этапе путём клинико-психопатологического, социально-психологического и психометрического исследования был собран соответствующий материал, на основе которого были сформированы группы риска детей и подростков для дальнейшего, более углублённого их обследования в стационарных условиях.

Третий этап включал анализ полученных данных, обсуждение полученных результатов, статистическую обработку и оформление диссертационной работы.

Согласно этическим требованиям Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013) к проведению медицинских исследований, все обследованные дети и подростки, а также их родители были ознакомлены с целью, задачами и условиями проведения исследований, и у них было получено информированное письменное согласие на участие в работе. Также наше диссертационное исследование было одобрено комиссией по вопросам этики Ученого Совета Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, протокол №9 от 22.12.2016.

Общие сведения о методах и объеме проведенного исследования представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Общие сведения об объеме и методах исследования

Показатель	Количество	
	п	параметры
Психобиографическое анкетирование	628	165792
Клинические наблюдения		
Клинико-anamnestический метод	6083	6083
в т.ч., на базе образовательных организаций	5931	5931
на базе детского отделения	152	152
Клинико-психопатологический метод	6083	6083
в т.ч., на базе образовательных организаций	5931	5931
на базе детского отделения	152	152
Психометрические методы		
Психодиагностика суицидальных намерений (ПСН – «В») А.А. Кучер, В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г.	5931	5931
Тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку), 1970-е годы.	5931	23 724
Опросник детской депрессии (CDI) М. Ковач, 1992 г.	2870	2870
Методика «Тревожность и депрессия» (ТиД), Ю.Л. Ханин, 1976 г.	3061	6122
Опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной, 2008 г.	2870	2870
Опросник для определения вида одиночества С.Г. Корчагиной, 2008 г.	3061	3061
Всего	6083	222536
Примечание: п – количество обследованных, параметры – количество измерений		

2.2. Клинические методы исследования

Объектом исследования в диссертации явились организованные группы детей и подростков РБ. По распоряжению Главы Республики Башкортостан от 28 октября 2016 года №РГ-176 в число неблагополучных муниципальных образований по суицидам несовершеннолетних вошли города Октябрьский и Нефтекамск, Иглинский, Илишевский, Караидельский и Зианчуринский районы республики¹. Для исполнения этого распоряжения в указанные города и районы были направлены бригады специалистов в составе врача-психиатра и медицинского психолога. Участие в обследовании детей врача-психиатра было регламентировано приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 года №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

В ходе обследования, обучающиеся были разделены на две возрастные группы, первая включала школьников 7-8 классов, вторая - учеников 9-11 классов и студентов 1 курса техникумов, возрастной состав первой группы ограничивался диапазоном 12-14 лет, ко второй группе были отнесены подростки 15-17 лет.

На этапе диспансеризации в городах и районах РБ, при проведении клинического обследования, были использованы клинико-anamnestический метод для сбора данных по психическому и соматическому здоровью детей и подростков, а также клинико-психопатологический метод, состоящий из осмотра, сбора жалоб и оценки психического статуса для определения ведущего на момент осмотра психопатологического синдрома и постановки предварительного диагноза для определения группы наблюдения.

На этапе углубленного клинического обследования в стационарных условиях на базе детского отделения ГБУЗ Республиканский клинический

¹ Тимербулатов, И.Ф. Показатели смертности от внешних причин как индикатор социально-психологического здоровья населения Республики Башкортостан / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, В.Л. Юлдашев, М.Ф. Тимербулатова, Р.Р. Ахмадеев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12. – №6(72). – С. 6–10.

психотерапевтический центр осуществлялся клинико-анамнестический метод. Помимо сбора данных о психическом и соматическом здоровье детей и подростков, был использован анализ материалов предыдущих обращений за медицинской помощью, а также результаты функциональных методов исследования. Для установления заключительного диагноза был использован клинико-психопатологический метод.

Клинико-психопатологические данные и сведения о пациентах были получены при их личном обследовании автором. Диагноз психического расстройства основывался на критериях Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Квалификация ведущего психопатологического синдрома проводилась в соответствии с принятыми в отечественной психиатрии клиническими критериями, изложенными в ведущих отечественных руководствах. Все данные фиксировались в разработанной автором карте для структуризации собранной клинической информации.

2.3. Эпидемиологический, психосоциальный и психометрические методы исследования

Эпидемиологический анализ детских и подростковых суицидов был проведен на основе данных, полученных Министерством здравоохранения Республики Башкортостан за 2012-2018 годы в рамках региональных приказов о ежеквартальном сборе информации о суицидальном поведении граждан республики.

Психосоциальное исследование детей и подростков было проведено с помощью психобиографической анкеты, содержащей 246 вопросов. Анкета включала общий раздел, а также разделы по жилищно-бытовым и социально-бытовым условиям, психологическому климату в семье, медико-социальному статусу родителей социальную адаптацию и психопатологические реакции.

Для оценки суицидального риска, исследования аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения, тревожности, фрустрации агрессивности, ригидности, чувства одиночества, и депрессии была использована

психометрическая батарея тестов, включающая психодиагностику суицидальных намерений (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г.); опросник детской депрессии (CDI) М. Ковача, 1992 г.; Опросник С.Г. Корчагиной для определения переживания одиночества, его глубины и вида, 2008 г.; методику «Тревожность и депрессия» (ТиД) Ю.Л. Ханин, 1976 г.².

2.4. Математический анализ данных

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета прикладных статистических программ «Statistica 10.0». Перед началом анализа была проведена проверка вариационных рядов на нормальность распределения. Дальнейшая статистическая обработка данных была проведена в зависимости от объёма выборки и распределения данных. При достаточном массиве и распределении, близком к нормальному, был применён t-критерий Стьюдента. Межгрупповое сравнение данных с разным объёмом выборки (главы 3 и 4) проводилось по методу Хи-квадрат.

Для оценки характера и выраженности взаимосвязей между суицидальным риском и психопатологическими проявлениями у детей и подростков были определены критические значения коэффициентов корреляции Пирсона [79] (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Критические значения коэффициентов корреляции Пирсона при различных объёмах выборки в исследованных группах

Возраст	Пол	Объём	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,001$
Младший	М	137	$\geq 0,168$	$\geq 0,219$	$\geq 0,278$
Младший	Ж	214	$\geq 0,134$	$\geq 0,176$	$\geq 0,223$
Старший	М	136	$\geq 0,168$	$\geq 0,220$	$\geq 0,279$
Старший	Ж	141	$\geq 0,165$	$\geq 0,216$	$\geq 0,274$

² Тимербулатов, И.Ф. Возможности психотерапевтической службы в системе профилактики суицидов (на примере опыта Республики Башкортостан) / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, И.Р. Хох, М.Ф. Тимербулатова // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М., 2019. –С. 567-574.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

В следующей главе диссертации представлены результаты клинических исследований на основе предварительного анализа эпидемиологической ситуации, а также данные психометрических исследований детей и подростков РБ. Эпидемиологический блок работы был направлен на оценку ситуации по детской и подростковой смертности от самоубийств и суицидальных попыток в целом по РБ. Клинические данные, представленные в этой главе, содержат результаты диспансерного наблюдения детей и подростков, направленного на постановку предварительного диагноза с последующим формированием групп наблюдения. Психометрические исследования были проведены для уточнения клинико-эпидемиологических результатов.

3.1. Показатели завершённых суицидов и суицидальных попыток у детей и подростков Республики Башкортостан

Сводные абсолютные и интенсивные данные о завершённых детских и подростковых суицидах по Республике Башкортостан за 2012-2018 годы представлены в таблице 3.1.

Как следует из таблицы 3.1, «средний уровень завершённых суицидов с 2012 г. по 2018 г. был достоверно выше в группе подростков 15-17 лет ($19,6 \pm 2,6$ случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста) по сравнению с группой детей 0-14 лет ($1,5 \pm 0,3$ случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста) ($p < 0,05$)»³. При этом в группе детей 0-14 лет прослеживается чёткая

³ Тимербулатов, И.Ф. Клинико-эпидемиологические и психопатологические данные по суицидальному поведению у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан за 2012-2018 годы / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, О.Р. Мухамадеева, Р.Р. Ахмадеев, М.Ф. Тимербулатова // Scientific forum. Siberia. - 2021. - Т. 7. - №2. - С. 17–22.

тенденция к снижению количества суицидов за период 2012-2018 гг., в то время у подростков 15-17 лет, наоборот, наблюдается рост показателя (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Частота завершённых суицидов у детей 0-17 лет в Республике Башкортостан за 2012-2018 гг.

Годы	Дети (0-17 лет)		Дети (0-14 лет)		Подростки (15-17 лет)	
	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста
2012	4,3	-	2,2	-	14,2	-
2013	4,3	0,0	2,6	18,2	13,3	-6,3
2014	4,2	-2,3	2,5	-3,8	13,4	0,8
2015	5,0	19,0	1,2	-52,0	27,5	105,2
2016	4,6	-8,0	0,4	-66,7	30,2	9,8
2017	3,6	-21,7	1,5	275,0	17	-43,7
2018	3,4	-5,6	0,4	-73,3	22	29,4
Средний уровень заверш. суицидов за 2012-2018 гг. (M±m)	4,2±0,2	-	1,5±0,3*	-	19,6±2,6*,**	-

Примечание – * разница с группой дети (0-17 лет) значима ($p < 0,05$); ** разница с группой дети (0-14 лет) значима ($p < 0,001$).

Следует отметить, что у подростков в 2015 г. произошло двукратное (27,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста) увеличение количества завершённых суицидов в сравнении с 2014 г. (13,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В 2016 г. рост показателя продолжился (30,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста), при этом темп прироста составил 9,8%. Следует отметить, что «в те же годы показатель уровня завершённых суицидов заметно снизился среди детей 0-14 лет: темп убыли в 2015 г. составил 52,0%, а в 2016 г. – 66,7%»⁴.

⁴ Тимербулатов, И.Ф. Клинико-эпидемиологические и психопатологические данные по суицидальному поведению у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан за 2012-2018 годы / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, О.Р. Мухамадеева, Р.Р. Ахмадеев, М.Ф. Тимербулатова // Scientific forum. Siberia. - 2021. - Т. 7. - №2. - С. 17–22.

При оценке суицидальной обстановки в РБ их необходимо сопоставить с другими регионами РФ. Так, по данным Б.С. Положего [48], в наименее благополучных регионах – Республике Алтай количество завершённых суицидов составило 9,0 и в Амурской области – 5,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. В самых благополучных регионах – Центральном и Северо-Кавказском, соответствующие показатели составили соответственно 0,6 и 0,7 на 100 тыс. населения того же возраста.

Тот факт, что показатели завершённых суицидов у несовершеннолетних до 17 лет в Республике Башкортостан за исследованный период с 2012-2018 годы были в диапазоне от 3,4 до 5,0 на 100 тыс. населения и в возрастном аспекте существенно преобладало количество завершённых суицидов у подростков 15-17 лет по сравнению с детьми до 14 лет, соответствует средним значениям в целом по Российской Федерации.

Всплеск смертности несовершеннолетних от суицидов в РБ в 2015-2016 годы также соотносится с динамикой по Российской Федерации. При выяснении причин такого резкого повышения суицидальной активности у несовершеннолетних за два года специалисты СКР обратили внимание на резкое увеличение количества в Интернете, так называемых, «групп смерти». Если до 2014 года в России такие группы известны не были, то в 2015 году членство потерпевших в них было подтверждено по двум эпизодам, в 2016 г. – уже по 20, а только в первом полугодии 2017 г. членство в «группах смерти» подростков – суицидентов было подтверждено по 287 эпизодам. На фоне стабильного ежегодного снижения количества самоубийств у несовершеннолетних за период с 2012 по 2014 годы, резкий рост в 2015-2016 годах, согласно СКР РФ, был связан с повышением активности «групп смерти» в Интернете. По нашему мнению, эта общероссийская тенденция затронула и подростков Башкортостана, что очередной раз подтверждает роль психосоциальных факторов и, в частности, механизма психологического индуцирования в аутодеструктивном поведении.

Соотношение завершённых суицидов у мальчиков и девочек в РБ в разные годы наблюдения варьирует в пределах примерно 1:1,3 – 1:3,5 что также

соответствует данным, представленным другими исследователями данной проблемы [65, 88, 132].

Наряду с показателем завершенных суицидов, одним из основных характеристик суицидального поведения являются суицидальные попытки, данные по РБ представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Частота суицидальных попыток у детей 0-17 лет в Республике Башкортостан за 2012-2018 гг.

Годы	Дети (0-17 лет)		Дети (0-14 лет)		Подростки (15-17 лет)	
	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста	на 100 тыс. населения соотв. возраста	темп прироста
2012	19,8	-	5,3	-	88,1	-
2013	15,7	-20,79	4,4	-0,16	75,3	-14,53
2014	11,8	-24,85	2,7	-0,38	62,7	-16,73
2015	15,5	31,37	4,4	0,63	80,9	29,03
2016	14,8	-4,46	2,6	-0,41	89,2	10,26
2017	13,9	-5,62	4,6	0,77	79,4	-10,99
2018	13,9	0,07	3,0	-0,35	80,3	1,13
Средний уровень суицидальных попыток за 2012-2018 гг. (M±m)	15,0±3,1	-	3,9±3,4	-	79,4±3,7	-

За исследованные нами годы максимум суицидальных попыток суммарно у детей и подростков Башкортостана (167 попыток) был отмечен в 2012 году, минимум (102 попытки) – в 2014 году. Следует отметить, что максимальный темп убыли (-20,79 и 24,85) суицидальных попыток у несовершеннолетних в РБ наблюдался в 2013 и 2014 годах, темп прироста – в 2015 году. Более динамичными как в сторону роста, так и снижения, показатели суицидальных попыток были в группе подростков 15-17 лет (Рисунок 3.1).

Помимо возрастных аспектов суицидальных попыток у детей и подростков, интерес представляет их половой аспект. На нормированной линейной диаграмме, представленной на рисунке 3.1 показано, что за все исследованные годы сильно преобладают суицидальные попытки у девочек. Кроме того, у них наблюдается более сильный сдвиг в младшую сторону возрастной шкалы.

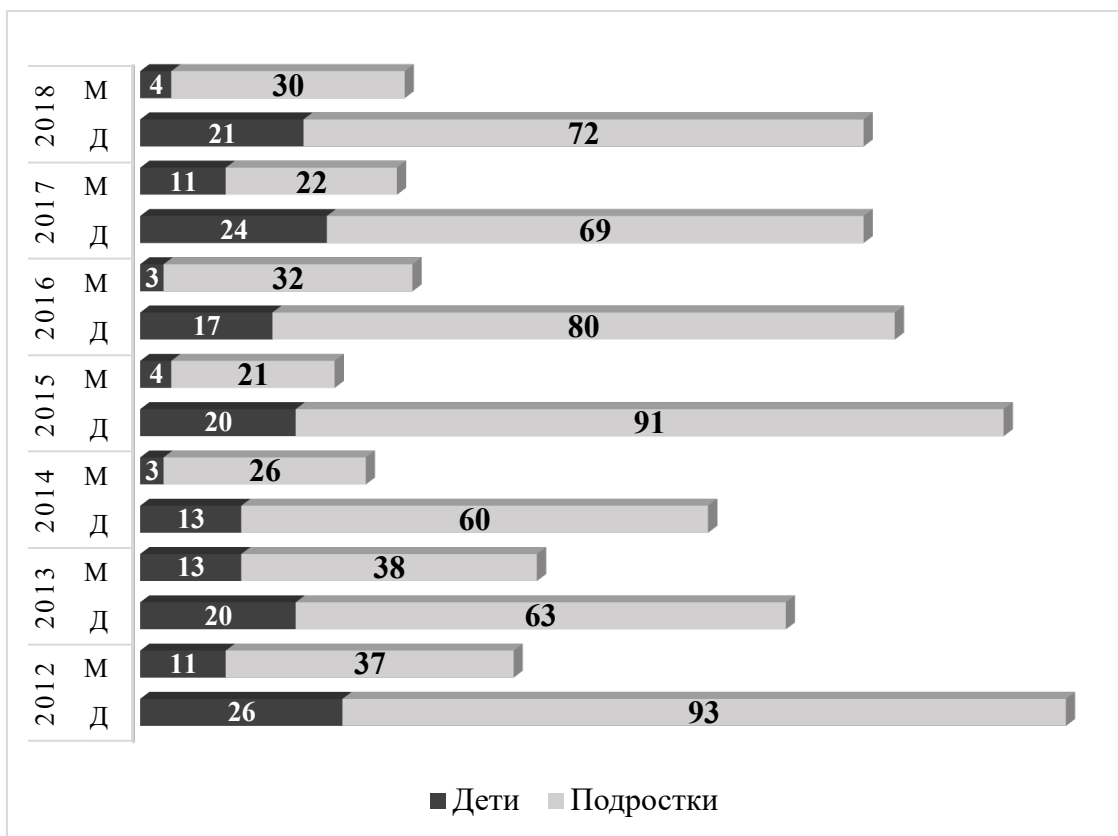


Рисунок 3.1 – Соотношение суицидальных попыток у детей и подростков РБ за исследованный период в половом аспекте (М – мальчики, Д – девочки)

Соответственно, онтогенетическая и половая структура детей и подростков Республики Башкортостан, совершивших суицидальные попытки, полностью соответствует показателям по Российской Федерации, где в среднем соотношение суицидальных попыток у девочек и мальчиков составляет 2,5:1, а демонстративные суицидальные попытки достигают соотношения 4,3:1. Как и по нашим данным, максимум выявленных суицидальных мыслей и попыток приходится на возраст 15-16 лет. Но при этом следует учитывать «феномен айсберга», т.к. реальное количество суицидальных попыток намного больше, и в статистические данные входят только учтенные случаи.

Эти данные в целом соответствуют результатами исследования по детским и подростковым суицидам, полученным другими авторами. В одном из отечественных исследований [33] детско-подростковых парасуицидов наименее благополучного региона России – Забайкалья, приведены данные о сильном изменении соотношения парасуицидентов детей и подростков за последние годы. Так, если в 90-е годы оно составляло 1:10 – 1:8, то в последнее время соотношение сократилось в среднем до 1:3. В связи с возрастными аспектами суицидальности следует отметить, что ее омоложение происходит во многих, в том числе – и экономически развитых странах. В лонгитюдном исследовании [115], проведенном в США в период с 2007 по 2015 годы отмечено резкое, более чем на 90% увеличение суицидальных идей и попыток у лиц в возрасте до 18 лет. Особую тревогу вызывает то, что более 40% из них составили дети от 5 до 10 лет. При анализе возрастных причин детских и подростковых суицидов следует учитывать, что около 30% психотических расстройств формируется до полового созревания, что классифицируется как ранний (13 - 17 лет) или очень ранний (до 13 лет) психоз. При исследовании частоты суицидальных мыслей, планировании суицидов и их попыток у детей от 7 до 13 лет Sinclair-McBride K. et al. [168] определили, что от 50 до 80% из них коморбидны, по крайней мере, одному психическому расстройству.

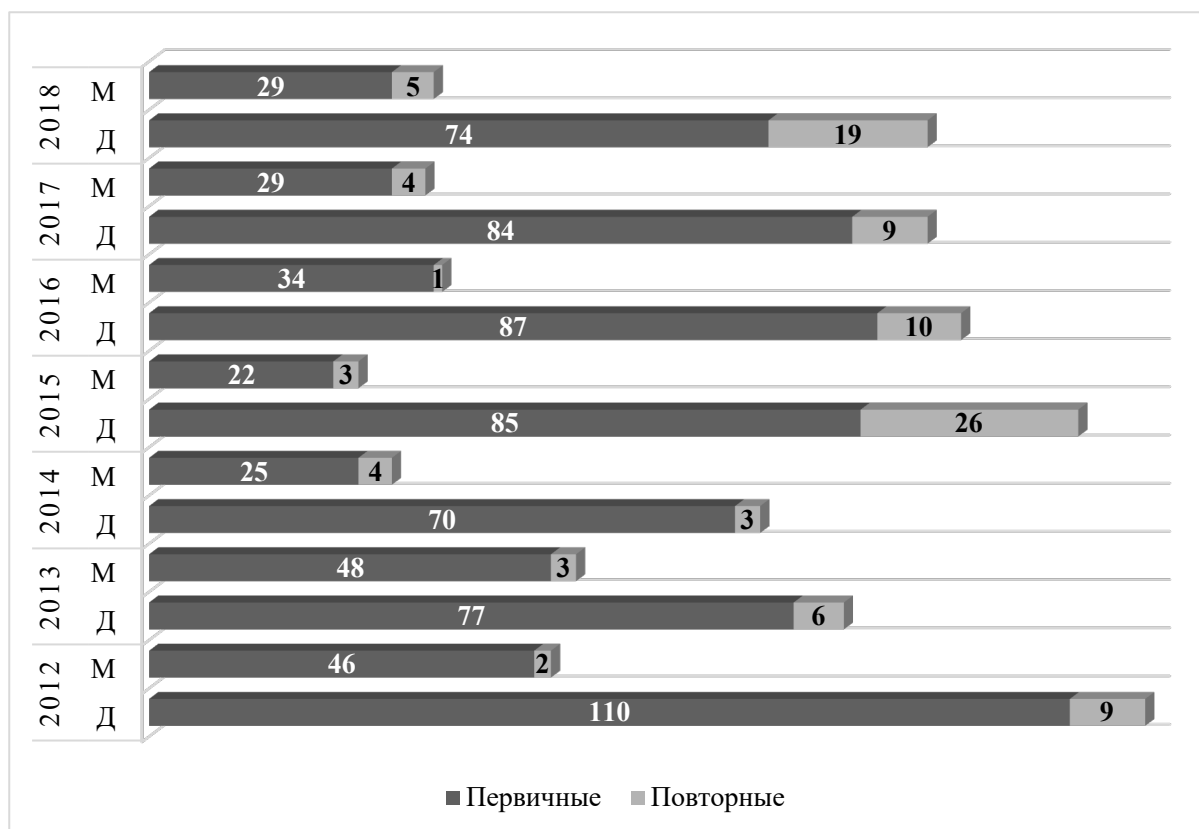


Рисунок 3.2 – Показатели первичности и повторности суицидальных попыток у детей и подростков РБ за исследованный период в половом аспекте (М – мальчики, Д – девочки)

Изучение суицидального анамнеза, особенностей и обстоятельств суицидальной попытки показало, что для девочек по сравнению с мальчиками более характерны манифестные суицидальные попытки (Рисунок 3.2). По механизму формирования у девочек-подростков преобладали суицидально-шантажные призывы к вниманию и сочувствию окружающих, особенно – близких родственников и друзей. Это объясняется в целом более демонстративными формами девиантного поведения у девочек, но в их осуществлении они менее решительны, не уверены в летальности выбранного способа, при которых физические повреждения незначительны. Эта точка зрения полностью согласуется с мнением других авторов [48, 105, 107, 128] публикации которых были рассмотрены в обзоре диссертации.

Дальнейший клинико-эпидемиологический анализ показал, что количество суицидентов, состоящих на учете у психиатров РБ было примерно одинаковым у мальчиков и девочек. При этом, согласно нашему исследованию, максимум

суицидальных попыток в состоянии опьянения пришелся на 2013 год, минимум – на 2016 год, и в 2017 году случаев суицидальных попыток в состоянии алкогольного и (или) наркотического опьянения по РБ в детском и подростковом возрасте зафиксировано не было.

В подробном исследовании [156] половозрастных особенностей детских и подростковых суицидов было установлено, что у значительной части (до 10%) как мальчиков, так и девочек довольно высокий уровень суицидальных мыслей образуется в допубертатном периоде, уже к 12-ти годам, и при этом наблюдаются четкие половые различия. У девочек наиболее интенсивное усиление суицидальных идей происходит в возрасте от 12 до 13 лет, и далее, к 14-15 годам СИ несколько ослабевают. При этом у девочек в наименее благополучной группе суицидальные тренды чётко сопровождались высокой депрессией и низкой социальной поддержкой сверстников. Для мальчиков депрессия была характерной для всех трех исследованных групп, и наименее благополучная по суицидальному риску группа характеризовалась депрессией, экстернализацией поведения, плохой поддержкой семьи и употреблением алкоголя. Кроме того, М. Adrian и соавторы [156] еще раз подтвердили данные о том, что дети и подростки женского пола демонстрируют более высокие показатели нефатального суицидального поведения с большим количеством суицидальных попыток демонстративного характера, для мальчиков характерны более высокие уровни смертельных суицидов. Рассмотренные здесь данные из публикаций других авторов вполне согласуются с нашими данными о половых различиях по суицидальным попыткам у детей и подростков РБ. В частности, более частые суицидальные попытки у девочек подтверждается данными, представленными на рисунке 3.2: в 2016 году количество повторных суицидальных попыток у девочек десятикратно превысило таковые у мальчиков, в 2015 году разница составила 8,7 раза.

Анализ муниципальных образований по детским и подростковому суицидам показал следующее. Из 54 районов Республики Башкортостан в 8 районах за 2012-2016 годы случаев завершенных суицидов зафиксировано не было. В подавляющем большинстве (31 район) за этот период было от 1 до 3 смертей от

суицидов. 2 района, в которых суммарно за все годы было совершено более 8 детских и подростковых суицидов мы рассматриваем как крайне неблагоприятные и требующие самого пристального внимания. В городах Башкирии суицидальная обстановка также крайне неоднородна от их полного отсутствия (3 города) до 8 и более случаев. В их число вошли наиболее крупные населенные пункты, включая столицу республики.

3.2. Результаты клинико-психопатологического обследования детей и подростков Республики Башкортостан с пограничными психическими расстройствами

Результаты клинико-психопатологического обследования, направленного на установление и уточнение типологии пограничных психических расстройств у детей и подростков, полученные в ходе диспансеризации детей и подростков из наименее благополучных по суициду муниципальных образований республики представлены в следующем разделе диссертации.

В частности, в ходе диспансеризации было осмотрено 70% детей и подростков указанных образовательных организаций, из которых каждый 5-ый имел отклонения в состоянии психического здоровья.

Основными жалобами, предъявляемыми детьми и подростками при проведении диспансеризации являлись – часто угнетенное, подавленное настроение, скука, обида, безнадежность, отсутствие перспективы, чувство тревоги и беспокойства, трудности сосредоточения внимания, снижение успеваемости в школе, плохой сон, головные боли, раздражительность, мысли о нежелании жить.

Все, обозначенные в процессе осмотра жалобы, составили основные симптомы пограничной психической патологии, выявленной при указанном обследовании, а именно, гипотимия, замедление мышления, бессонница, тревога, повышенная утомляемость, астения, апатия, гипобулия, гипомнезия, нарушение внимания, негативизм, агрессия.

Анализ жалоб позволил сформировать определенную структуру основных симптомов, из которых были выделены ведущие синдромы (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Структура основных синдромов пограничных психических расстройств у детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет) обследованных при диспансеризации в муниципальных районах Республики Башкортостан за 2012-2018 гг.

Основной синдром	Группа 1 – с психопатологией (n=1230)					
	дети 0-14 лет (n=938)			подростки 15-17 лет (n=292)		
	абс./%	в том числе		абс./%	в том числе	
		Д абс.	М абс.		Д абс.	М абс.
Депрессивный	640/68,2	396	244	192/65,8	119	73
Тревожный	174/18,5	110	64	53/18,2	33	20
Поведенческий	244/26,0	141	103	82/28,4	44	38
Вегетативный	52/5,6	33	19	16/5,5	10	6

Примечание – Д абс. – абсолютное количество девочек; М абс. – абсолютное количество мальчиков.

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних, основанная на наличии функциональных нарушений и хронических состояний, позволила отнести всех выявленных детей и подростков ко II группе состояния здоровья, у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

На основании результатов осмотра были выявлены две нозологические группы – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте. Общие сведения об объёме и структуре пограничных психических расстройств у обследованных детей и подростков представлены в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Структура пограничных психических расстройств у обследованных детей и подростков

Группа заболеваний	Нозология	Шифр по МКБ-10	абс.	%
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (n=1013) 82,3%	Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации	F43.25	772	62,7
	Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	F43.22	169	13,7
	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	F41.2	72	5,9
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (n=217) 17,6%	Другое смешанное расстройство поведения и эмоций	F92.8	121	9,9
	Неуточненное эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст;	F98.9	48	3,9
	Социализированное расстройство поведения	F91.2	24	1,9
	Расстройство сиблингового соперничества	F93.3	24	1,9
Всего			1230	100

3.3. Данные психометрического обследования детей и подростков с пограничными психическими расстройствами

Для уточнения проявлений пограничных психических расстройств, а также характера и выраженности суицидального риска у обследованных мальчиков, и девочек, нами было проведено их психометрическое обследование, общие результаты которого представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Результаты психометрического обследования детей и подростков РБ

Методика	Выявлено всего, в т.ч.			
	0-14 лет		15-17 лет	
	п	%	п	%
Опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной (2008г.), выявлены формы одиночества:				
Диффузное(ая)	-	-	675	22,05
отчуждающее	-	-	756	24,69
диссоциированное	-	-	921	30,08
состояние одиночества без определенного вида	-	-	711	23,22
глубокое	430	15,03	-	-
очень глубокое	59	2,04	-	-
Психодиагностика суицидальных намерений (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г.)				
требуется особое внимание	40	1,39	45	1,47
в наличии суицидальный риск	-	-	1	0,03
Тест самооценка психических состояний (по Г. Айзенку)				
тревожность	166	5,78	344	11,23
фрустрация	183	6,37	348	11,36
агрессивность	310	10,79	507	16,56
ригидность	301	10,48	452	14,76
Опросник детской депрессии (CDI) М. Ковач, 1992 г.				
критическое число	347	12,09	398	13,00
субдепрессия или маскированная депрессия	296	10,31	331	10,81
легкое снижение настроения	859	29,93	918	30,00
без депрессии	1368	47,66	1414	46,19
«Тревожность и депрессия» (ТиД) Ю.Л. Ханина, 1976 г.				
коэффициент тревожности	-	-	421	13,76
коэффициент депрессии	-	-	267	8,74

Прежде всего, требуется отметить, что при проведении психодиагностики суицидальных намерений (по Кучеру А.А. и Костюкевич В.П. и Войцех В.П., 1998 г.) показатель суицидальных намерений как в старшей, так и в младшей обследованных группах соответствовал нормальным параметрам: средние показатели 49,59 и 50,27 баллов соответственно при норме ≤ 70 . Достоверных межгрупповых различий при этом не обнаружено ($p > 0,05$). Необходимость особого внимания выявлена лишь у 1,39% детей 7-8 класса и у 1,47% детей 9-11 классов, и только у одного обследованного (0,03%) – наличие суицидального риска, что может свидетельствовать о недостаточной информативности методики.

Отмеченное выше наблюдение в отношении методики А.А. Кучера и В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г. косвенно подтверждается тем фактом, что комплексное психометрическое обследование определило у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами выраженные эмоциональные проблемы, в частности, сильное преобладание различных разновидностей одиночества.

Так, у трети (30,08%) обследованных старшей группы были выявлены признаки диссоциированного одиночества, меньше всего выявлялось диффузное одиночество и в младшей группе более 15% школьников показали признаки глубокого одиночества по тесту С.Г. Корчагиной 2008 г.

По тесту самооценки психических состояний Г. Айзенка, как у младшей возрастной группы, так и у старших подростков чаще всего выявлялась агрессивность, реже диагностировалась тревожность.

Психометрический анализ самооценки психических состояний по Г. Айзенку выявил средний, допустимый уровень тревожности, фрустрации агрессивности и ригидности в старшей группе подростков, причем максимальное (9,27 баллов) значение имела агрессивность, минимальное – фрустрация. Сходное распределение выявлено и в младшей группе обследованных детей. Примечательно, что по всем обследованным показателям психических состояний в младшей группе значения были ниже (т.е. ближе к норме) относительно старшей группы с высоким уровнем доверительной вероятности (p от 0,000067 до 0,047031 по t -критерию Стьюдента). Показатели тревожности и фрустрации у обследованных младшей группы оказались на грани «нет признака» (6,32 и 6,26 баллов соответственно при 0-7 – отсутствие фрустрации и тревожности).

Чуть менее половины обследованных обеих возрастных групп признаков депрессии по опроснику детской депрессии (CDI) М. Ковач 1992 г. не выявляли, но при этом у трети обучающихся было определено субдепрессивное состояние. По результатам теста «Тревожность и депрессия» (Тид) Ю.Л. Ханин, 1976 г. чаще выявлялась тревожность, чем депрессия.

Согласно проведенным ранее другими авторами психометрическим исследованиям детей и подростков, суициды являются не только следствием психопатологии, но и усиливающимся на ее фоне взаимовлиянием целого ряда индивидуально-психологических и психосоциальных факторов [64, 107, 110, 130]. В числе этих факторов большая роль принадлежит отчуждению, одиночеству, физическому, психическому и эмоциональному насилию. В связи с рассмотренными выше психометрическими данными следует также отметить, что помимо определяющего значения депрессивных состояний в генезе самоубийств, как на проявления самой депрессии, так и на ее суицидальные составляющие влияет целый ряд сопутствующих обстоятельств. В частности, при психометрической оценке риска самоубийств у детей и подростков важно учитывать не только депрессию, но и тревожные расстройства, тем более из-за их высокой коморбидности [122]. Это мнение полностью соответствует нашим результатам по тревожности и депрессии у детей и подростков, полученных с помощью опросника детской депрессии (CDI) М. Ковача 1992 г. и теста «Тревожность и депрессия» (ТиД) Ю.Л. Ханин, 1976 г.

На рисунке 3.3 показано распределение процентных долей детей и подростков с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами и эмоциональными расстройствами, и расстройствами поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте с суицидальным риском и без него.

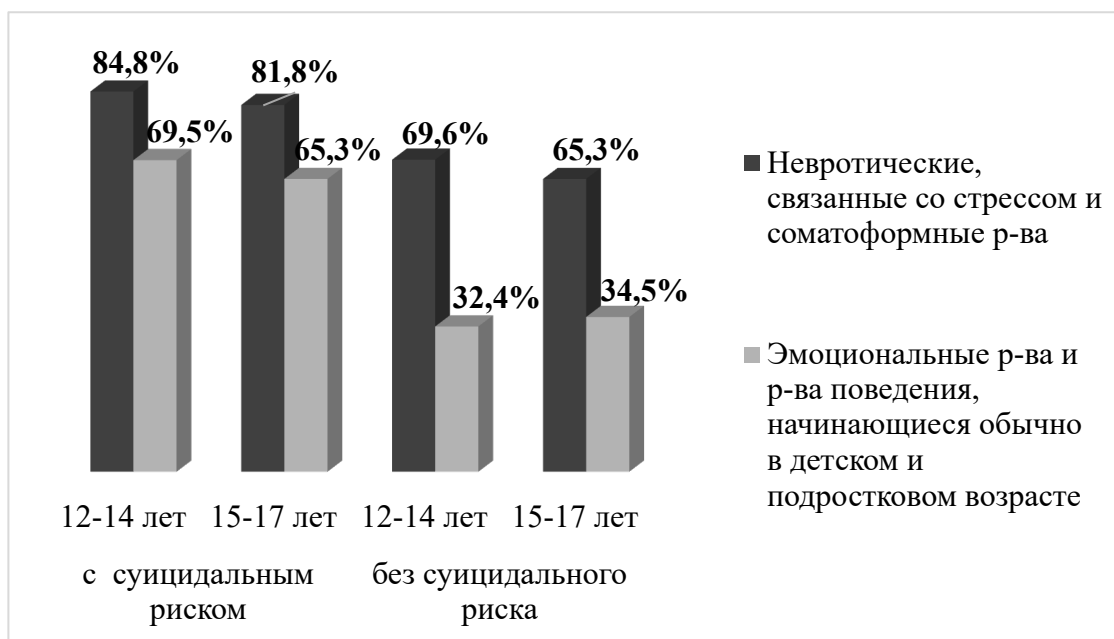


Рисунок 3.3 – Распределение процентных долей несовершеннолетних Республики Башкортостан с пограничной психической патологией с суицидальным риском и без него

На гистограмме видно, что в совокупной группе обследованных детей и подростков 12-17 лет с суицидальным риском явно преобладают как невротические, связанные со стрессом расстройства, так и эмоциональные расстройства, и расстройства поведения относительно несовершеннолетних с психопатологией, но без суицидального риска. Процентная доля детей 12-14 лет с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами с суицидальным риском составила 84,8%, подростков 15-17 лет – 81,8%. Дети 12-14 лет с этой же группой нозологии без суицидального риска – соответственно 69,6% и подростков 15-17 лет – 65,3%. В группе детей 12-14 лет с суицидальным риском эмоциональные расстройства и расстройства поведения были определены у 69,6%, у подростков 15-17 лет – у 65,3%. В аналогичных возрастных группах у несовершеннолетних с психопатологией без суицидального риска – соответственно 32,4% и 34,5%.

Выраженные возрастные особенности суицидального поведения ранее рассмотрены многими авторами [5, 36, 62], обобщенно это можно сформулировать так, что до 11 лет суициды случаются редко, и, как правило, связаны с тяжелыми психотравмирующими событиями. В возрастном промежутке

12-15 лет суицидальное поведение проходит фазу «оформленного суицидального кризиса», когда количество завершенных суицидов и суицидальных попыток возрастает, и их пик наблюдается в возрасте 16-19 лет, что во многом связано с манифестацией психических нарушений. По мнению большинства авторов основной психопатологический вклад в формирование суицидов у детей и подростков вносят эмоциональные нарушения, в особенности – депрессивные и тревожные синдромы, особенно с учетом их высокой коморбидности [81, 85, 86, 120, 122, 132, 139, 153, 162].

Таким образом, клинико-психологические и психометрические данные, полученные в ходе диспансеризации 6063 детей и подростков из наименее благополучных по суицидам районов РБ позволили выявить пограничную психопатологию у 1230 детей и подростков, что составило около 20,28% от общего количества обследованных. Анализ показал наличие суицидальных тенденций у 440 (35,8%) детей и подростков у которых были установлены следующие предварительные диагнозы: 282 человека, что составило 64,1% от всей клинической группы, выявляли Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25), 62 человека (14,1%) с диагнозом F43.22 – Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, 26 человек (5,9%) с F41.2 – Смешанное тревожно-депрессивное расстройство, 44 человека (10%) с диагнозом – Другое смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8), 18 человек (4,1%) с диагнозом F98.9 - Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненное, по 4 человека (0,9%) с диагнозами F91.2 Социализированное расстройство поведения и F93.3 Расстройство сиблингового соперничества.

Психометрическая оценка обследованных нами детей 12-14 лет показала, что 15,03% выявляли глубокое одиночество по опроснику «Одиночество» С.Г. Корчагиной 2008 г.; по тесту самооценки психических состояний по Г. Айзенка 10,79% выявляли агрессивность, 10,48% ригидность; без признаков депрессии было выявлено 47,66% обследованных детей, 29,93% отмечали легкое снижение

настроения. Среди подростков 9-11 класса 30,08% выявляли диссоциированное одиночество, 22,05% - диффузное одиночество по опроснику «Одиночество» С.Г. Корчагиной 2008 г.; 16,56% - агрессивность и 14,76% - ригидность по тесту самооценки психических состояний по Г. Айзенку; без признаков депрессии было выявлено 46,19% обследованных подростков, 30% отмечали легкое снижение настроения, коэффициент тревожности по тесту «Тревожность и депрессия» (Тид) Ю.Л. Ханина, 1976 г. выявлен у 13,76%.

Подводя итог главе диссертации по результатам исследования психопатологических проявлений и суицидальных тенденций у несовершеннолетних в Республике Башкортостан за 2012 – 2018 годы отметим основное. Показатели завершённых суицидов с минимальным значением 3,4 и максимальным 5,0 (на 100000 детского населения 0-17 лет) за исследованный период соответствуют средним значениям по Российской Федерации. При этом в Башкортостане, как и в остальных регионах России, существенно преобладают суицидальные попытки и завершённые суициды в группе подростков 14-17 лет. Как в группе детей 12-14 лет, так и подростков 15-17 лет с суицидальным риском наибольшую процентную долю (соответственно 84,8% и 81,8%) составили невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Процентная доля детей и подростков 12-14 лет с психопатологическими проявлениями значимо ($p < 0.001$) выше в группе с суицидальным риском. Психометрические исследования подтвердили клинические данные и показали значительное преобладание смешанного расстройства эмоций и поведения у детей и подростков с суицидальными тенденциями.

Все дети и подростки с выявленной в ходе диспансеризации психопатологией и вероятными суицидальными рисками получили направление для дальнейшего стационарного обследования и лечения в ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

4.1. Общие сведения о результатах обследования детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в условиях стационара

Исходя из ведущей роли психических расстройств в формировании детских и подростковых суицидов [14, 15, 121, 127, 133] нами было проведено углубленное клиническое и медико-психологическое обследование детей и подростков РБ с пограничными психическими расстройствами, принятых на стационарное лечение. Материал клинических исследований, полученный в ходе стационарного наблюдения, по нозологической принадлежности был подразделен на две группы: первую составили подростки с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, вторую – подростки с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения. Статистически корректное сопоставление нозологических групп с различным количеством наблюдений было обеспечено путем расчета процентных долей. Общие сведения о нозологической принадлежности обследованных в стационарных условиях детей и подростков с пограничными психическими расстройствами представлены в таблицах 4.1 и 4.2.

В общей картине нозологической структуры у пациентов клинической группы наблюдения с подавляющим большинством (65,1%) преобладало Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25). На втором месте, с большой разницей (11,8%) оказалась Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22), и на третьем (5,9%) – Другое смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8), доля каждой из остальных нозологий была менее 5-ти процентов (Рисунок 4.1).

Таблица 4.1 – Обобщенные сведения о нозологической структуре пограничных психических расстройств у обследованных в стационарных условиях детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет)

Группа заболеваний	Диагноз	Клиническая группа наблюдения (n=152)						Группа сравнения (n=312)					
		Дети 0-14 лет (n=125)			Подростки 15-17 лет (n=27)			Дети 0-14 лет (n=229)			Подростки 15-17 лет (n= 83)		
		всего абс./%	из них		всего абс./%	из них		всего абс./%	из них		всего абс./%	из них	
			Д. абс.	М. абс.		Д. абс.	М. абс.		Д. абс.	М. абс.		Д. абс.	М. абс.
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	F43.25 (n=245)	93/74,4	73	20	6/22,2	4	2	107/46,7	58	49	39/47,0	14	25
	F43.22 (n=43)	10/8,0	10	-	8/29,6	6	2	15/6,6	9	6	10/12,0	3	7
	F41.2 (n=23)	6/4,8	6	-	3/11,1	2	1	8/3,7	4	4	6/7,2	2	4
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F92.8 (n=92)	7/5,6	5	2	8/29,6	8	-	60/26,2	43	17	17/20,5	13	4
	F98.9 (n=36)	5/4,0	4	1	-	-	-	25/10,9	18	7	6/7,2	1	5
	F91.2 (n=19)	2/1,6	-	2	2/7,4	1	1	10/4,4	-	10	5/6,0	2	3
	F93.3 (n=6)	2/1,6	1	1	-	-	-	4/1,7	3	1	-	-	-

Примечание – Д. – девочки, М. – мальчики; F43.25 - Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации; F43.22 - Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации; F41.2 - Смешанное тревожно-депрессивное расстройство; F92.8 - Другое смешанное расстройство поведения и эмоций; F98.9 - Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные; F91.2 - Социализированное расстройство поведения; F93.3 - Расстройство сиблингового соперничества.

Таблица 4.2 – Обобщенные сведения о нозологической структуре пограничных психических расстройств у обследованных в стационарных условиях детей и подростков (с учетом половой принадлежности)

Группа заболеваний	Диагноз	Клиническая группа наблюдения (n=152)					Группа сравнения (n=312)				
		Девочки		Мальчики		Итого	Девочки		Мальчики		Итого
		абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс./%	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс./%
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	F43.25	77	77,8±4,7	22	22,2±9,0	99/100	72	49,3±5,9	74	50,7±5,8	146/100
	F43.22	16	88,9±8,1	2	11,1±31,4	18/100	12	48,0±14,4	13	52,0±14,4	25/100
	F41.2	8	88,9±11,8	1	11,1±31,5	9/100	6	42,9±20,2	8	57,1±18,7	14/100
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F92.8	13	86,7±9,1	2	13,3±33,9	15/100	56	72,7±5,9	21	27,3±9,7	77/100
	F98.9	4	80,0±23,1	1	20,0±40,0	5/100	19	61,3±11,5	12	38,7±14,7	31/100
	F91.2	1	25,0±25,0	3	75,0±30,6	4/100	2	13,3±33,9	13	86,7±9,8	15/100
	F93.3	1	50,0±50,0	1	50,0±50,0	2/100	3	75,0±30,6	1	25,0±43,3	4/100

Примечание – F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации; F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации; F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство; F92.8 Другое смешанное расстройство поведения и эмоций; F98.9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные; F91.2 Социализированное расстройство поведения; F93.3 Расстройство сиблингового соперничества; P±m – ошибка репрезентативности (стандартная ошибка доли): P – показатель в %, m – ошибка.

Несколько иное распределение нозологий выявилось в группе сравнения, здесь в структуре расстройств также превалировало Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25), но в отличии от клинической группы ее доля составила 46,8%. В этой группе пациентов на второе место (24,7%) вышло Другое смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8), на третьем месте – Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные (F98.9), затем Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22), Социализированное расстройство поведения (F91.2), Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), Расстройство сиблингового соперничества. (F93.3). Таким образом, в группе сравнения относительно клинической группы наблюдения прослеживается более равномерное распределение как невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, так и эмоциональных расстройств и расстройств поведения.

Далее, при сравнении данных между клинической группой наблюдения и группой сравнения было выявлено следующее (Таблица 4.1). При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах статистически значимо ($p < 0,001$) преобладает процентная доля детей и подростков со смешанным расстройством эмоций и поведения, обусловленным расстройством адаптации (F43.25) в клинической группе наблюдения (пограничные психические расстройства и суицидальные тенденции, 74,4%) относительно группы сравнения (пограничные психические расстройства без суицидальных тенденций 47,0%).

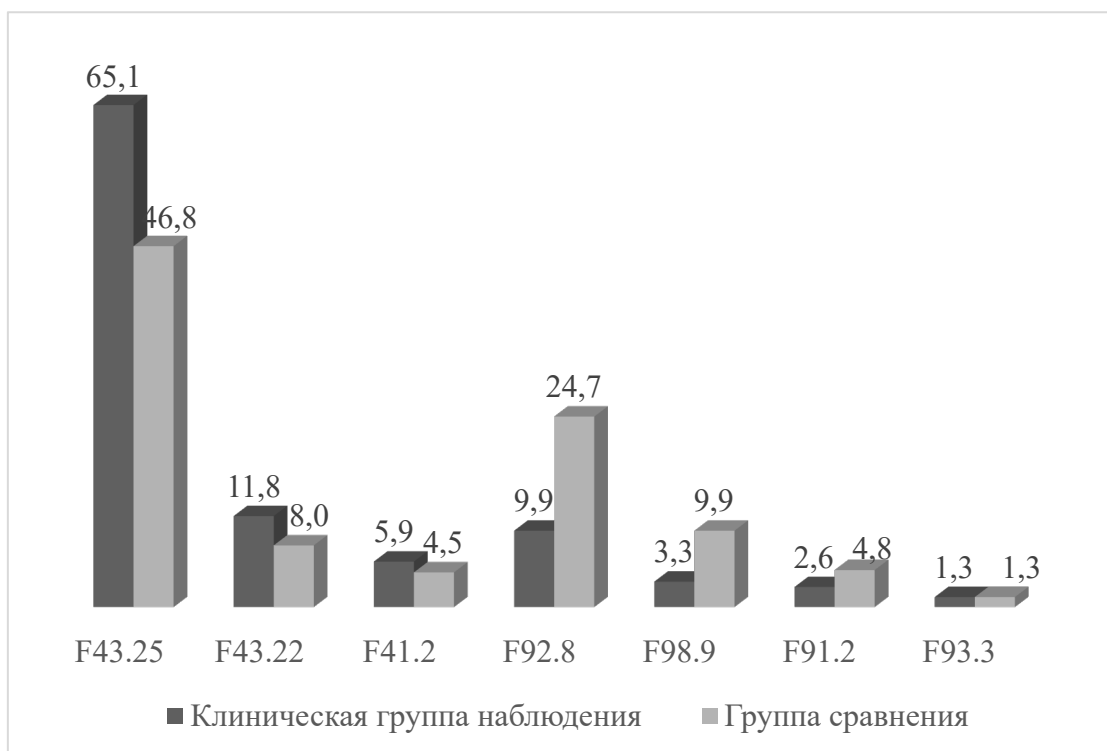


Рисунок 4.1 – Распределение психических и поведенческих расстройств у детей и подростков клинической группы наблюдения и группы сравнения, проходивших стационарное лечение

Напротив, в отличие от предыдущей группы нозологий, среди эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающих обычно в детском и подростковом возрасте с высокой степенью значимости ($p < 0,001$) преобладала доля детей и подростков с диагнозом Другое смешанное расстройство поведения и эмоций в группе сравнения (24,7%) относительно группы клинического наблюдения (9,9%), Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные (F98.9) в группе сравнения (9,9%) относительно группы клинического наблюдения (3,3%), Социализированное расстройство поведения (F91.2) в группе сравнения (4,8%) относительно группы клинического наблюдения (2,6%). Среди расстройств сиблингового соперничества значимых межгрупповых различий обнаружено не было. В целом, прослеживалась тенденция преобладания невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в клинической группе наблюдения, и эмоциональных расстройств и расстройств поведения – в группе сравнения. Таким образом, согласно рассмотренным данным более характерным психопатологическим состоянием при суицидальных тенденциях являются

невротические расстройства по сравнению с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте, что, возможно, связано с особенностями состава пациентов психотерапевтического подразделения, которое традиционно направлено на оказание помощи больным с пограничной психической патологией, в том числе, с невротическими расстройствами.

4.2. Клинико-anamнестические данные о начале заболевания, первых суицидальных тенденциях и первичном обращении к врачу

Клинико-anamнестическое исследование было проведено для уточнения особенностей первых проявлений психических расстройств и суицидального поведения, таких как начало заболевания, возраст первичного обращения к врачу и возраст первых суицидальных идеаций. При этом все дети и подростки были распределены по годам на группы от 12 до 16 лет, сведения представлены на рисунках 4.1, 4.2 и в таблице 4.3.

Анализ процентных долей детей и подростков 10-15 лет по признакам начала заболевания, первого обращения к врачу и первой суицидальной попытки в исследованных группах с эмоциональными (поведенческими) и невротическими расстройствами показал следующее. У пациентов 10-14 лет с эмоциональными (поведенческими) расстройствами обнаружено два пика начала заболевания – в возрасте 12 лет и 14 лет, в аналогичной возрастной группе с невротическими расстройствами один пик – максимум пришелся на 13 лет (Рисунок 4.2).

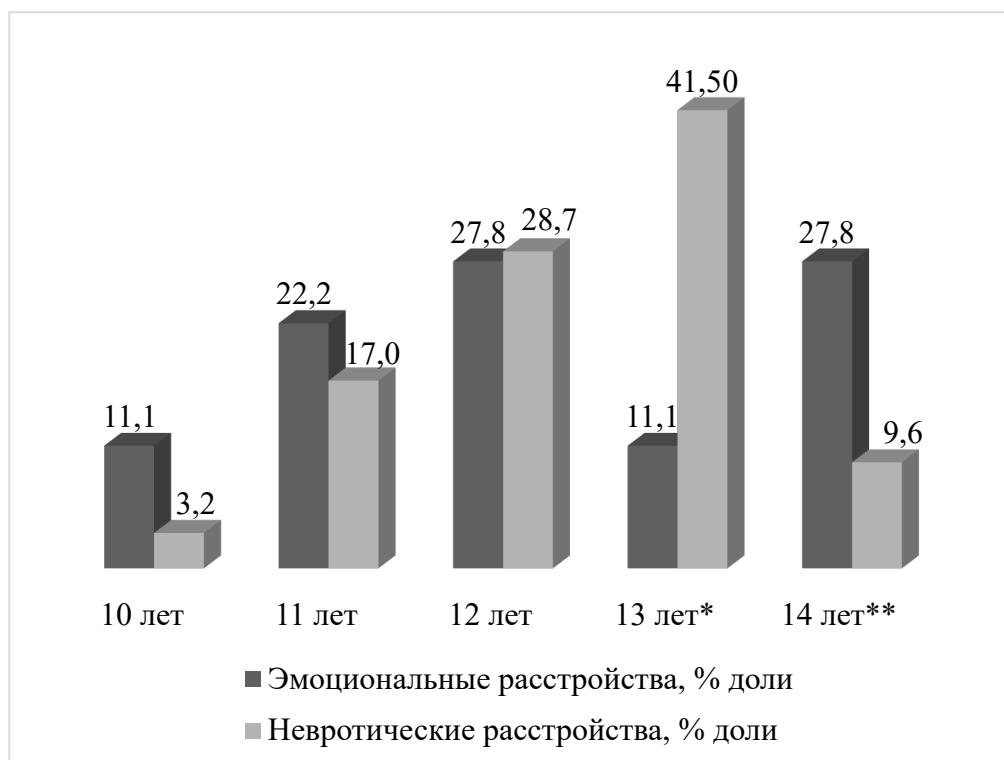


Рисунок 4.2 – Возраст начала заболевания у пациентов 10-14 лет с эмоциональными и невротическими расстройствами (* - $p=0,002$; ** - $p=0,031$)

Сравнение межгрупповых данных показало, что у пациентов этой группы 13 лет значимо ($p=0,002$) преобладают лица с невротическими расстройствами, а у пациентов 14 лет – с эмоциональными расстройствами ($p=0,031$) (Рисунок 4.2).

Пик первого обращения к врачу у лиц с невротическими расстройствами пришелся на 14 лет, у детей и подростков с эмоциональными расстройствами возрастное распределение было практически равномерным (Рисунок 4.3). Достоверных межгрупповых различий процентных долей по первому обращению к врачу обнаружено не было.

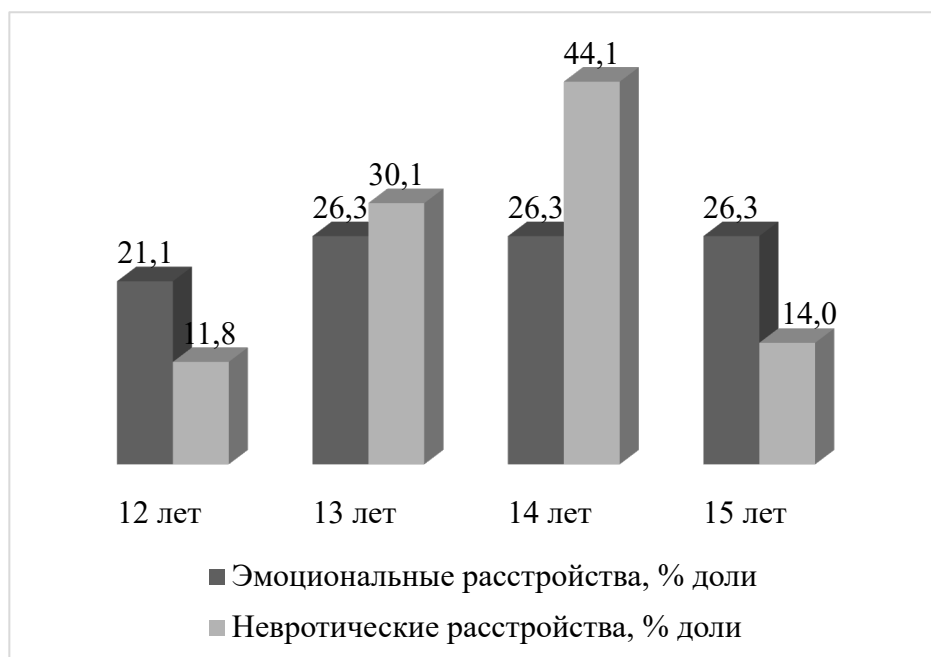


Рисунок 4.3 – Возраст первого обращения к врачу пациентов 12-15 лет с эмоциональными и невротическими расстройствами.

Анализ первых суицидальных проявлений у пациентов 11-15 лет с эмоциональными и невротическими расстройствами (Рисунок 4.4) показал, что в обеих исследованных группах максимум суицидальной активности был в возрасте 14 лет.

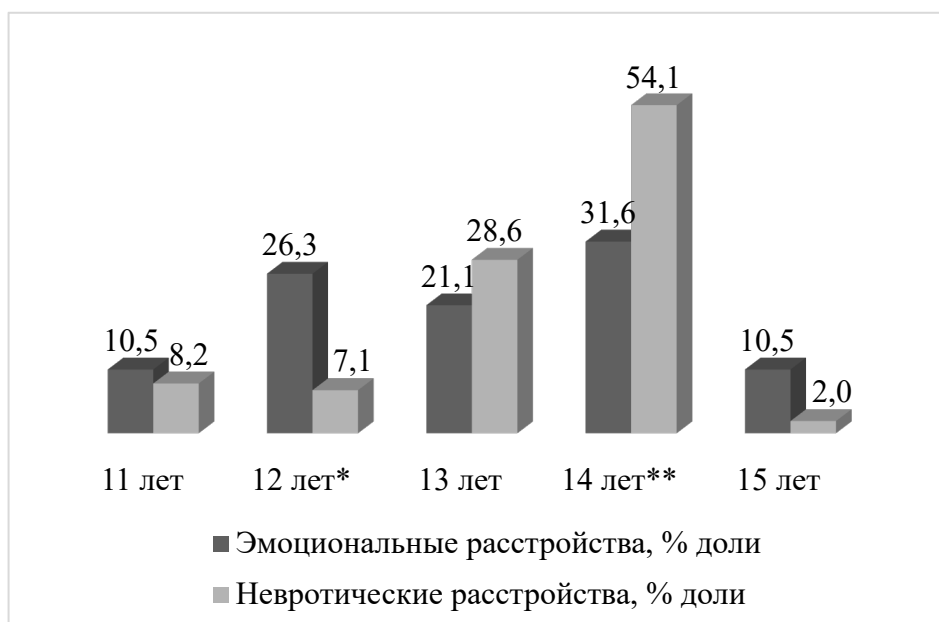


Рисунок 4.4 – Возраст первых суицидальных проявлений у пациентов возраста 11-15 лет с эмоциональными и невротическими расстройствами (* - $p=0,032$; ** - $p=0,016$)

При этом процентная доля пациентов с эмоциональными расстройствами значимо ($p=0,032$) выше в 12 лет. Обратная картина прослеживается у подростков 14 лет, здесь значимо ($p=0,016$) преобладает процентная доля невротических расстройств (Рисунок 4.4).

В обзоре диссертации, и частично – в 3-й главе мы уже достаточно подробно проанализировали публикации по возрастным аспектам формирования суицидальности у детей и подростков. При этом было отмечено, что суицидальные мысли и идеи у детей и подростков достаточно явно проявляются уже к 12-ти годам, в 12-13 лет достигают пика и далее, в 14-15 лет несколько стабилизируются. Мы полагаем, что представленные выше клиничко-анамнестические данные, полученные с учетом начала заболевания, возраста обращения к врачу и возраста первых суицидальных тенденций также позволяют судить об определенной стабилизации суицидальных тенденций в возрасте 14-15 лет.

Таким образом, рассмотренные клиничко-анамнестические данные о начале заболевания, первых суицидальных тенденциях и первичном обращении к врачам у детей и подростков РБ с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением подтверждают данные, полученные ранее другими авторами [123, 141, 156, 164].

4.3. Клиничко-психопатологические характеристики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у обследованных детей и подростков

Общую нозологическую группу невротических связанных со стрессом и соматоформных расстройств составили 126 детей и подростков (средний возраст $13,7 \pm 1,6$ года из них 80,2 % девочки).

Анализ половой принадлежности к определенной нозологической единице у обследованных пациентов показал, что в группе сравнения соотношение мальчиков и девочек приблизительно совпадало, и составляло максимальное значение 57,1% мальчиков при смешанных тревожно-депрессивных

расстройствах. Минимальная процентная доля (50,7%) мальчиков в группе сравнения составила в нозологии смешанных расстройств эмоций и поведения, обусловленных расстройством адаптации. Совершенно иное соотношение по половому признаку было выявлено в клинической группе наблюдения. Так, при смешанных тревожно-депрессивных расстройствах и смешанной тревожно-депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации подавляющее большинство (88,9%) составили девочки, они же значительно преобладали и при Смешанных расстройствах эмоций и поведения, обусловленных расстройством адаптации. Таким образом, в группе нозологий невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с большим количественным преимуществом преобладала доля девочек с суицидальными проявлениями.

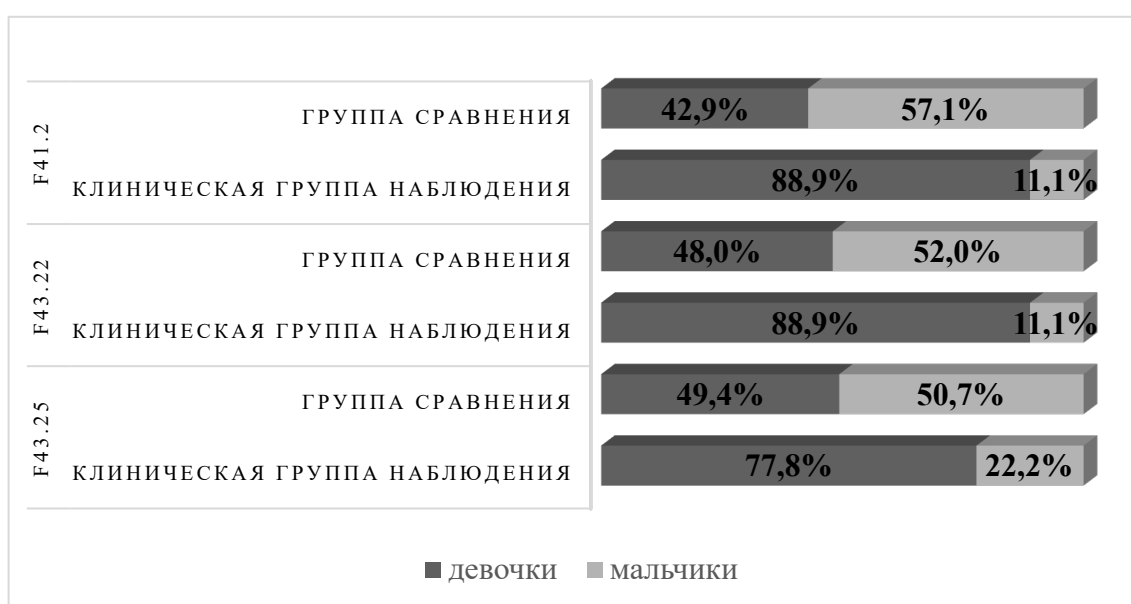


Рисунок 4.5 – Процентное соотношение мальчиков и девочек клинической группы наблюдения и группы сравнения у пациентов с F43.25 (Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации); F43.22 (Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации); F41.2 (Смешанное тревожно-депрессивное расстройство).

Более детальное изучение нозологической принадлежности у обследованных детей и подростков показало, что в группе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств максимальную долю составило смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное

расстройством адаптации (F43,25). На втором месте была выявлена смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) и на третьем – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) (Рисунок 4.6). Наши клинические результаты о преобладании состояний, обусловленных расстройством адаптации в невротической группе заболеваний, подтверждают высказанное ранее другими авторами мнение о том, что такие состояния часто сопровождаются суицидальными тенденциями.

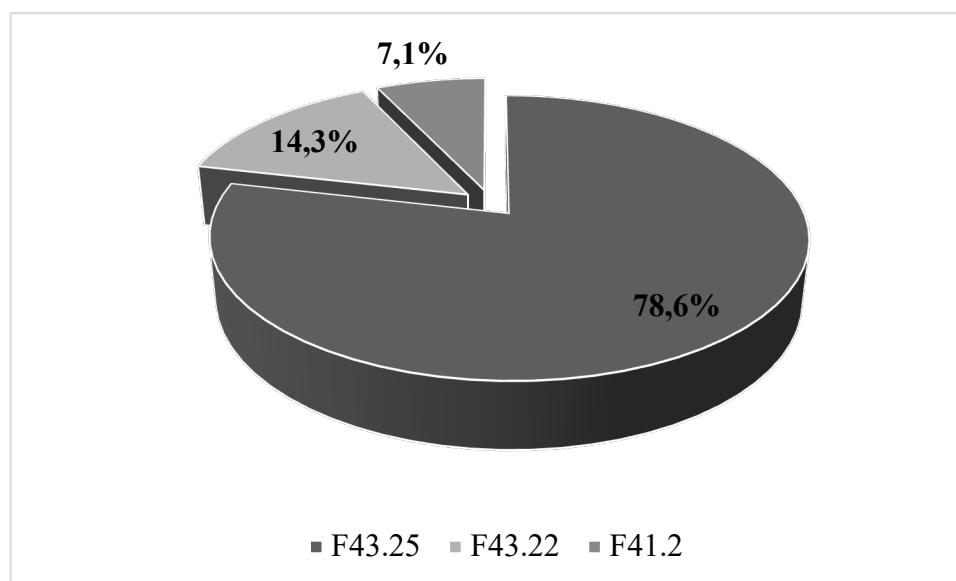


Рисунок 4.6 – Удельный вес нозологий в группе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств

Изучение клинико-анамнестических данных в клинической группе наблюдения позволило выявить отягощенную психопатологией наследственность различного характера у 28% обследованных детей и подростков с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, при этом наиболее часто встречались: зависимость от алкоголя родителей (53%), суицидальное поведение близких родственников (11%), реже – аффективные и эндогенные расстройства, расстройства личности, и также эпилепсия (по 9%). В 55% случаев отягощенность наследственности психической патологией не зафиксирована, в 17% случаев данные выявить не удалось.

Данные о наследственности у детей и подростков группы сравнения значительно не отличались от таковых в группе наблюдения. Так, отягощенная

наследственность выявлялась у 23% пациентов, в том числе зависимость от алкоголя у близких родственников была зафиксирована у 54% пациентов, аффективные и эндогенные расстройства по 12%, психопатии у 10%, эпилепсия у 9%, суицидальное поведение в семье было выявлено у 3% пациентов контрольной группы.

Вместе с тем, при клинико-анамнестическом исследовании у родителей детей и подростков группы наблюдения и группы сравнения наличия невротических расстройств выявлено не было. В связи с этим необходимо отметить, что при исследовании анамнестических данных могут возникать разного рода ошибки, обусловленные предоставлением недостаточных или противоречивых сведений. Кроме того, имеются сведения [19] о том, что в формировании неврозов у детей и подростков решающую роль играют не наследственные факторы, а социально-психологический микроклимат, особенно – семейный и школьный. В связи с этим в нашем исследовании мы особое внимание уделили этим факторам. Так, у 87% детей и подростков указанных групп отмечались перинатальные вредности (патологически протекавшая беременность и роды у матери, перинатальная энцефалопатия, гипоксическое поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости). Психоречевое развитие детей и подростков клинической группы наблюдения и группы сравнения с невротическими расстройствами в 91% случаев соответствовало возрастным нормам. Незначительное отставание в речевом развитии нивелировалось к 5-летнему возрасту. В 33% случаях дети и подростки отличались нарушением адаптации в дошкольном периоде, которое в основном сглаживалось к школе. Особенности реагирования на различные воздействия школьной среды выявляли 63% обследованных, причем нарушения социализации, связанные с началом обучения в школе отмечалось у половины из указанной группы, вторая половина пациентов нарушения в школьной адаптации выявляла с начала пубертатного периода.

При решении проблемы детских и подростковых суицидов особую роль играет ее ранняя и точная диагностика [48], в связи, с чем мы провели

определение удельного веса облигатных, дополнительных и факультативных симптомов в нозологической структуре невротических расстройств в исследованных группах пациентов. Для этого, наряду с клиническим наблюдением, нами было проведено медико-психологическое обследование пациентов, находящихся на стационарном лечении на предмет оценки актуального психологического состояния. В клинической группе наблюдения детей и подростков с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами наиболее характерными психопатологическими симптомами были аффективные нарушения.

Так, при оценке депрессивного состояния с помощью опросника детской депрессии (CDI) М. Ковач 1992 г. у детей и подростков клинической группы наблюдения с невротическими расстройствами 43,1% обследуемых выявляли признаки сниженного настроения, из них, легкое снижение настроения отмечалось у 41,2% пациентов, субдепрессия выявлялась у 56,3%, состояние как депрессивное определялось у 2,5% пациентов. Тревога по результатам теста «Тревожность и депрессия» (ТиД) Ю.Л. Ханина, 1976 г. проявлялась у 63% пациентов клинической группы наблюдения с невротическими расстройствами, при этом у 44,4% пациентов выявлялась «высокая тревожность», у 50,8% (64) – «тревожность средняя» и у 4,8% пациентов признаков тревожного состояния обнаружено не было. Кроме тревожности у этой группы обследованных детей и подростков с помощью теста «Самооценки психических состояний» Г. Айзенка был выявлен высокий уровень фрустрации, средний уровень агрессии, средний уровень ригидности (Рисунок 4.7).

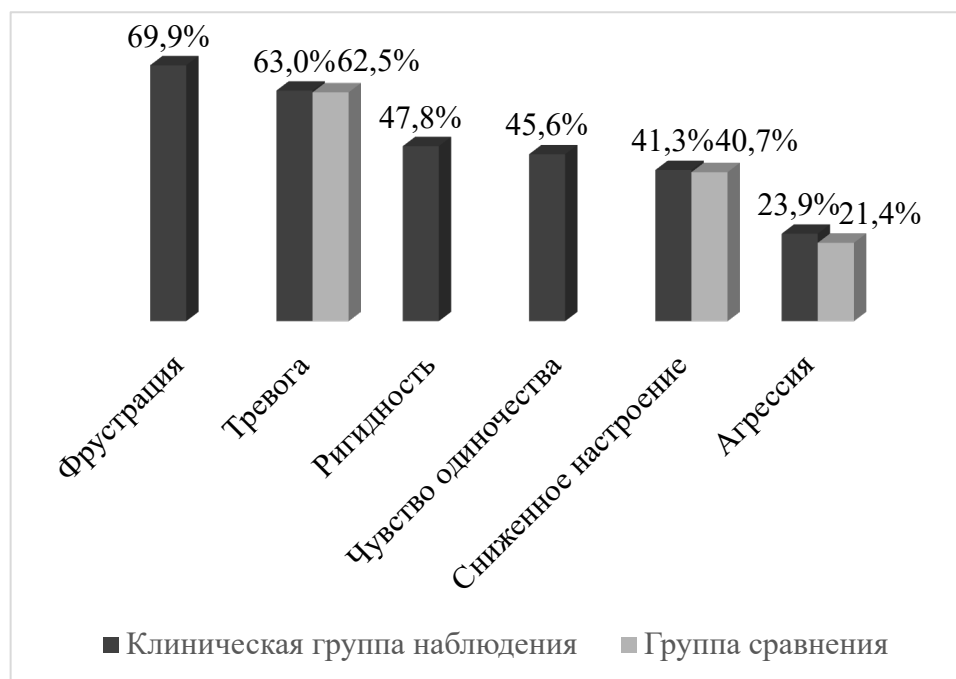


Рисунок 4.7 – Распределение ведущих предикторов при невротических расстройствах в клинической группе наблюдения и в группе сравнения

Следует отметить, что на клиническом этапе наблюдения, при индивидуальной работе с пациентами, в отличие от эпидемиологических исследований на предмет оценки суицидальных тенденций тест А.А. Кучера и В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г. рисков суицида не выявил, что еще раз подтверждает необходимость применения других медико-психологических методов. Так, доскональное обследование детей и подростков в стационарных условиях показало, что суицидальное поведение у пациентов клинической группы наблюдения было представлено активными и пассивными суицидальными мыслями практически у всех пациентов. Суицидальные намерения были определены у 30% пациентов этой группы, высказывания у 24%, угрозы у 12%, попытки у 9% и несуйцидальные самоповреждения (чаще всего самопорезы) – у 44%. Наиболее частой причиной суицидальной попытки обследованные нами дети и подростки указывали на ощущение своей «ненужности», проблемы в детско-родительских отношениях, конфликты с одноклассниками, буллинг (Рисунок 4.8).



Рисунок 4.8 – Распределение мотивов и причин суицидальных тенденций среди пациентов с невротическими расстройствами

Помимо суицидальных тенденций, наиболее типичными при поступлении жалобами были сниженное, либо лабильное настроение, «скука», тревога, поведенческие нарушения, агрессивные тенденции, головные боли, усиливающиеся при эмоциональной и физической нагрузке, утомляемость, снижение работоспособности, трудности с концентрацией внимания, навязчивые мысли и поступки, нарушения сна.

На основе рассмотренных выше данных клинического наблюдения и медико-психологического обследования нами было проведено исследование обязательных, дополнительных и факультативных симптомов у стационарных пациентов – детей и подростков с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, обобщенные сведения представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Сведения об облигатных, дополнительных и факультативных симптомах у детей и подростков с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами

	Симптом	Клиническая группа (n=126)		Группа сравнения (n=185)	
		абс.	%	абс.	%
облигатные	Сниженное настроение	73	57,9	94	51,4
	Тревога	120	95,2	171	92,4
	Беспокойство	95	75,6	133	71,9
	Чувство неспособности справиться с ситуацией	92	73,0	129	69,7
	Снижение успеваемости в школе	65	51,6	95	51,4
	Вегетативные проявления	93	73,8	126	68,1
	дополнительные	Аутоагрессивные тенденции	126	100	-
Вспышки агрессии		30	23,9	39	21,1
Чувство одиночества		57	45,6	7	3,8
Импульсивность		36	28,3	20	10,8
Навязчивости		37	29,4	54	29,1
Фобии		21	16,6	36	19,5
Ангедония		88	70,1	46	24,9
Нарушения сна		76	60,3	93	50,2
Нарушения памяти		15	11,9	19	10,2
Нарушения внимания		12	9,5	23	12,4
факультативные	Низкая самооценка	84	66,7	38	20,5
	Ригидность	87	69,0	4	2,2
	Поведенческие нарушения	77	61,1	35	18,9

При практически равных долях пациентов с облигатными симптомами клинической группы наблюдения и группы сравнения, выявляется значительное преобладание дополнительных и факультативных симптомов в клинической группе.

В клинической картине группы сравнения пациентов проявлялись облигатные симптомы – депрессивное настроение, тревога, беспокойство, чувство неспособности справиться с ситуацией, снижение продуктивности, проявляющееся в снижении успеваемости в школе. Дополнительные симптомы -

вспышки агрессии, чувство одиночества, импульсивность, навязчивости, ангедония, нарушения сна отмечались значительно реже. Фрустрация, ригидность, чувство одиночества у пациентов группы сравнения практически не выявлялись.

Необходимо отметить, что клиническая группа наблюдения отличалась от группы сравнения не только количественно, по соотношению процентных долей, но и качественно, поскольку у детей и подростков с суицидальными проявлениями выявлялись более выраженные психопатологические состояния.

Далее, у 70% пациентов с расстройствами адаптации выявлялись такие облигатные симптомы как депрессивное настроение, у 64% – беспокойство и неспособность справиться с ситуацией и у 44% - снижение успеваемости в школе.

У пациентов группы наблюдения со смешанным тревожно-депрессивным расстройством облигатные симптомы по типу вегетативных нарушений отмечались в 83% случаев, сниженное настроение в разные периоды отмечалось у каждого пациента.

4.3.1. Клинический пример пациента из группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств

В качестве показательного приведем следующий клинический пример 1.

Пациентка, С., 13 лет, учащаяся школы, 7 класс, поступила из дома, в сопровождении матери, с жалобами на раздражительность, вспыльчивость, агрессивные и аутоагрессивные тенденции (наносила себе порезы в области предплечья, бедрах, голени, подолгу «сидела» на сайтах со сценами насилия), отмечается нарушение сна, головные боли, головокружения, высказывает мысли о нежелании жить.

Из анамнеза: ребенок от патологически протекавшей беременности на фоне пиелонефрита, анемии. Родилась недоношенной, масса тела при рождении 2700, закричала не сразу, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов, выписана из роддома с диагнозом Морфофункциональная незрелость. Раннее моторное и речевое развитие протекало по возрасту. Посещала ДДУ, трудностей в адаптации не

отмечалось. В школу пошла с 7 лет, с программой справляется, успеваемость снизилась в 7 классе из-за пропусков занятий. В связи со сменой места обучения отмечается нарушение адаптации.

Перенесенные заболевания – гипоксическое поражение ЦНС, ОРВИ, гастродуоденит, ветряная оспа, миопия легкой степени, отит, назофарингит.

ЧМТ, оперативные вмешательства, судорожные состояния отрицаются.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена.

Анамнез заболевания: состояние изменилось с осени 2017 года, после смены школы. Снизилось настроение, появилась раздражительность, вспыльчивость, агрессивность. С этого времени стала подолгу «зависать» в интернете на сайтах с депрессивной тематикой. Нарушился сон, снизилась успеваемость. С 7 класса депрессивная тематика сайтов сменилась на агрессивную, содержащую сцены насилия. С 2018 года стала наносить неглубокие порезы на кожу предплечья, бедра, голени. Обратилась за помощью к школьному психологу, проводилась коррекционная работа. Отсутствие положительной динамики послужило поводом обратиться к участковому психиатру, принимала амбулаторно феварин, депакин. Состояние ухудшилось, нарастала депрессивная симптоматика, продолжала наносить порезы.

Психически статус: внешне опрятна, ведет себя демонстративно, заявляет о желании лечь в психиатрическую больницу, внутренне и внешне напряжена, мимика тревожная. Сознание не нарушено. Ориентирована правильно, полностью. Речь несколько замедлена, голос громкий, словарный запас достаточный. На вопросы отвечает по существу. Этическую дистанцию не удерживает. Легла на диван, продолжала беседу лежа, ссылаясь на «хроническую усталость». Причину госпитализации не понимает, «я с Вами побеседую, пожалуй, и пойду». Порезы объясняет потребностью «успокоиться», «у меня одиночество», «я ненавижу себя, всех вокруг, все плохие и я плохая, потому что я совершаю нехорошие поступки». Обманов восприятия не выявляет, болезненных идей не высказывает. Мышление без структурных нарушений, абстрактно-логическое, среднего темпа. При психологическом исследовании выявляется

сохранность интеллектуальных функций, с тестами и заданиями, предложенными по возрасту, справляется. Уровень знаний и навыков соответствует возрасту. Внимание привлекаемое, быстро истощаемое, объем внимания снижен. Мнестические функции значительно не страдают. Эмоциональный фон неустойчивый, настроение легко меняется по ходу беседы, раздражается на уточняющие вопросы. Демонстративна. Волевой потенциал снижен, не способна к длительным волевым нагрузкам. Работоспособность снижена. Критика формальная.

Соматический статус: телосложение правильное, удовлетворительного питания. На коже следы от порезов – на левом предплечье и плече множественные, на правом бедре поперечно расположенные следы порезов, на левом бедре след от пореза в виде «НЕ», на голених продольные и поперечные следы от порезов. Кожных высыпаний не обнаружено. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено, стул без особенностей.

Неврологический статус: легкая резидуальная неврологическая симптоматика.

В отделении с детьми не общается, в группе сверстников не активна, общение сама не инициирует, зрительный контакт непродолжительный. Демонстративна, заявляет о желании лечиться в психиатрической больнице. Настроение снижено.

Осмотрена неврологом, выявляется расстройство вегетативной нервной системы по ваготипу, церебрастенический синдром, диссомния, эмоционально-волевые нарушения.

Консультирована психологом: когнитивно-мнестические функции в норме, эмоционально-волевая сфера характеризуется преобладанием дистимных, ригидных и экзальтированных черт личности, выраженным депрессивным состоянием, снижением адаптивных возможностей, высокий уровень тревоги и суицидальный риск.

Таким образом, на основании жалоб, данных анамнеза, клинико-психопатологического, неврологического и экспериментально-психологического исследования выставлен диагноз – F 43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации.

4.4. Клинико-психопатологические характеристики эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей и подростков

Клиническую группу детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения составили 26 пациентов, или 17,1% от всех пациентов, прошедших стационарное наблюдение. Возрастной и половой состав детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения был аналогичным группе с невротическими расстройствами (средний возраст $13,9 \pm 1,1$ год, девочек – 73,1%). Распределение пациентов по половому признаку в исследованных нозологических единицах представлено на рисунке 4.9.

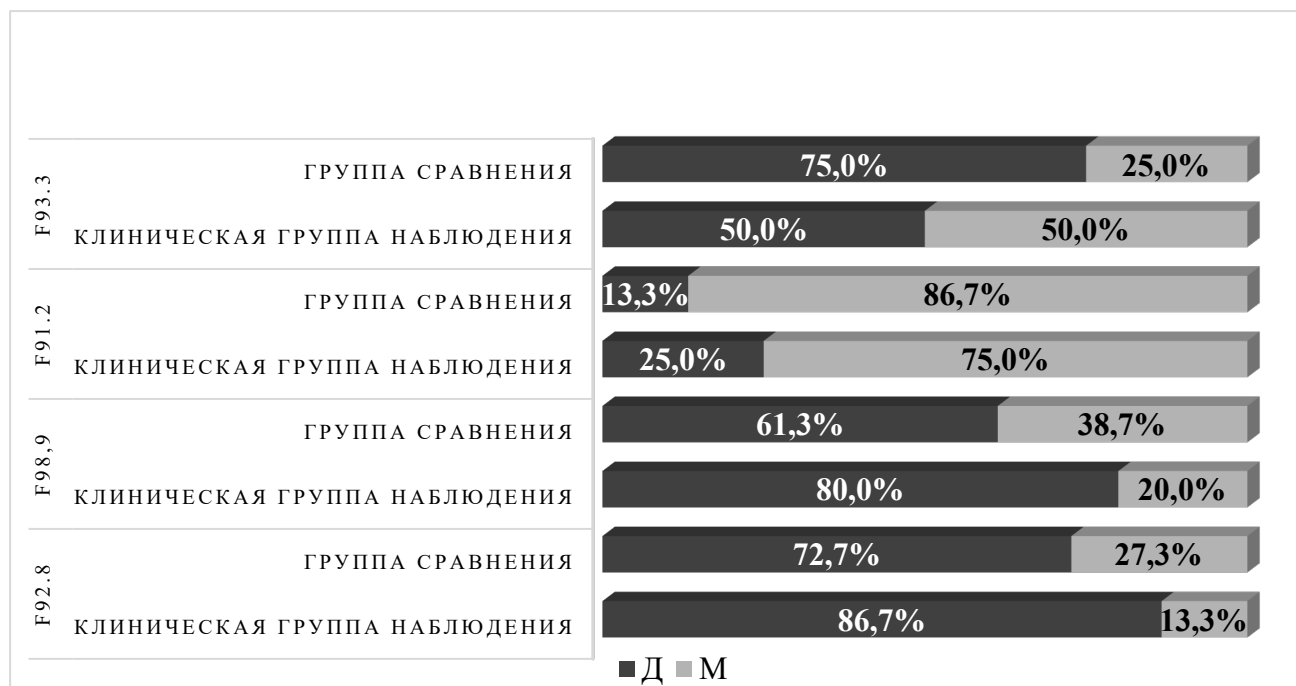


Рисунок 4.9 – Процентное соотношение мальчиков и девочек контрольной и клинической групп у пациентов с эмоциональными и поведенческими расстройствами

В целом в клинической группе наблюдения с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения значительно преобладали девочки, их процентная доля была также значительно выше в диагнозах. Другое смешанное расстройство поведения и эмоций, Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные, и в равных долях с мальчиками в категории Расстройство сиблингового соперничества (Рисунок 4.9). Процентная доля мальчиков была несколько выше в категории Социализированного расстройства поведения.

Исследование нозологической принадлежности показало (Рисунок 4.10), что в структуре эмоциональных расстройств и расстройств поведения клинической группы наблюдения значительную долю (57,7%) составило Другое смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8). Вторую по величине (19,2%) долю составили Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные (F98.9). Далее по убывающей следовали Социализированное расстройство поведения (F91.2, 15,4%), Расстройство сиблингового соперничества (F93.3, 7,7%).

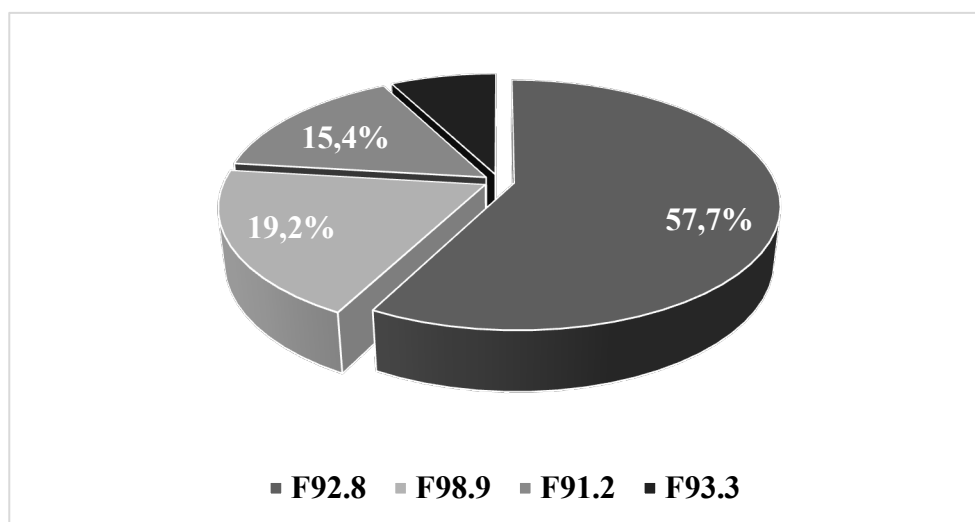


Рисунок 4.10 – Удельный вес диагнозов в группе обследованных детей и подростков РБ с суицидальным риском с эмоциональными и поведенческими расстройствами

В группу сравнения детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения вошло 127 пациентов, средний возраст которых

составил $13,9 \pm 1,2$ лет. В каждой нозологической категории соотношение мальчиков и девочек совпадало с тенденциями клинической группы наблюдения.

Следует отметить, что в группе сравнения с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения процентные доли диагнозов практически полностью совпадали с клинической группой наблюдения. Так, Другое смешанное расстройство поведения и эмоций составило 60,6%, Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненные – 24,4%, Социализированное расстройство поведения - 11,8%, F93.3. Расстройство сиблингового соперничества – 3,1% (Рисунок 4.11).

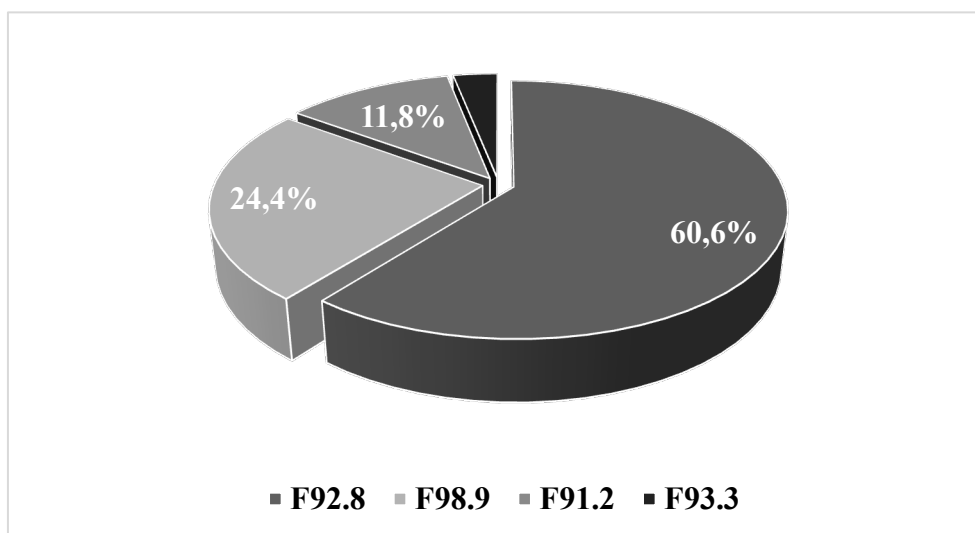


Рисунок 4.11 – Удельный вес диагнозов нозологической группы с эмоциональными и поведенческими расстройствами среди детей и подростков группы сравнения

Анализ клинико-анамнестических данных показал следующее. Отягощенная наследственность в группе сравнения выявлялась в 22% случаев, однако, в отличие от клинической группы наблюдения, здесь практически все они составили случаи суицидального поведения близких родственников. Кроме того, в контрольной группе отягощенная наследственность выявлялась в 30% случаев, в том числе, более, чем у половины пациентов с отягощенной наследственностью (54%) обнаруживались признаки психопатии у одного из родителей, у 13% близкие родственники злоупотребляли алкоголем, аффективные и эндогенные

расстройства у родственников выявлены примерно в равных долях по 9% случаев, эпилепсия у родственников выявлялась в 6% случаев, суицидальное поведение в семье было выявлено у 9% пациентов. Перинатальная патология выявлялась у 67% детей и подростков этой группы. Психоречевое развитие у детей и подростков этой группы не отставало от нормы. Треть обследуемых выявляли нарушения адаптации в ранний период, в период школьной социализации каждый из обследуемых в той или иной мере проявлял признаки дезадаптации.

Неблагоприятные микросоциальные и средовые факторы включали в 35% случаев - развод родителей, в 22% - алкоголизацию одного из родителей, 13% ситуаций были связаны со сменой школы и сложностями адаптации в новом коллективе, в 9% случаев - проживание в семье с отчимом.

Для уточнения клинико-психопатологической картины у детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, как и в предыдущей нозологической группе, было предпринято медико-психологическое обследование наших пациентов, находящихся на стационарном наблюдении. Результаты данного обследования представлены на рисунке 4.12.

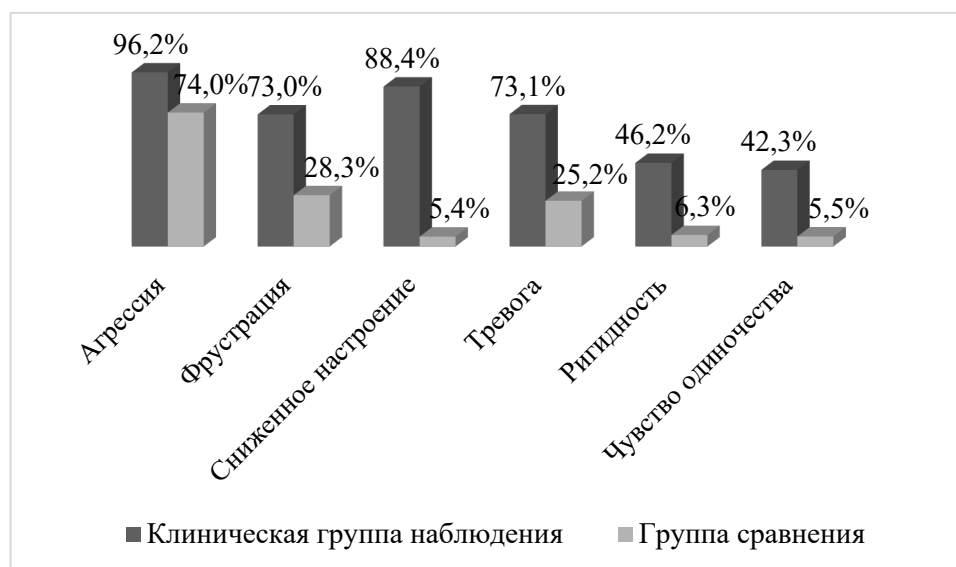


Рисунок 4.12 – Распределение ведущих предикторов при эмоциональных расстройствах и расстройствах поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте в клинической группе наблюдения и в группе сравнения

По показателю суицидальных намерений (ПСН – «В», А. Кучер) суицидальный риск у обследованных детей и подростков нами выявлен не был. В

то же время, медико-психологическое обследование показало, что в клинической группе наблюдения значительно преобладают агрессивные тенденции, фрустрация, сниженное настроение, тревога, ригидность, чувство одиночества.

Агрессивные тенденции проявлялись поведенческими нарушениями – реакцией оппозиции, отказа, протеста, вспышками раздражения и гнева. Ригидность чаще всего была связана с высокими требованиями окружающих, вызывающими сопротивление, желание сделать все наоборот. Проявления депрессии выражалось преимущественно снижением настроения, повышенной утомляемостью, утратой интересов, сосредоточенностью на ситуационных переживаниях, чувством подавленности.

Наиболее частой причиной суицидальной попытки указывалось ощущение своей «ненужности», проблемы в детско-родительских отношениях, конфликты с одноклассниками, буллинг. В причинах суицидальных попыток у детей и подростков следует отметить половые особенности: у мальчиков в качестве таковых прослеживаются насилие и буллинг, у девочек – проблемы в школе и с родителями (Рисунок 4.13).



Рисунок 4.13 – Распределение мотивов и причин суицидальных тенденций среди пациентов с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте

В обзоре литературы мы уже рассмотрели положение о том, что, несмотря на сложный и многофакторный характер детских и подростковых суицидов, их ведущей, до 90% причиной являются психические расстройства. Из общего множества психических расстройств в качестве ведущей причины суицидов у детей и подростков большинство специалистов отмечают характерные возрастные эмоциональные депрессивные нарушения [156], что хорошо согласуется с клиническими и психопатологическими данными, полученными нами в условиях стационарного наблюдения. Кроме установления суицидальных тенденций, важно учитывать клинические особенности аффективных нарушений и особенности депрессивных состояний и их проявлений. С этой целью мы специально изучили облигатную, дополнительную и факультативную симптоматику, проведенную как на основе клинических, так и медико-психологических данных.

Так, у обследованных нами пациентов с облигатными симптомами эмоциональных расстройств и расстройств поведения подавляющее большинство, более 96% составила агрессия у детей и подростков клинической группы, в группе наблюдения этот показатель был существенно ниже – 74%. Второе и третье места (около 70%) по распространенности облигатной симптоматики в обеих исследованных группах составили жестокость и вызывающее поведение. Далее, с отрывом примерно в 10% были выявлены манкирование учебой и снижение успеваемости.

Интересные данные были получены при изучении дополнительных симптомов у обследованных детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения. В частности, в клинической группе наблюдения аутоагрессивные тенденции были определены у всех (100%) детей и подростков, в группе сравнения этой симптоматики выявлено не было. Также примерно с 50% преимуществом у детей и подростков клинической группы наблюдения преобладали (в убывающей последовательности) такие дополнительные симптомы как сниженное настроение, ипохондрия, тревога и импульсивность. Следует отметить, что эта симптоматика в клинической группе наблюдения выявлялась более чем в половине процентной доли (от 61,5 до 100%).

И, наконец, в числе факультативных у детей и подростков клинической группы наблюдения преобладали такие симптомы как низкая самооценка, нарушения памяти и нарушения сна (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Сведения об облигатных, дополнительных и факультативных симптомах у детей и подростков с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском или подростковом возрасте

Симптом		Клиническая группа (n=26)		Группа сравнения (n=127)	
		абс.	%	абс.	%
облигатные	Агрессия	25	96,2	94	74,0
	Жестокость	18	69,2	90	71,7
	Вызывающее провокационное поведение	18	69,2	89	70,1
	Уходы из дома	16	61,5	86	67,7
	Манкирование учебой	16	61,5	74	58,3
	Снижение успеваемости в школе	16	61,5	71	55,9
	Нарушение внимания	12	46,1	64	50,4
	Боязливость	11	42,3	56	44,1
дополнительные	Аутоагрессивные тенденции	26	100		
	Сниженное настроение	23	88,4	45	35,4
	Тревога	19	73,1	35	25,2
	Импульсивность	16	61,5	18	14,2
	Навязчивости	11	42,3	16	12,6
	Фобии	12	46,2	13	10,2
	Ипохондрия	20	76,9	9	7,1
	Ригидность	12	46,2	8	6,3
факультативные	Низкая самооценка	18	69,2	40	31,5
	Нарушения памяти	9	34,6	30	23,6
	Нарушения сна	6	23,1	22	17,3

В общем, при клиническом наблюдении и медико-психологической оценке проявления депрессии у обследованных нами несовершеннолетних пациентов выражались значительным снижением настроения, ангедонией, апатией, утомляемостью, чувством подавленности, ощущением собственной неполноценности, наличием ригидных поведенческих стереотипов. При этом,

трудности сосредоточения внимания и запоминания, рассеянность являлись причиной снижения успеваемости в школе. Следует особо отметить, что сильное преобладание как облигатной, так и дополнительной симптоматики эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей и подростков с суицидальными тенденциями укладывается в представления о ведущей роли психопатологических проявлений в генезе суицидов и соответствует полученным ранее другими авторами сведениям при этом хроническое течение и тяжесть заболевания повышает риск самоубийств [42].

4.4.1. Клинический пример пациента из группы эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся, обычно, в детском или подростковом возрасте

В качестве показательного приведем следующий клинический пример 2

Пациент Р, поступает впервые, с жалобами на суицидальные высказывания на высоте аффекта, вызванного конфликтом с учителем по поводу плохой успеваемости.

Из анамнеза: наследственность отягощена алкоголизмом матери. Ребенок от патологически протекавшей беременности, родился в срок, масса тела при рождении 3400, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Раннее моторное и речевое развитие протекало по возрасту. Посещал ДДУ, трудностей в адаптации не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, с программой справляется, успеваемость снизилась в 7 классе.

Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа, бронхит, перелом правой голени.

ЧМТ, оперативные вмешательства, судорожные состояния отрицаются.

Анамнез заболевания: ребенок воспитывается в неполной семье, мать ушла из семьи, когда ребенку было 3 года. Состояние изменилось с осени 2018 года, после перевода в школу-интернат. На уроке физкультуры сломал ногу, долгое время обучался на дому, на замечания учителей реагирует очень эмоционально,

конфликтует, угрожает «броситься по машину». Нарушился сон, снизилась успеваемость.

Психический статус: внешне выглядит опрятно, внутренне напряжен, мимика живая. Сознание не нарушено. Ориентирован правильно, полностью. Речь несколько среднего темпа, голос громкий, словарный запас достаточный. На вопросы отвечает по существу. Этическую дистанцию удерживает. Суицидальные высказывания не отрицает. Обманов восприятия не выявляет, болезненных идей не высказывает. Мышление без структурных нарушений, абстрактно-логическое, среднего темпа. При психологическом исследовании выявляется сохранность интеллектуальных функций, с тестами и заданиями, предложенными по возрасту, справляется. Уровень знаний и навыков соответствует возрасту. Внимание привлекаемое, быстро истощаемое. Мнестические функции значительно не страдают. Эмоциональный фон неустойчивый. Волевой потенциал снижен. Работоспособность снижена. Критика формальная.

Соматический статус: телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожа чистая. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено, стул без особенностей.

Неврологический статус: легкая резидуальная неврологическая симптоматика.

В отделении с детьми общается, режим соблюдает. Привлекается к совместной игровой деятельности, поведение без особенностей, настроение ровное.

Осмотрен неврологом, выявляется расстройство вегетативной нервной системы по ваготипу, эмоционально-волевые нарушения.

Консультирован психологом: когнитивно-мнестические функции в норме, эмоционально-волевая сфера характеризуется преобладанием гипертимных, демонстративных, эмотивных черт личности.

Тестирование «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) – низкий уровень тревожности, фрустрации, агрессии, ригидности.

Опросник С.Г. Корчагиной «Одиночество» - глубокое переживание актуального одиночества.

Опросник детской депрессии (CDI), М. Ковач – выраженное депрессивное состояние.

Психодиагностика суицидальных намерений (ПСН – «В» (А. Кучер) – суицидального риска нет.

На основе клинических данных пациентке выставлен диагноз F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст.

Закljučая главу диссертации по стационарному наблюдению детей и подростков с пограничными психическими расстройствами, проведённому для определения у них суицидальных тенденций отметим основное. Прежде всего, практически у всех несовершеннолетних этой категории были выявлены определенные психопатологические проявления, при этом ведущее место (более 70%) заняли подростки со смешанными расстройствами эмоций и поведения, обусловленными расстройством адаптации. Следует отметить, что в этой группе заболеваний значительно чаще выявляются дети и подростки с суицидальным риском. Далее, в категории нозологий эмоциональных расстройств и расстройств поведения преобладали пациенты с диагнозом «Другое смешанное расстройство поведения и эмоций – F92.8», причём процентная доля детей и подростков в клинической группе наблюдения и группе сравнения была примерно одинаковой (29,6% и 26,2% соответственно).

В рамках нашего исследования особое внимание было уделено клинико-анамнестическим данным о начале заболевания, первых суицидальных тенденциях и первичном обращении к врачу. По этим исследованным признакам были обнаружены определённые возрастные и половые тенденции: у пациентов с эмоциональными расстройствами максимумы начала заболевания прослеживались в 10 и 14 лет, при невротических расстройствах – в 13 лет.

При решении проблемы детских и подростковых суицидов наиболее важным моментом является по возможности наиболее точная и ранняя диагностика

психопатологических процессов, и в особенности – суицидальных тенденций. В связи с этим, проведённое нами изучение облигатной, дополнительной и факультативной симптоматики как у несовершеннолетних пациентов показало подавляющее преобладание таких симптомов как тревога, беспокойство и сниженное настроение в обеих исследованных группах как при эмоциональных, так и при невротических расстройствах. При этом отметим, что аутоагрессивные тенденции нами были обнаружены только в группе детей и подростков с суицидальными тенденциями в обеих исследованных категориях нозологий.

Таким образом, результаты проведённого нами стационарного наблюдения детей и подростков с пограничными психическими расстройствами позволяют полагать, что суицидальное поведение связано с психопатологическими проявлениями. Наиболее яркими и характерными проявлениями суицидального поведения являются аутоагрессивные тенденции, выявленные в качестве дополнительных симптомов при углублённом клиническом и медико-психологическом обследовании в условиях стационара.

ГЛАВА 5. ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПОЛОВЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Существенная роль психосоциальных факторов в формировании и развитии суицидального поведения признается профессиональным сообществом психиатров, психотерапевтов и суицидологов, как в России, так и в большинстве стран мира. Более того, авторами многих публикаций [3, 9, 18, 50, 62, 63, 75, 80, 108, 125, 138, 155] отмечается актуальность и необходимость дальнейшего углубленного изучения психосоциологии суицидального поведения. Исходя из этого, нами были изучены возрастная и гендерная специфика психосоциальных условий, способствующих формированию суицидального поведения детей и подростков Республики Башкортостан. Исследование было проведено методом сплошного поперечного анкетного исследования с помощью психобиографического опросника учащихся и школьников. Раздел 5.1 содержит сведения об онтогенетических особенностях психосоциальных факторов суицидального поведения детей и подростков Республики Башкортостан, и раздел 5.2 – об их половых особенностях.

5.1. Онтогенетические особенности психосоциальных факторов суицидального поведения детей и подростков республики Башкортостан

Результаты анализа данных психобиографического анкетирования мальчиков-подростков и девочек-подростков 7-8 и 9-11 классов Республики Башкортостан на предмет выявления у них онтогенетических особенностей суицидального риска представлены в таблицах 5.1 и 5.2.

Таблица 5.1 – Коэффициенты корреляции риска суицида у девочек РБ с социально-психологическими и психопатологическими факторами

Социально-психологические и психопатологические факторы (Девочки)	Риск суицида
Комната_отдельная	-0,189688
Кем воспитывался до года_мать	-0,174113
Наибольшее влияние на жизнь семьи оказывает_мать	-0,153944
Наибольшее влияние на жизнь семьи оказывает_трудно ответить	0,232720
Отношения родителей между собой_тёплые	-0,291967
Отношения родителей между собой_конфликты	0,327770
Отношение родителей_тёплое	-0,363120
Отношение родителей_гиперопека	0,174620
Отношение родителей_гипоопека	0,290928
Отношение родителей_холодное	0,321822
Отношения с сиблингами_тёплые	-0,235492
Отношения с сиблингами_враждебные	0,229814
Отношения с сиблингами_формальные	0,134540
Наиболее близкий родственник_мать	-0,363793
Наиболее близкий родственник_отец	-0,223291
Наиболее близкий родственник_ни-с-кем	0,360115
Как проводит свободное время_помощь_дома	-0,150859
Как проводит свободное время_интернет	0,251318
Как проводит свободное время_домашие_животные	-0,189404
Как снимает нервное напряжение_интернет	0,330059
Как снимает нервное напряжение_общение	-0,149464
Как снимает нервное напряжение_еда	0,191119
Как снимает нервное напряжение_курение	0,177265
Как снимает нервное напряжение_алкоголь	0,279112
Как снимает нервное напряжение_лекарства	0,145116
Как снимает нервное напряжение_конфликтую	0,226186
Мать - Род деятельности в настоящее время_рабочая	-0,158899
Мать - Род деятельности в настоящее время_неработающий-инвалид	0,177265
Мать - Характерные черты_вспыльчивость	0,135395
Мать - Характерные черты_мнительность	0,136205
Мать - Характерные черты_депрессивность	0,263043
Отец - Род деятельности в настоящее время_военнослужащий	0,157314
Отношение к учёбе определяется..._оценкой	0,283174
Отношение к учёбе определяется..._интересом	-0,304619
Помощь при выполнении ДЗ_сам	-0,192472
Какой по характеру_грустный-и-плаксивый	0,295070
Какой по характеру_задумчивый-и-медлительный	0,159677
В отношениях со сверстниками чувствует скорее_непринуждённость	-0,171511
В отношениях со сверстниками чувствует скорее_неловкость	0,135674
В отношениях со сверстниками чувствует скорее_превосходство	0,168518
Серьёзно увлекается_интернет	0,237148
Серьёзно увлекается_философия	0,157521

Продолжение таблицы 5.1

Социально-психологические и психопатологические факторы (Девочки)	Риск суицида
Положение в группе сверстников <u>равный</u>	-0,158529
Положение в группе сверстников <u>изгой</u>	0,198496
Положение в классе <u>обычный</u>	-0,161967
Положение в классе <u>изгой</u>	0,202838
Какой сон <u>хороший</u>	-0,312368
Какой сон <u>долго-засыпаю</u>	0,155606
Какой сон <u>не-высыпаюсь-много</u>	0,135266
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>боли</u>	0,235992
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>уколов</u>	0,151775
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>врачей</u>	0,146526
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>темноты</u>	0,149652
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>неожиданных-звуков</u>	0,148284
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>экзаменов</u>	0,139680
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>выступлений</u>	0,148718
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>кошмаров</u>	0,170281
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>животных</u>	0,161584
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>наказаний</u>	0,264207
Можете ли сказать, что панически боитесь <u>одиночества</u>	0,197394
Часто ли бывают при сильном волнении <u>боли-в-сердце</u>	0,212360
Часто ли бывают при сильном волнении <u>одышка</u>	0,182496
Часто ли бывают при сильном волнении <u>сонливость</u>	0,143100
Часто ли бывают при сильном волнении <u>обмороки</u>	0,249284
Нервные проявления <u>нервный-тик</u>	0,235339
Нервные проявления <u>обкусывание-ногтей</u>	0,157640
Нервные проявления <u>сосание-пальца</u>	0,284375
Кучер 3 <u>недоверчивость</u>	0,303944
Кучер 3 <u>оптимизм</u>	-0,321605
Кучер 3 <u>пессимизм</u>	0,295999
Кучер 3 <u>замкнутость</u>	0,279046
Кучер 3 <u>беспокойство</u>	0,146579
Кучер 3 <u>тревожность</u>	0,166513
Отчуждающее одиночество	0,385445
Диссоциированное одиночество	0,451666
Состояние одиночества	0,522732
Тревожность	0,305105
Фрустрация	0,282848
Агрессивность	0,255859
Ригидность	0,278652
Компьютерная зависимость	0,325158
Тревожность	-0,402673
Депрессия	-0,393431

Таблица 5.2 – Коэффициенты корреляции риска суицида у мальчиков РБ с социально-психологическими и психопатологическими факторами

Социально-психологические и психопатологические факторы (Мальчики)	Риск суицида
Комната_отдельная	-0,246867
Комната_с_сублингом	0,178957
Кем_воспитывался_до_года_бабушка	0,175347
Кем_воспитывался_до_года_дом_малютки	0,235551
Отношения_с_сублингами_враждебные	0,234825
Как_проводит_свободное_время_домашие_животные	-0,198285
Как_проводит_свободное_время_читаю	-0,168416
Отец_Характерные_черты_вспыльчивость	0,343969
Отец_Характерные_черты_мнительность	0,223047
В_отношениях_со_сверстниками_чувствует_скорее_непринужденность	-0,254754
В_отношениях_со_сверстниками_чувствует_скорее_неловкость	0,206594
Положение_в_группе_сверстников_изгой	0,276378
Положение_в_классе_изгой	0,238498
Какой_сон_хороший	-0,390836
Какой_сон_беспокойный-кошмары	0,303502
Какой_сон_не-высыпаюсь-много	0,197024
Какой_сон_не-высыпаюсь-мало	0,283277
Можете_ли_сказать,_что_панически_боится_экзаменов	0,340303
Можете_ли_сказать,_что_панически_боится_одиночества	0,185039
Часто_ли_бывают_при_сильном_волнении_головная-боль	0,292860
Часто_ли_бывают_при_сильном_волнении_боли-в-сердце	0,174399
Часто_ли_бывают_при_сильном_волнении_слабость	0,171890
Часто_ли_бывают_при_сильном_волнении_сонливость	0,242433
Нервные_проявления_обкусывание-ногтей	0,266117
Кучер_3_недоверчивость	0,255555
Кучер_3_оптимизм	-0,374937
Кучер_3_пессимизм	0,266677
Кучер_3_замкнутость	0,168838
Диффузное_одиночество	0,206883
Отчуждающее_одиночество	0,241356
Диссоциированное_одиночество	0,476393
Состояние_одиночества	0,494804
Тревожность	0,353742
Фрустрация	0,333863
Агрессивность	0,340350
Ригидность	0,353750
Компьютерная_зависимость	0,321885
Тревожность	-0,484906
Депрессия	-0,413089

Из всего массива вопросов (n=260) психосоциальной анкеты статистически значимые различия были выявлены в 40 пунктах у мальчиков-подростков и в 35

пунктах – у девочек-подростков. По психосоциальным признакам, таким как социально-бытовые условия, взаимоотношения в семье, ситуация в школе, отношение к учебе и успехи в ней; хобби и проведение свободного времени у мальчиков 7-8 классов были значимо выше по сравнению с мальчиками-подростками 9-11 классов. Так, статистически значимо более высокими в группе мальчиков (7-8 классы) по сравнению с мальчиками-подростками 9-11 классов оказались такие категории как наибольшее влияние на семью матери ($p=0,00387$); проведение своего свободного времени в кружках и секциях ($p=0,00025$); помощь родителей при выполнении домашнего задания ($p=0,00055$); серьезное увлечение спортом ($p=0,00032$).

Напротив, по таким пунктам психобиографической анкеты как снятие нервного напряжения развлечениями (поход в кино, прослушивание музыки, просмотр социальных сетей и прогулки на улице) ($p=0,00904$); чувство непринужденности в отношениях со сверстниками ($p=0,00012$); серьезное увлечение вождением автомобиля ($p=0,00133$) значимо более высокие показатели обнаружены у мальчиков-подростков старших классов (Рисунок 5.1).



Рисунок 5.1 – Коэффициенты корреляции риска суицида с психосоциальными факторами у мальчиков-подростков 7-8 классов в Республике Башкортостан (цифрами указаны соответствующие значения r при $p < 0,01$)

Далее, для более детального анализа взаимосвязей между аутоагрессивным поведением и психосоциальными факторами нами был проведен корреляционный

анализ данных психосоциального исследования у мальчиков-подростков старшего возраста (Рисунок 5.2).



Рисунок 5.2 – Коэффициенты корреляции риска суицида с психосоциальными факторами у мальчиков-подростков 9-11 классов в Республике Башкортостан (цифрами указаны соответствующие значения r при $p < 0,01$)

В группе обследованных мальчиков-подростков 7-9 классов с риском суицидов достоверно коррелировало всего 13 психосоциальных факторов, из них положительно 9 и отрицательно – 4. Наиболее сильные связи из этой выборки представлены на рисунке 5.1.

Наиболее сильная ($r =$ от 0,22 до 0,34 при $p < 0,01$) положительная связь между суицидальной активностью с одной стороны и психосоциальными факторами – с другой из обследованного массива данных у мальчиков-подростков среднего возраста, в порядке возрастания, обнаруживаются в пунктах «Вспыльчивый характер отца» – «Положение изгоя в группе сверстников» – «Враждебные отношения с сиблингами» – «Воспитание до года в доме малютки».

Иной качественный и количественный характер корреляционных связей между суицидальным риском и психосоциальными факторами прослеживается у обследованных мальчиков-подростков (9-11 классы). Здесь с риском суицидов достоверно коррелировало всего 23 психосоциальных фактора (положительно 19; отрицательно – 4).

В отличие от младшего возраста (Рисунок 5.1), у старшего (Рисунок 5.2) явно преобладает положительная связь суицидального риска с межличностными взаимоотношениями в своей социальной среде ($r \geq 0,463$), и далее следуют условия проживания (отсутствие своей отдельной комнаты) ($r \geq 0,292$) и характер взаимоотношений между родителями ($r \geq 0,289$), а также паническая боязнь учителей ($r = 0,2678$) и родителей ($r = 0,2097$).

Критические значения коэффициента корреляции Пирсона с отрицательными значениями у юношей старшего возраста также значительно отличаются от младшей возрастной группы. У мальчиков-подростков старшей возрастной группы первые три позиции занимают семейные факторы – теплые взаимоотношения с родителями, взаимоотношения родителей между собой и взаимоотношения с сиблингами. Достаточно сильную отрицательную связь с суицидальным риском ($r \geq -0,221$) имеет важное, лидирующее положение в классе.

У обследованных девочек (7-8 классы) статистически значимо (Таблица 5.2 приложения) преобладают семейные отношения, в особенности – лидирующая роль матери ($p = 0,00459$), а также такие присущие для нее черты характера как мнительность, тревожность, депрессивность ($p = 0,0115$). У девочек-подростков значимо выше ответы на вопросы по проведению свободного времени, типичном для этого возраста (поход в кино, прослушивание музыки, просмотр социальных сетей и прогулки на улице, $p = 0,00226$) и вспыльчивый характер отца ($p = 0,0485$).

Примечательно, что девочки более старшего возраста при характеристике родителей отметили вспыльчивость у обоих, и депрессивность – у матери (Таблица 5.1). Достоверных различий в оценке родителей мальчиками ни в одной возрастной группе обнаружено не было.

Особенности корреляционных связей суицидального риска с психосоциальными факторами девочек-подростков в младшей и старшей группах представлены на рисунке 5.3, 5.4.

В группе девочек 7-9 классов с риском суицидов достоверно коррелировало всего 32 психосоциальных фактора, из них положительно 17 и отрицательно – 15. Наиболее сильные связи из этой выборки представлены на рисунке 4.3, это: состояние одиночества ($r=0,523$); отсутствие доверительных взаимоотношений с близкими родственниками ($r=0,360$); конфликты с родителями ($r=0,323$); холодные, формальные взаимоотношения родителей между собой и конфликты между ними ($r=0,321$).

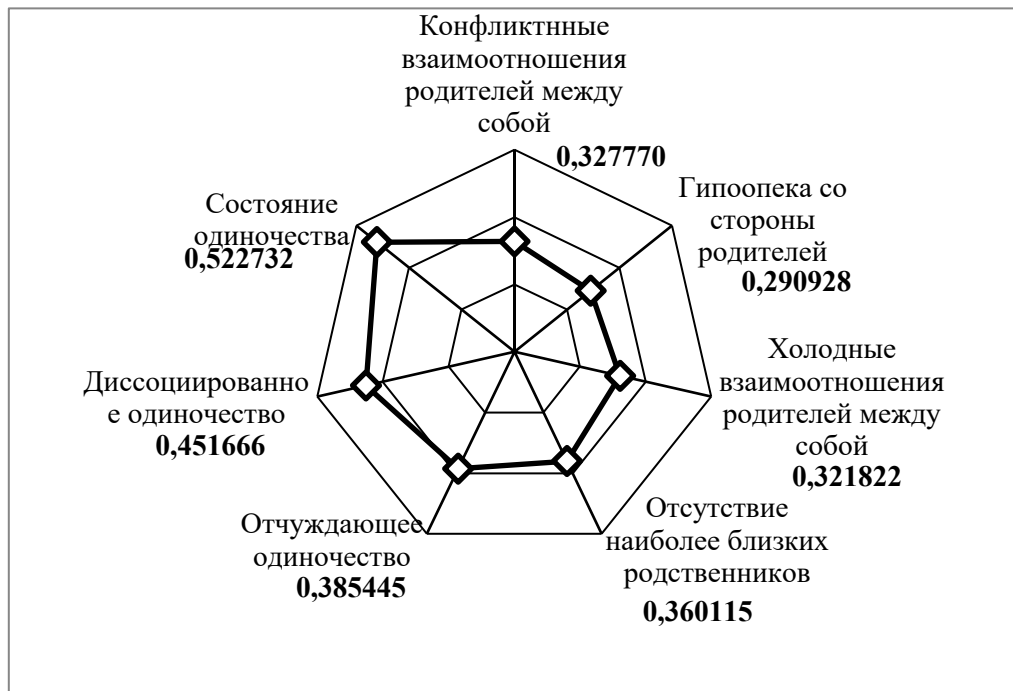


Рисунок 5.3 – Коэффициенты корреляции риска суицида с психосоциальными факторами у девочек-подростков 7-8 классов в Республике Башкортостан (цифрами указаны соответствующие значения r при $p < 0,01$)

Напротив, с риском суицидов в этой группе отрицательно коррелировали теплые, доверительные взаимоотношения с матерью ($r = -0,364$); теплые взаимоотношения родителей между собой ($r = -0,361$) и интерес к учебе ($r = -0,304$).

В старшей (9-11 классы) группе обследованных с риском суицидов достоверно коррелировало всего 32 психосоциальных фактора, из них положительно 18 и отрицательно – 3. Наиболее сильные связи из этой выборки

представлены на рисунке 5.4. Характерно, что положительные связи суицидального риска прослежены по таким пунктам как проведение свободного времени у телевизора ($r=0,259$); соперничество с сиблингами ($r=0,251$); частые конфликты между родителями ($r=0,250$); гипоопека родителей ($r=0,210$).

Теплые, дружелюбные взаимоотношения с сиблингами ($r = -0,258$); серьезное увлечение поделками ($r=-0,251$); интерес к учебе ($r = -0,339$) отрицательно коррелировали с суицидальным риском.

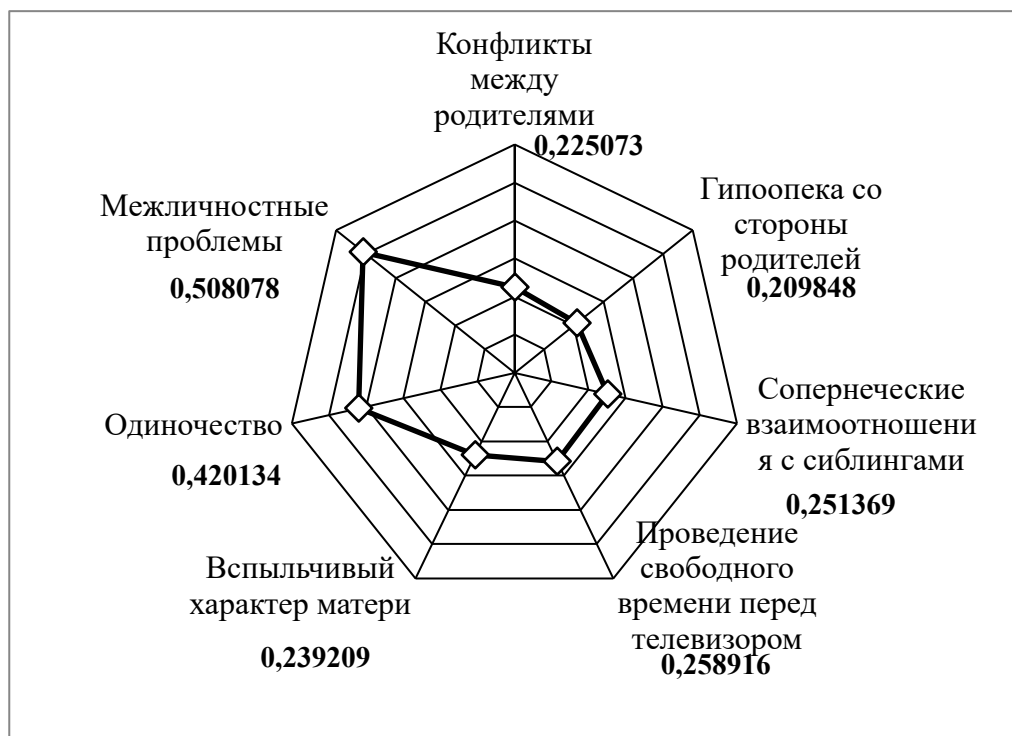


Рисунок 5.4 – Коэффициенты корреляции риска суицида с психосоциальными факторами у девочек-подростков 9-11 классов Республики Башкортостан (цифрами указаны соответствующие значения r при $p<0,01$)

Таким образом, основные онтогенетические особенности психосоциальных проявлений суицидального поведения детей и подростков Республики Башкортостан заключаются в преобладании семейных проблем, проблем в общении со сверстниками и межличностных проблем в младшей (7-8 классы) исследованной группе мальчиков и девочек независимо от пола. В группе подростков (9-11 классы) доминирующие связи суицидального риска с семейными факторами остаются, но при этом увеличиваются их взаимосвязи с психосоциальными факторами.

5.2. Половые различия психосоциальных факторов суицидального поведения детей и подростков республики Башкортостан

Результаты психосоциального исследования половых особенностей суицидального поведения детей и подростков РБ представлены в таблице 5.1 – 5.2.

По данным психосоциального анкетирования, у девочек младшего возраста достоверно выше по сравнению с подростками ($p =$ от 0,023681 до 0,000001 по возрастающей) были показатели снятия нервного напряжения общением, едой и сном. Далее следовали доминирующее влияние матери в семье; проведение свободного времени с животными, помощь по дому и выполнение учебных заданий; а также чувство неловкости при общении со сверстниками.

У исследованных мальчиков-подростков значимо ($p =$ от 0,000006 до 0,038421 по мере убывания) выше по сравнению с девочками были такие психосоциальные показатели как серьезное увлечение автомобилями; непринужденное взаимоотношение со сверстниками; наибольшее влияние в семье отца; соперничество во взаимоотношениях с сиблингами.

Половые особенности психосоциальных факторов у подростков 9-11 классов РБ представлены в таблице 5.1 – 5.2. У девочек-подростков 9-11 классов значимо ($p =$ от 0,000043 до 0,039703) преобладают (по мере убывания) характер увлечений – литература и творчество; снятие нервного напряжения сном; проведение свободного времени за чтением и с домашними животными; теплый, дружелюбный характер взаимоотношений с родителями и сиблингами. Для мальчиков-подростков 9-11 классов наиболее характерными, отличительными от девочек-подростков чертами являются оценка характерных черт матери как депрессивные; чувство превосходства в отношениях со сверстниками. Примечательно парадоксальное на первый взгляд сочетание увлечения спортом и проведение свободного времени перед телевизором. Этот факт, по-видимому, объясняется формированием комплекса неполноценности у подростков по сравнению со спортивными звездами.

Картина корреляционных связей суицидальной активности и психосоциальных факторов у девочек-подростков Республики Башкортостан значительно более яркая и пестрая по сравнению с мальчиками. Как следует из рисунков 5.1-5.4 наиболее сильные положительные корреляционные связи ($r =$ от 0,22 до 0,28 при $p < 0,01$) обнаруживаются между суицидальной активностью девочек-подростков с одной стороны и такими психосоциальными факторами (по мере усиления) как враждебные взаимоотношения с сиблингами; проведение свободного времени в интернете; снятие нервного напряжения алкоголем; депрессивный характер матери; прагматичное отношение к учебе; гипоопека со стороны родителей и их холодные, формальные взаимоотношения между собой; конфликты в семье.

Наиболее тесная отрицательная взаимосвязь между суицидальной готовностью и психосоциальными факторами у обследованных девочек-подростков наблюдается по таким пунктам анкеты (по мере усиления) как доверительный характер взаимоотношений с отцом; теплые взаимоотношения с сиблингами; теплые отношения родителей между собой; высокий интерес к учебе.

При анализе корреляционных связей у мальчиков-подростков и у девочек-подростков суицидальных наклонностей с психосоциальными факторами обращает внимание их существенное гендерное различие. Так, если у мальчиков-подростков доминируют такие положительные связи суицидального поведения с психосоциальными факторами как вспыльчивый характер отца, воспитание вне семьи и положение изгоя среди сверстников, то у девочек-подростков аналогичные связи преобладают в семейной сфере, и прежде всего – отсутствие доверительных взаимоотношений с родителями, а также холодные, формальные взаимоотношения родителей между собой.

Напротив, если интересующие нас наиболее сильные отрицательные связи у мальчиков-подростков прослеживаются в социальной сфере, в области досуга и свободного времени, то у девочек-подростков – в семейной области и взаимоотношениях с ближайшими родственниками, а также в учебе.

Таким образом, анализ данных психосоциальных исследований, проведенных по t-критерию и критическим значениям коэффициента корреляции Пирсона, показал определенные онтогенетические и половые особенности детей РБ с суицидальным риском. У мальчиков-подростков младшего возраста определяется преобладание таких психосоциальных факторов как социально-бытовые условия, взаимоотношения с родителями и сиблингами; ситуация в школе, отношение к учебе и успехи в ней; хобби и проведение свободного времени. Для девочек-подростков того же возраста наиболее выражена психосоциальная роль семейных факторов, и особенно - роль матери с ее характерными чертами. Для мальчиков-подростков 9-11 классов характерно преобладание по сравнению с другими исследованными группами таких факторов как проведение свободного времени и увлечения, общение со сверстниками. У обследованных девочек старшей возрастной группы значимо выше факторы проведения свободного времени, а также психологическая характеристика родителей, особенно – мам.

Результаты корреляционного анализа согласуются с данными по анализу t-критерия. Между суицидальной активностью с одной стороны и психосоциальными факторами – с другой наиболее сильные положительные связи у мальчиков-подростков обнаруживаются в пунктах «Вспыльчивость отца» и «Положение изгоя в группе сверстников». В этой же группе обследованных детей наиболее сильная отрицательная связь суицидальной активности с психосоциальными факторами прослеживается в пунктах «Непринужденное общение со сверстниками», «Наличие отдельной комнаты или личного пространства в квартире» и «Пассивный, малоподвижный характер проведения свободного времени – социальные сети; компьютерные игры и просмотр телевизора».

У обследованных девочек-подростков Республики Башкортостан наиболее сильные положительные корреляционные связи суицидальной активности обнаруживаются прежде всего с различными разновидностями одиночества; с такими семейными факторами как холодные и враждебные взаимоотношения

родителей между собой; гипоопека со стороны родителей и враждебные взаимоотношения с сиблингами, а также прослеживается корреляция с межличностными проблемами. Наиболее тесная отрицательная взаимосвязь между суицидальной готовностью и психосоциальными факторами в этой группе обследованных также касается комплекса семейных факторов и учебы.

В общем, риск суицидов у мальчиков младшего возраста составил 48,869 баллов и у мальчиков-подростков – 51,103 баллов при $p=0,081370$. Соответствующие показатели суицидального риска у девочек тех же возрастных групп были практически одинаковыми и составили 49,935 и 49,475 баллов. Таким образом, как между мальчиками, так и девочками 7-8 и 9-11 классов в онтогенетическом аспекте значимых различий в степени суицидального риска нами обнаружено не было. Необходимо отметить, что психометрическая оценка суицидальной активности детей и подростков до 18 лет нами проводилась по методу А. Кучера, и все полученные нами средние значения от 48,869 до 51,103 баллов находятся в пределах нормы, которая в тесте составляет менее 70 баллов. Поэтому мы полагаем, что отсутствие статистически значимых межгрупповых онтогенетических и половых различий в показателях суицидальных намерений, оцененных по методике психодиагностики суицидальных намерений (ПСН) А. Кучера и опроснику С.Г. Корчагиной не является принципиальным.

Как было показано в 3-й главе диссертации, пики суицидальных попыток по РБ приходятся на возрастные группы 15-17 лет и 12-14 лет с их преобладанием у девочек-подростков. Эти эпидемиологические показатели косвенно подтверждают данные психометрического исследования психосоциальных и психопатологических показателей, в соответствии с которыми наименее благополучная ситуация приходится на эти же возрастные группы, в особенности – у девочек-подростков.

Наиболее общей онтогенетической закономерностью детского и подросткового аутоагрессивного поведения является многократное увеличение коэффициента летальности с возрастом примерно от 2,5 до 5 на 100 000 у детей 5-14 лет до 28,0 на 100 000 в 14-25 лет [116]. В целом эти показатели суицидальной

активности мальчиков-подростков и девочек-подростков различных возрастных групп совпадают с нашими как эпидемиологическими, так и психосоциальными данными.

Как было показано в обзоре литературы, возрастные и половые аспекты суицидальных рисков и аутоагрессивного поведения детей и подростков ранее были опубликованы многими отечественными и зарубежными авторами, основные итоги которых заключаются в следующем. Прежде всего, детские и подростковые суициды являются сложной, многогранной и острейшей медико-социальной проблемой для многих стран, в том числе – многих регионов Российской Федерации. Наиболее характерной чертой является выраженная гетерохронность, большая возрастная неоднородность факторов формирования и влияния. Если у детей 7-9 лет на психосоциальный статус воздействуют, прежде всего, внешние, атрибутивные признаки, то в 10-14 лет положение изгоев обуславливается преимущественно образовательной средой. На пике суицидальной активности, в возрасте 14-18 лет преобладают формирующиеся акцентуации личности [29]. Эти литературные сведения полностью совпадают с нашими наблюдениями онтогенетических особенностей суицидального поведения.

Из наших данных также следует, что наибольшее количество как положительных, так и отрицательных значимых связей с суицидальной активностью выявлено в отношении различных семейных факторов, в частности – психологическое состояние отца и матери, характер взаимоотношений с родителями и сиблингами, взаимоотношения между собой родителей, наличие или отсутствие теплых взаимоотношений с близкими родственниками, гипо- или гиперопека. При этом семейные факторы, обуславливающие деструктивное и аутоагрессивное поведение детей и подростков, хорошо отражают наиболее общие онтогенетические закономерности: изменение социализации личности с переходом от детской модели взаимоотношений на взрослую. Более полно и подробно причины аутоагрессивного поведения объясняются Б.С. Положим [67], согласно которому базовыми являются проблемы с воспитанием детей в 5-6 лет с

образованием первичных личностных деформаций. Далее, уже на их основе формируются психопатологические качества – чрезмерная аутоагрессивность и импульсивность, аффективная лабильность, дезадаптивность и недостаточная стрессоустойчивость, дефекты воспитания с подавлением механизмов психологической защиты у ребенка и, формирующийся вследствие этого инфантилизм. В соответствии с моделью стресс-диатеза аутоагрессивные тенденции, возникшие в детстве, под различными деструктивными и экстремальными влияниями обуславливают суицидальное поведение в более старшем возрасте [76]. Сведения о доминировании семейных факторов, наряду с генетическими и психопатологическими, в формировании риска суицидов у детей и подростков, представлены в публикациях Е.А. Панченко (2011); Б.С. Положего (2011-2015). Согласно этим авторам, семейные модели детских и подростковых суицидов являются ведущими, при этом патологическое воспитание в своих родительских семьях получили более 90% детей и подростков с различными формами суицидального поведения. По другим данным, отягощенный семейный анамнез и воспитание в асоциальных семьях имели до 60% детей - суицидентов. Несмотря на количественные различия по данным разных авторов, внутрисемейная среда, включающая психическое здоровье родителей, семейные приоритеты, злоупотребления психически активными веществами, антиобщественное поведение членов семьи; насильственные и оскорбительные внутрисемейные взаимоотношения, а также малое внимание на детей со стороны родителей, гипо- или гиперопека, слишком повышенное или заниженное требование к ребенку играют ведущую роль в детском и подростковом суицидальном поведении.

Таким образом, высказанное ранее мнение других авторов о психосоциальных аспектах детских и подростковых суицидов в различных регионах мира и Российской Федерации находит подтверждение и нашими данными как межгруппового, так и корреляционного анализа результатов. В младших (7-8 классы) возрастных группах, независимо от пола, наиболее тесная связь суицидального риска прослеживается с такими психосоциальными

факторами как конфликтные взаимоотношения между родителями, психопатологические проявления личности родителей, а также проблемы в общении со сверстниками и межличностные проблемы. В старшей группе обследованных связи суицидального риска с семейными факторами сохраняются, но усиливается тренд на социальные факторы. В Республике Башкортостан у обследованных девочек-подростков наиболее сильные положительные корреляционные связи суицидальной активности обнаруживаются, прежде всего, с одиночеством, а также с различными семейными факторами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Материалы Государственной статистики, а также публикации отечественных и зарубежных авторов указывают на актуальность и важность исследования детских и подростковых суицидов в региональном аспекте. В целях изучения особенностей суицидов несовершеннолетних в Республике Башкортостан (РБ) с последующей разработкой эффективных профилактических мер, нами был предпринят комплексный подход, включающий исследование эпидемиологических показателей, как завершенных суицидов, так и суицидальных попыток у несовершеннолетних РБ; психосоциальное исследование онтогенетических и половых особенностей завершенных суицидов и суицидальных попыток у детей и подростков РБ и их клинико-психопатологическое исследование.

Работа выполнена в три этапа. Социально-психологическая часть работы была проведена в образовательных организациях Республики Башкортостан, клинической базой исследования было стационарное детское отделение ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ. На первом этапе (с сентября 2016 года по октябрь 2017 года) было проведено изучение отечественных и зарубежных публикаций по наиболее актуальным эпидемиологическим, социально-психологическим и клинико-психопатологическим аспектам детских и подростковых суицидов, на основе чего была определена цель работы, сформулированы задачи и выбраны соответствующие методы исследования. Второй этап (ноябрь 2016 – май 2017 года) был посвящен анализу эпидемиологических данных детских и подростковых суицидов по всем муниципальным образованиям РБ, включающим 53 района и 9 городов. На основе анализа этих данных было издано распоряжение Главы Республики Башкортостан (от 28 октября 2016 года №РГ-176) в соответствии с которым были выбраны наименее благополучные районы и города

и проведено дальнейшее, более углубленное социально-психологическое исследование. На третьем этапе (май 2017 – август 2019 года) был проведен математический анализ полученных данных, выполнен клинический этап исследования, проведено обсуждение полученных результатов и оформление диссертационной работы.

Все обследованные были подразделены на две группы, первая включала обучающихся 7-8 классов, вторая - учеников 9-11 классов и студентов 1 курса техникумов. Возрастной состав первой группы ограничивался диапазоном 12-14 лет, ко второй группе были отнесены подростки 15-17 лет.

Степень риска суицидальных тенденций оценивались с использованием психометрических методов: Психодиагностика суицидальных намерений (ПСН – «В») А.А. Кучер, В.П. Костюкевич и В.П. Войцех, 1998 г., тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку), опросник детской депрессии (CDI) М. Ковач, 1992 г., методика «Тревожность и депрессия» (ТиД) Ю.Л. Ханина, 1976 г., опросник для определения вида одиночества С.Г. Корчагиной 2008 г. Для оценки психосоциального статуса использовалось психобиографическое анкетирование.

При формировании клинических групп использовались (по значимости) следующие критерии включения: наличие у пациентов суицидальных тенденций; пациенты с диагностированными пограничными нервно-психическими расстройствами; дети и подростки, не достигшие 18 лет; согласие законных представителей ребенка, либо согласие подростка старше 15 лет на предоставление полных анамнестических сведений о его развитии, обучении, характере проявлений суицидальных тенденций. Из исследования исключались дети и подростки с тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения, психозы различной этиологии), которые находились в отделении по поводу суицидальных тенденций; дети и подростки с легкой умственной отсталостью и задержкой психического развития.

Всего в ходе выполнения диссертационной работы было охвачено 6051 детей и подростков, у которых было проведено 95644 психометрических

измерения. Клинико-патофизиологическим обследованием на этапе диспансеризации было охвачено 5931 детей и подростков, 132 из них проведено на этапе стационарного обследования.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета прикладных статистических программ «Statistica 10.0». Массив данных был достаточным, характер распределения – близким к нормальному, поэтому при статистических расчетах был применен t-критерий Стьюдента. Межгрупповое сравнение данных с разным объёмом выборки (главы 3 и 4) проводилось по методу Хи-квадрат. Для оценки характера и выраженности взаимосвязей между суицидальным риском и психопатологическими проявлениями были определены критические значения коэффициентов корреляции Пирсона.

Клинико-эпидемиологические показатели суицидальной обстановки у несовершеннолетних прежде всего характеризуются ее крайней неоднородностью в различных районах и городах Башкирии от отсутствия самоубийств до 8 случаев завершённых суицидов за период наблюдения. Так, из 53 районов Республики Башкортостан в 8 районах за 2012-2018 годы случаев завершённых суицидов зафиксировано не было. В подавляющем большинстве (31 район) за этот период было от 1 до 3 смертей от суицидов. Два района, в которых суммарно за все годы было совершено более 8 детских и подростковых суицидов мы рассматриваем как крайне неблагоприятные и требующие самого пристального внимания. Клинико-эпидемиологические исследования показали снижение суицидальной смертности несовершеннолетних Башкортостана от максимальных значений 5,0 (на 100 000 всего детского и подросткового населения) в 2015 году до минимума (3,4 на 100 000) в 2018 году. Максимальное количество суицидальных попыток в РБ за исследованный период составило 167 случаев в 2012 году, минимальное – 102 случая в 2014 году. Таким образом, суицидальная обстановка у несовершеннолетних в Башкирии характеризовалась выраженным неравномерным распределением по отдельным районам и городам республики, высокой динамичностью показателей за исследованный период и чрезвычайно

высокой суицидальной активностью подростков 15-17 лет, что потребовало принятия безотлагательных мер по предотвращению самоубийств несовершеннолетних.

Острая, а в отдельных районах и в разные периоды исследования – и близкая к критической ситуации по подростковым суицидам в Башкортостане определила необходимость ее дальнейших исследований, в частности – изучение психосоциальных причин суицидов с учетом их онтогенетических и половых особенностей. Для решения этой задачи нами были проведены подробное психобиографическое анкетирование и психометрический анализ, направленный на психодиагностику суицидальных намерений, определение тревожности и депрессии, оценку состояния одиночества.

Наиболее общей онтогенетической особенностью суицидального поведения у обследованных детей и подростков РБ являются низкие индексы самоубийств в возрасте 5-14 лет, и его многократный рост у подростков старше 14 лет. В общем, средние статистические показатели по завершенным суицидам и суицидальным попыткам в РБ сопоставимы с общероссийскими. Изучение межгрупповых онтогенетических различий между мальчиками 7-8 классов и подростками 9-11 классов по психосоциальным признакам показало, что статистически значимо более высокими в младшей группе по сравнению со старшей были такие категории как наибольшее влияние на семью матери ($p=0,00387$); проведение своего свободного времени в кружках и секциях ($p=0,00025$); помощь родителей при выполнении домашнего задания ($p=0,00055$); серьезное увлечение спортом ($p=0,00032$). Напротив, такие пункты как снятие нервного напряжения походом в кино, прослушиванием музыки, просмотром социальных сетей; ($p=0,00904$); чувство непринужденности в отношениях со сверстниками ($p=0,00012$); серьезное увлечение вождением автомобиля ($p=0,00133$) значимо преобладали в старшей группе. Корреляционный анализ данных психосоциального исследования у мальчиков 7-8 классов выявил наиболее сильную ($r =$ от 0,22 до 0,34 при $p<0,01$) положительную связь между суицидальной активностью с одной стороны и, в порядке усиления – с пунктами «Вспыльчивый характер отца»; «Положение изгоя

в группе сверстников»; «Враждебные отношения с сиблингами»; «Воспитание до года в доме малютки». У мальчиков-подростков (9-11 классы), в отличие от младшего возраста преобладает положительная связь суицидального риска с межличностными взаимоотношениями в своей социальной среде ($r \geq 0,463$), и далее следуют: условия проживания (отсутствие своей отдельной комнаты) ($r \geq 0,292$); характер взаимоотношений между родителями ($r \geq 0,289$), а также паническая боязнь учителей ($r = 0,2678$) и родителей ($r = 0,2097$).

Иной качественный и количественный характер межгрупповых различий и корреляционных связей прослеживается у обследованных девочек-подростков. В младшей группе (девочки 7-8 классов) статистически значимо преобладают семейные отношения, в особенности – лидирующая роль матери ($p = 0,00459$), а также ее мнительность, тревожность, депрессивность ($p = 0,0115$). Для девочек-подростков более старшей группы (9-10 классы) значимо выше бы ответы на вопросы по походам в кино, прослушивание музыки, просмотр социальных сетей и прогулки на улице, ($p = 0,00226$), а также вспыльчивый характер отца ($p = 0,0485$). Анализ корреляционных связей суицидального риска с психосоциальными факторами у девочек-подростков в младшей и старшей группах показал следующее. В группе девочек 7-9 классов с риском суицидов достоверно коррелировало всего 32 психосоциальных фактора, из них положительно 17 и отрицательно – 15. Наиболее сильные связи из этой выборки: состояние одиночества ($r = 0,523$); отсутствие доверительных взаимоотношений с близкими родственниками ($r = 0,360$); конфликты с родителями ($r = 0,323$); холодные, формальные взаимоотношения родителей между собой и конфликты между ними ($r = 0,321$). В этой группе с риском суицидов отрицательно коррелировали теплые, доверительные взаимоотношения с матерью ($r = -0,364$); теплые взаимоотношения родителей между собой ($r = -0,361$) и интерес к учебе ($r = -0,304$).

В старшей (9-11 классы) группе обследованных с риском суицидов достоверно коррелировало всего 32 психосоциальных фактора, из них положительно 18 и отрицательно – 3. Характерно, что положительные связи суицидального риска прослежены по таким пунктам как проведение свободного

времени у телевизора ($r=0,259$); соперничество с сиблингами ($r=0,251$); частые конфликты между родителями ($r=0,250$); гипоопека родителей ($r=0,210$). Теплые, дружелюбные взаимоотношения с сиблингами ($r = -0,258$); серьезное увлечение поделками ($r=-0,251$); интерес к учебе ($r = -0,339$) отрицательно коррелировали с суицидальным риском.

Таким образом, основные онтогенетические особенности психосоциальных проявлений суицидального поведения детей и подростков Республики Башкортостан заключаются в преобладании семейных проблем, проблем в общении со сверстниками и межличностных проблем в младшей (7-8 классы) исследованной группе мальчиков и девочек независимо от пола. В группе подростков (9-11 классы) доминирующие связи суицидального риска с семейными факторами остаются, но при этом увеличиваются их взаимосвязи с психосоциальными факторами.

Половые аспекты психосоциальных исследований у несовершеннолетних РБ с суицидальным риском позволили выявить, что у девочек 7-8 классов показатели снятия нервного напряжения общением, едой и сном значимо ($p =$ от 0,023681 до 0,000001 по возрастающей) выше аналогичной группы мальчиков. У мальчиков-подростков значимо ($p =$ от 0,000006 до 0,038421 по мере убывания) выше по сравнению с девочками были такие психосоциальные показатели как увлечение автомобилями; непринужденное взаимоотношение со сверстниками; наибольшее влияние в семье отца; соперничество во взаимоотношениях с сиблингами. У девочек-подростков 9-11 классов по сравнению с мальчиками того же возраста значимо ($p =$ от 0,000043 до 0,039703) преобладает (по мере убывания) характер увлечений: литература и творчество; снятие нервного напряжения сном; проведение свободного времени за чтением и с домашними животными; теплый, дружелюбный характер взаимоотношений с родителями и сиблингами.

Картина корреляционных связей суицидальной активности и психосоциальных факторов у девочек-подростков Республики Башкортостан значительно более яркая и пестрая по сравнению с мальчиками. Наиболее

сильные положительные корреляционные связи ($r =$ от 0,22 до 0,28 при $p < 0,01$) обнаруживаются между суицидальной активностью девочек-подростков с одной стороны и такими психосоциальными факторами (по мере усиления) как враждебные взаимоотношения с сиблингами; проведение свободного времени в интернете; снятие нервного напряжения алкоголем; депрессивный характер матери; прагматичное отношение к учебе; гипоопека со стороны родителей и их холодные, формальные взаимоотношения между собой; конфликты в семье.

В ходе клинического обследования детей и подростков РБ с суицидальными рисками нами были выделены две клинические группы. Первая группа пациентов обнаруживала преимущественно невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в том числе: F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство; F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации; F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Во второй группе были выявлены эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, в том числе: F91.2 Социализированное расстройство поведения; F98.9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неуточненное; F92.8 Другое смешанное расстройство поведения и эмоций.

Группа детей и подростков с суицидальным риском и с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами была представлена 126 клиническими наблюдениями (82,9%). Половой состав характеризовался значительным преобладанием лиц женского пола – 80,2%, основную долю составили дети 14 лет - 43,8%, на втором месте 13-летние дети – 26,5%, 15-летние подростки составили 18,4%, дети 12 лет – 7,1% и 10-летние - 4,2%.

Наиболее характерными психопатологическими симптомами в данной группе наблюдения были аффективные нарушения - сниженный фон настроения, тревожность, обсессивно-компульсивная симптоматика различной степени выраженности, нарушения ночного сна, нарушения памяти и внимания, головные

боли, утомляемость, признаки социальной дезадаптации. У 87% детей и подростков указанной группы отмечались перинатальные вредности (патологически протекавшая беременность и роды у матери, перинатальная энцефалопатия, гипоксическое поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости).

По данным нашего исследования отягощенная наследственность психопатологией различного характера выявлялась у 28% обследованных данной группы, в том числе – наиболее часто встречалась зависимость от алкоголя родителей (54%), суицидальное поведение близких родственников (22%), реже встречались аффективные и эндогенные расстройства, а также эпилепсия (по 8%). В 55% случаев отягощенность наследственности психической патологией не зафиксирована, в 17% случаев данные выявить не удалось.

Психоречевое развитие указанной группы детей в 91% случаев соответствовало возрастным нормам. Незначительное отставание в речевом развитии нивелировалось к 5-летнему возрасту.

В 33% случаях дети и подростки указанной группы отличались нарушением адаптации в дошкольном периоде, которое, в основном, сглаживалось к школе.

Особенности реагирования на различные воздействия школьной среды выявляли 63% обследованных, причем нарушения социализации, связанные с началом обучения в школе отмечалось у половины из указанной группы, вторая половина пациентов нарушения в школьной адаптации выявляла сначала пубертатного периода.

Неблагоприятные микро-социальные и средовые факторы включали в себя в 35% случаев - развод родителей, в 22% - алкоголизация одного из родителей, 13% ситуаций были связаны со сменой школы и сложностями адаптации в новом коллективе, в 9% случаев - проживание в семье с отчимом.

Практически у всех детей и подростков указанной группы (90%) выявлялись расстройства вегетативной нервной системы, у 10% детей был выставлен диагноз резидуальной энцефалопатии. Клинически указанные расстройства проявлялись головными болями, нарушением сна, эпизодическими синкопальными состояниями, нарушением аппетита.

Типологию личности более точно можно было определить в период 7-10 лет в связи с возрастным кризисом и началом социализации в школе. В данный период проявлялись характерологические особенности в соответствии с типом радикала. До пубертатного периода большинство детей были адаптированы

Более детальный психометрический анализ показал, что преобладающими симптомами в убывающей последовательности при указанной категории психических расстройств у детей и подростков с суицидальными тенденциями являются: фрустрация, тревога, ригидность, чувство одиночества, депрессия, агрессивные тенденции.

В клинической картине обследованных, среди всех симптомов на первый план выступают ощущение несоответствия своим ожиданиям, негативного самоотношения и тревога, которая возможно выступает и как запускающий фрустрацию фактор. Следующим, по частоте встречаемости (47,8%) симптомом определяется ригидность, связанная, чаще всего, с высокими требованиями окружающих, вызывающими сопротивление, желание сделать все наоборот. Ощущение одиночества возникало у более чем 40% обследованных детей и подростков указанной клинической группы. Проявления депрессии (41,3%) у обследованных нами пациентов выражалось снижением настроения, повышенной утомляемостью, утратой интересов, сосредоточенность на ситуационных переживаниях, чувство подавленности, собственной неполноценности, никчемности, демонстративностью в поведении, наличием ригидных поведенческих стереотипов. Тимический компонент оказался более выраженным, чем идеаторный или моторный. Тимическая составляющая была представлена апатией и тревогой, которые сменяли друг друга в течение суток, с преобладанием в утренние часы апатии, вечером - тревоги. Витальные проявления практически отсутствовали. Идеаторные расстройства проявлялись трудностями сосредоточения внимания и запоминания, рассеянностью, без явных признаков идеаторного торможения. Агрессивные тенденции (23,9%) проявлялись поведенческими нарушениями – реакцией оппозиции, отказа, протеста, вспышками раздражения и гнева.

Клиническая группа наблюдения с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте, была представлена 20-ю детьми и подростками (16,7% от всего массива клинико-психопатологических данных). Половой состав, как и в первой группе обследованных, характеризовался преобладанием девочек – 75% от клинической группы. Возрастной состав был представлен в равных долях 13-летними и 15-летними обследованными (по 27,3%), 12-летними и 14-летними (по 18,2%) и 10-летними детьми – 9%.

Обследованные нами подростки с социализированным расстройством поведения проявляли явные признаки педагогической запущенности в форме недостаточного интеллектуального развития и дефицита общих знаний. Это обстоятельство может объяснять низкую успешность данных подростков в учебно-интеллектуальной деятельности. На первый план выступили такие психопатологические проявления как легкое снижение когнитивных функций, эмоциональная лабильность, сниженное настроение, повышенная возбудимость, обсессивно-компульсивная симптоматика.

В отличие от предыдущей нозологии, структура проявлений здесь совершенно иная. Первую тройку заняли тревога, сниженное настроение, глубокое ощущение истинного одиночества. Анализ депрессивных проявлений у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку, группы поведенческих расстройств выявлял средний или высокий уровень депрессии.

Характерологические особенности подростков с диагнозом социализированного расстройства поведения отличались раздражительностью и нетерпеливостью, погруженностью в себя, напряженностью, импульсивностью и беспечностью. Для этих детей и подростков характерны ипохондрия и пониженное настроение, у них ухудшено абстрактное мышление при низком самоконтроле и недостаточном уровне интеграции и обдуманности поведения. Такие подростки, как правило, были плохо организованы, не склонны считаться с общепринятыми нормами, следуют своим побуждениям и не доводят дело до конца.

Более детальный анализ анамнестических данных выявил перинатальную патологию у 67% детей и подростков указанной группы. Отягощенная наследственность выявлялась в 22% случаев, однако, в отличие от первой клинической группы, практически все они составляли случаи суицидального поведения близких родственников.

Неблагоприятные микро-социальные и средовые факторы включали в 35% случаев - развод родителей, в 22% - алкоголизацию одного из родителей, 13% ситуаций были связаны со сменой школы и сложностями адаптации в новом коллективе, в 9% случаев - проживание в семье с отчимом.

Психоречевое развитие у детей и подростков этой группы не отставало от нормы. Треть обследуемых выявляли нарушения адаптации в ранний период, в период школьной социализации каждый из обследуемых в той или иной мере проявляли признаки дезадаптации.

Расстройства вегетативной нервной системы выявлялись практически у всех обследуемых указанной группы, у более чем 10% детей был выставлен диагноз – резидуальная энцефалопатия. Клинически указанные расстройства проявлялись легкой резидуальной симптоматикой - головными болями, нарушением сна, бессонницей, в неврологическом статусе – парез конвергенции, асимметрия носогубной складки, разность мышечного тонуса в конечностях.

Подводя итог диссертационной работы, обратим внимание на гетерогенный, неравномерный характер распределения завершенных суицидов, суицидальных рисков и суицидальной активности детей и подростков, как по всему миру, так и по России. Наши данные по Республике Башкортостан полностью соответствуют этому положению. Как было показано в предыдущих главах диссертации, колебания уровня детской и подростковой смертности, а также суицидальных попыток по РБ составляют десятки раз между благополучными районами, и районами с тяжелой ситуацией. В связи с этим нужно отметить, что Башкирия по своим экономическим, социальным, этнографическим, культурным свойствам является очень разнообразным, гетерогенным субъектом Федерации от развитых до депрессивных районов. На

вопрос относительно причин столь значительных различий в суицидальной активности детей и подростков по различным регионам наиболее корректный и полный ответ дан в цикле работ Б.С. Положего социально-психологическим и этнокультуральным причинам подросткового суицида. Согласно его концепции, высокая суицидальная активность детей и подростков в отдельных регионах Российской Федерации обусловлена не какими-то отдельными климатическими, экономическими, социальными или этнокультуральными причинами, а их совокупным, интегральным комплексом. Рассмотренные в диссертации результаты наиболее полноценно объясняются таким интегральным подходом.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-эпидемиологические исследования обнаружили значительные изменения показателей суицидальной смертности несовершеннолетних в Республике Башкортостан от максимальных значений 5,0 (на 100 000 всего детского и подросткового населения) в 2015 году до минимума (3,4 на 100 000) в 2018 году. Также суицидальная обстановка в Башкирии характеризуется ее крайней разнородностью от отсутствия самоубийств в 8 районах из 53 до 8 и более случаев завершённых суицидов в 2-х районах РБ.

2. Клинические наблюдения, проведённые в условиях стационара, показали преобладание тревожно-депрессивных проявлений практически у всех обследованных ($n=152$), у которых дифференцировались две основные группы заболеваний – невротические, связанные со стрессом и соматоформные ($n=126$) расстройства и эмоциональные расстройства и расстройства поведения ($n=26$). В структуре невротических расстройств значительно преобладало F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации, а в группе эмоциональных расстройств и расстройств поведения доминировало F92.8 Другое смешанное расстройство поведения и эмоций. Анализ показателя начала заболевания выявил значимое ($p=0,002$ и $p=0,031$) преобладание процентной доли пациентов с максимумами начала заболевания при эмоциональных расстройствах в 10 и 14 лет, при невротических расстройствах – в 13 лет. Исследование облигатной, дополнительной и факультативной симптоматики показало подавляющее преобладание таких симптомов как тревога, беспокойство и сниженное настроение в обеих исследованных группах, как при эмоциональных, так и при невротических расстройствах. При этом аутоагрессивные тенденции были обнаружены только в группе детей и подростков с суицидальными наклонностями в обеих исследованных категориях нозологии.

3. Исследование психосоциальной структуры у несовершеннолетних Башкортостана с суицидальными тенденциями показало выраженные онтогенетические и половые различия: детская (до 14 лет) смертность от суицидов за исследованный нами период колебалась от минимального значения 0,4 (2016 и 2018 годы) до максимума 2,6 в 2013 году, что существенно ниже соответствующего возрастного показателя по РФ. Показатели смертности от суицидов у подростков 15-17 лет РБ колебались от 13,3 до 30,2 на 100 000, что превышало общероссийский уровень. Соотношение завершённых суицидов у юношей и девочек в разные годы наблюдения варьирует в пределах 1:1,3 – 1:3,5; количество суицидальных попыток, как первичных, так и повторных, у девочек многократно превышает соответствующие показатели юношей; в республике прослеживается уменьшение онтогенетических различий и стирание половых границ со сдвигом в сторону омоложения и использование более агрессивных форм парасуицидов у девочек-подростков. Психосоциальная картина детей и подростков РБ с суицидальными тенденциями характеризуется определяющей ролью межличностных проблем, в том числе – семейных.

4. На основе проведённого клинико-эпидемиологического, клинико-психопатологического и психосоциального исследования в РБ был разработан и внедрён план по коррекции и профилактике суицидального поведения. По итогам реализации «дорожной карты» за 2018-2020 годы была достигнута положительная динамика показателей суицидов среди несовершеннолетних.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На региональном уровне:

1. Утверждение Плана мероприятий («дорожной карты») по профилактике аутоагрессивного и суицидального поведения, включающего межведомственные мероприятия по раннему выявлению указанных состояний у детей и подростков, обучению специалистов системы образования и здравоохранения превенции суицидов, оказанию экстренной психологической помощи, а также специализированной медицинской помощи детям и подросткам с суицидальными тенденциями в условиях психотерапевтических отделений медицинских организаций.

Руководителям органов управления здравоохранением:

1. При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних детскими и подростковыми психиатрами в рамках приказа Минздрава России от 10.08.2017 года №514н применять батарею тестов для выявления суицидального поведения.

Врачам-психиатрам, врачам-психотерапевтам:

1. С целью профилактики суицидального поведения необходимо активное наблюдение подростков, имеющих психические расстройства. Особое внимание необходимо уделять коморбидности расстройств, связанных с нарушением адаптации и тревожно-депрессивными расстройствами;

2. С целью выявления суицидальных тенденций у детей и подростков необходимо обращать внимание на выявление таких психологических феноменов как депрессия, общая тревожность, чувство одиночества, ригидность, фрустрация, агрессивность;

3. В клинической практике необходимо учитывать половые различия суицидального поведения, особенно взаимосвязь факторов суицидального риска с манифестацией суицидальных проявлений.

Участковым педиатрам:

1. С целью выявления суицидальных тенденций внедрение системы выявления уровня тревожности и депрессии у детей и подростков с нарушением сна.

Психологам образовательных организаций:

1. выявлять суицидальные тенденции среди детей и подростков в образовательных организациях с помощью батареи тестов: «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку), опросника С.Г. Корчагиной «Одиночество», опросника детской депрессии (CDI) М. Ковач.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

I-CBT – интегрированная когнитивно-поведенческая терапия

NSSI – несуицидальная самотравма

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ПФО – Приволжский Федеральный округ

РБ – Республика Башкортостан

РФ – Российская Федерация

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Н.М. Личностные и этнокультурные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Абрамова Надежда Михайловна. – СПб., 2005. – 24 с.
2. Абросимова, М.Ю. Медико-статистические особенности смертности молодежи в Республике Татарстан / М.Ю. Абросимова // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 69–71.
3. Амбрумова, А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения / А.Г. Амбрумова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии: сборник. – М., 1989. – С. 8–24.
4. Анастази, А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.
5. Аптикиева, Л.Р. Последствия психологического насилия для разных возрастных категорий / Л.Р. Аптикиева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2020. – № 1 (224). – С. 6–13.
6. Барденштейн, Л.М. Первое национальное руководство по суицидологии / Л.М. Барденштейн // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 3. – С. 43–45.
7. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия подростков / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – 259 с.
8. Башкирова, Г.А. Динамика частоты завершенных суицидов среди детей и подростков в Удмуртии / Г.А. Башкирова, А.И. Лабезник // Культурные и этнические проблемы психического здоровья. – 1997. – № 2. – С. 310–312.

9. Белоглазов, Г. Социологический анализ самоубийств в России [Электронный ресурс] / Г. Белоглазов. URL: <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html> (Дата обращения: 25.10.2021).

10. Белозерцева, И.Н. Детский суицид: профилактика и коррекция / И.Н. Белозерцева. – Иркутск: Сантай, 2001. – 47 с.

11. Бойченко, О.В. Подростковый суицид: причины, профилактика и диагностика / О.В. Бойченко, О.В. Нестеренко // Вестник Таганрогского государственного педагогического института. – 2012. – Приложение. – С. 130–133.

12. Варакина, Ж.Л. Характеристика и профилактика суицидального поведения с позиций здоровья и безопасности общества на Европейском Севере России: По материалам Архангельской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 05.26.02, 14.00.13 / Варакина Жанна Леонидовна. – Архангельск, 2003. – 19 с.

13. Васильев, В.В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Васильев Валерий Витальевич. – М., 2001. – 22 с.

14. Ваулин, С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: на материале среднего города западного региона Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Ваулин Сергей Викторович. – М., 1997. – 26 с.

15. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Ваулин Сергей Викторович. – М., 2012. – 46 с.

16. Веселкова, Е.А. Психологические аспекты подросткового суицида: методическое пособие / Е.А. Веселкова, Л.М. Века. – Барнаул, 2006. – 73 с.

17. Возможности психотерапевтической службы в системе профилактики суицидов (на примере опыта Республики Башкортостан). Национальное руководство по суицидологии / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, И.Р. Хох, М.Ф. Тимербулатова; под ред. Б.С. Положего. – М., 2019. – 574 с.

18. Войцех, В.Ф. Динамика суицидов в регионах России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 81–88.
19. Воронков, Б.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина "расстройства аутистического спектра" / Б.В. Воронков, Л.П. Рубина, И.В. Макаров // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2017. – Т. 19, № 1. – С. 62–64.
20. Ворсина, О.П. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Иркутской области: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Ворсина Ольга Петровна. – Томск, 2012. – 49 с.
21. Гильманов, А.Х. Оказание психотерапевтической помощи детям и подросткам в Республике Башкортостан на современном этапе / А.Х. Гильманов, Е.М. Евтушенко // Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. – Ярославль, 2016. – С. 100–101.
22. Говорин, Н.В. Региональные особенности распространенности суицидов в России. / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М., 2019. – С. 93.
23. Гусева, М.В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 05.26.02 / Гусева Милена Валентиновна. – СПб., 2005. – 19 с.
24. Дмитриева, Н.В. Психологические механизмы развития аддиктивного поведения / Н.В. Дмитриева, Л.В. Левина // Сибирский педагогический журнал. – 2012. – № 9. – С. 65–72.
25. Дубравин, В.И. Суициды в республике Коми: клинико-социальный и этнокультуральный аспект: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Дубравин Владимир Ильич. – М., 2001. – 31 с.
26. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Тексты по истории социологии XIX–XX вв. / Э. Дюркгейм; сост. и отв. ред. В.И. Добренков, Л.П. Беленкова. – М., 1994. – 512 с.

27. Евтушенко, Е.М. Психологические особенности проявления суицидального риска у подростков / Е.М. Евтушенко, И.Р. Хох, Р.Р. Халфина // Вестник психофизиологии. – 2021. – №1. – С. 76–80.
28. Епанчинцева, Г.А. Самоубийство: законодательные, психологические и криминологические аспекты / Г.А. Епанчинцева, Н.Ю. Волосова, Т.Н. Козловская // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2015. – Т. 9, № 2. – С. 234–247.
29. Заболеваемость психическими расстройствами и частота суицидов у детей и подростков в Российской Федерации / В.А. Макашева, Е.Р. Слободская, А.В. Варшал, Е.В. Макушкин // Психиатрия. – 2016. – № 2 (70). – С. 5–14.
30. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
31. Зайцев, В.П. Психодиагностика и психометрия в соматической медицине / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. – 2014. – № 3 (5). – С. 2.
32. Зрительные вызванные потенциалы как нейропсихологический маркер астенических состояний у пользователей компьютерами / И.Ф. Тимербулатов, Р.Р. Ахмадеев, В.Л. Юлдашев [и др.] // Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы-2018: материалы IV Ежегодной межвузовской научно-практической конференции. – Уфа, 2018.
33. Ишимбаева, А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Ишимбаева Анна Николаевна. – М., 2013. – 24 с.
34. Кекелидзе, З.И. Суициды в период пандемической самоизоляции / З.И. Кекелидзе, Б.С. Положий, Е.О. Бойко, В.В. Васильев, Е.М. Евтушенко, Ю.Г. Каменщиков, В.А. Руженков, В.В. Руженкова, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.Ф. Тимербулатов // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 3. – С. 4–13.
DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10301

35. Корабельникова, Е.А. Тревожные расстройства у подростков / Е.А. Корабельникова // Медицинский совет. – 2018. – № 18. – С. 34–44.
36. Короленко, Ц.П. История самоубийств: анализ концепций / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, А.А. Емельяненко // Смальта. – 2014. – № 5. – С. 75–77.
37. Костромина, С.Н. Структурно-функциональная организация психодиагностической деятельности специалистов образования: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07 / Костромина, Светлана Николаевна. – СПб., 2008. – 39 с.
38. Критическая частота слияния мельканий и зрительные вызванные потенциалы при компьютерной нагрузке / Р.Р. Ахмадеев, И.Ф. Тимербулатов, Д.И. Кошелев [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2019. – Т. 23, № 2. – С. 178–186.
39. Кудрявцев, А.А. Медико-демографическая ситуация на селе и предотвратимые потери в связи со смертностью сельского населения (на примере Республики Башкортостан): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Кудрявцев Антон Александрович. – М., 2011. – 26 с.
40. Кучер, А.А. Выявление суицидального риска у детей / А.А. Кучер, В.П. Костюкович // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 4. – С. 32–39.
41. Лазебник, А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лазебник Александр Исаевич. – Пермь, 2000 – 20 с.
42. Любов, Е.Б. Особенности суицидального поведения при отдельных формах психических расстройств / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М., 2019. – 356 с.
43. Любов, Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I / Е.Б. Любов // Суицидология. – 2012. – Т. 3, № 3 (8). – С. 20–29.

44. Любов, Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ / Е.Б. Любов // Суицидология. – 2012. – Т. 3, № 4 (9). – С. 10–22.
45. Меденцева, Т.А. Суицидологическая характеристика юношей, подвергавшихся в детстве серьезным физическим наказаниям / Т.А. Меденцева // Наука молодых. – 2017. – Т. 5, № 2. – С. 244–250.
46. Медико-демографические показатели РФ 2016: статистические материалы. – М., 2017. – 46 с.
47. Морев, М.В. Территориальные особенности распространенности самоубийств в Российской Федерации / М.В. Морев, Ю.Е. Шматова // Вопросы территориального развития. – 2015. – № 1 (21). – С. 3.
48. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М.: Медицинское информационное агентство, 2019. – 600 с.
49. Невмятуллин, А.Ш. Комплексное исследование самоубийств в Республике Марий Эл: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.24 / Невмятуллин Александр Шемерденович. – М., 2007. – 25 с.
50. Нечипоренко, В.В. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В.В. Нечипоренко, В.К. Шамрей. – СПб., 2007. – 528 с.
51. О биологических маркерах в диагностике аутоагрессивного поведения / Р.Р. Ахмадеев, И.Ф. Тимербулатов, М.Ф. Тимербулатова, Е.М. Евтушенко // Антология российской психотерапии и психологии, сетевое научно-практическое издание. – 2017. – № 2. – С. 34.
52. О реализации распоряжения Правительства Республики Башкортостан от 14 декабря 2012 года №1652-р по профилактике аутоагрессивных (суицидальных) тенденций среди несовершеннолетних в Республике Башкортостан: приказ Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 30 января 2013 г. № 195-Д. – Уфа, 2013.
53. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения: распоряжение

Правительства Республики Башкортостан от 13 марта 2018 г. № 184-р. – Уфа, 2018.

54. Об утверждении Плана мероприятий: приказ Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 22 августа января 2013 г. № 195-Д. – Уфа, 2013.

55. Об утверждении решения постоянно действующего координационного совещания по обеспечению правопорядка в Республике Башкортостан от 25 октября 2016 года «О профилактике суицидов и суицидальных проявлений среди несовершеннолетних в Республике Башкортостан»: распоряжение Главы Республики Башкортостан от 28 октября 2016 г. №РГ-176. – Уфа, 2016.

56. Опросник «Одиночество» (модификация С.Г. Корчагиной). URL: <http://www.gumtestov.ru/test/445> (Дата обращения: 14.01.2014).

57. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). URL: <http://ravnay-pr.narod.ru/tendencn/oprosnik.htm> (Дата обращения: 14.01.2014).

58. Павлова, Т.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодёжи [Электронный ресурс] / Т.С. Павлова, Г.С. Банников // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (Дата обращения: 25.10.2021)

59. Пакулина, С.А. Психологические механизмы адаптации подростков в образовательной среде / С.А. Пакулина // Психология обучения. – 2012. – № 1. – С. 79–94.

60. Панченко, Е.А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения / Е.А. Панченко // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 2 (57). – С. 58–60.

61. Пащенко, И.Е. Клинико-социальные особенности и различия суицидального поведения у психически больных коренных жителей Кубани и мигрантов: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Пащенко Ирина Евгеньевна. – Краснодар, 2003. – 23 с.

62. Петрова, Н.Н. Психическое здоровье молодых и суицид / Н.Н. Петрова, Д.В. Фаддеев // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 638.

63. Петрова, Н.Н. Тревожные расстройства и их коррекция в амбулаторной психиатрической практике / Н.Н. Петрова // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 4. – С. 35–40.

64. Пичиков, А.А. Половые различия суицидального поведения у подростков (клиника, диагностика, профилактика рецидивов): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Пичиков Алексей Александрович. – СПб., 2015. – 24 с.

65. Показатели смертности от внешних причин как индикатор социально-психологического здоровья населения республики Башкортостан / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, В.Л. Юлдашев [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – № 6. – С. 6–10.

66. Показатель ВОЗ: качество данных о смертности от самоубийств. URL: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/mortality_data_quality/en/ (Дата обращения: 21.04.2020).

67. Положий, Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология. – 2015. – № 1 (18). – С. 3–7.

68. Положий, Б.С. Региональные особенности распространенности суицидов в России / Б.С. Положий, М.В. Гладышев // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 38–41.

69. Положий, Б.С. Суицидальная ситуация в современной России / Б.С. Положий // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – Т. 10, № 5. – С. 16–17.

70. Положий, Б.С. Суициды в детском и подростковом возрасте (эпидемиологический и этнокультуральный аспекты): Аналитический обзор / Б.С. Положий. — М.: ФГУ "ГНЦ ССП Росздрава", 2009. – 24 с.

71. Положий, Б.С. Суициды в странах СНГ / Б.С. Положий, В.С. Фритлинский, С.Е. Агеев // Суицидология. – 2014. – № 4 (17). – С. 12–21.

72. Положий, Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) / Б.С. Положий // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 21–26.

73. Положий, Б.С. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [Электронный ресурс] / Б.С. Положий, Е.А. Панченко // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2012. – № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Дата обращения: 25.10.2021).

74. Положий, Б.С. Транскультуральные аспекты суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии / Б.С. Положий, А.И. Лазебник // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 55–61.

75. Попов, Ю.В. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4–8.

76. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 4 (21). – С. 21–32.

77. Психопатологические корреляты интернет-зависимого и аутоагрессивного поведения подростков / И.Ф. Тимербулатов, Р.Р. Ахмадеев, М.Ф. Тимербулатова [и др.] // Антология российской психотерапии и психологии. – 2017. – № 2. – С. 68.

78. Распопова, Н.И. Личностно-психологические факторы риска суицидального поведения у больных с психическими расстройствами / Н.И. Распопова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 45–49.

79. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М., 2002. – 312 с.

80. Розанов, В.А. Самоубийства среди детей и подростков - что происходит и в чем причина? / В.А. Розанов // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 4 (17). – С. 16–31.
81. Розанов, В.А. Суицидальное поведение несовершеннолетних. / В.А. Розанов // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М., 2019. – С. 288–315.
82. Романова, И.В. Психофизиологические критерии риска суицидального поведения у школьников 14-17 лет: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 19.00.02 / Романова Ирина Викторовна. – Челябинск, 2010. – 23 с.
83. Рухлова, И.А. Профилактика суицидального поведения у подростков с психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Рухлова Ирина Александровна. – СПб., 2016. – 24 с.
84. Самохин, Д.В. Клиника и профилактика суицидального поведения в молодом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Самохин Дмитрий Владимирович. – М., 2016. – 24 с.
85. Саркиапоне, М. Суициды у детей и подростков / М. Саркиапоне, Б.С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 3. – С. 52–56.
86. Смертность российских подростков от самоубийств - доклад ЮНИСЕФ / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова [и др.]. – М.: БЭСТ-принт, 2011. – 133 с.
87. Снетков, Н.Н. Суицидологическая характеристика девочек, подвергавшихся в детстве серьезным физическим наказаниям / Н.Н. Снетков // Здравоохранение Югры. – 2017. – № 2. – С. 58–61.
88. Социально-экономическая детерминация возрастного профиля суицидальной смертности в России / В.Г. Семенова, А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64, № 5. – С. 243–252.
89. Спиридонов, В.А. Комплексное судебно-медицинское и социально-гигиеническое исследование самоубийств: по материалам Республики Татарстан:

автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.24 / Спиридонов Валерий Александрович. – М., 1996. – 22 с.

90. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция / М.А. Алимova [и др.]. – Барнаул, 2014. – 100 с.

91. Суицидальное поведение учащихся в свете помогающих профессий / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, В.Л. Юлдашев, М.Ф. Тимербулатова // Антология российской психотерапии и психологии. – 2017. – № 2. – С. 68.

92. Суициды в России и Европе / под ред. Б.С. Положего. – М.: Издательство «МИА», 2016. – 212 с.

93. Тимербулатов, И.Ф. Клинико-эпидемиологические и психопатологические данные по суицидальному поведению у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами в Республике Башкортостан за 2012–2018 годы / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, О.Р. Мухамадеева, Р.Р. Ахмадеев, М.Ф. Тимербулатова // Scientific forum. Siberia. – 2021. – Т. 7. – №2. – С. 17–22.

94. Тимербулатов, И.Ф. Специфика психологической защиты личности при обсессивно-компульсивном расстройстве / И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, Р.Р. Халфина, М.Ф. Тимербулатова // Вестник психофизиологии. – 2019. – №3. – С. 111–114.

95. Тормосина, Н.Г. Психологическая профилактика аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. Наук: 19.00.07 / Тормосина Наталья Геннадьевна. – Пятигорск, 2013. – 23 с.

96. Хасанова, Р.Р. Региональные особенности смертности населения в трудоспособном возрасте (на примере Республики Башкортостан): автореф. дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 / Хасанова Рамиля Рафаэлевна. – М., 2013. – 25 с.

97. Хмелева, Ю.Б. Клиническая динамика, ранняя диагностика и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков совершивших суицидальную попытку: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Хмелева Юлия Борисовна. – Томск, 2004. – 22 с.

98. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] / А.Б. Холмогорова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2013. – Т. 2, № 19. URL: <http://medpsy.ru> (Дата обращения: 30.08.2013).

99. Цыганков, Б.Д. Психиатрия: руководство / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2011. – 489 с.

100. Чернобавский, М.В. Медико-социальные аспекты суицидов среди подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11 / Чернобавский Максим Вячеславович. – Рязань, 2013. – 21 с.

101. Шамкова, С.В. Социальные характеристики суицидов в молодежной среде Санкт-Петербурга: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Шамкова Светлана Владимировна. – СПб., 2006. – 22 с.

102. Шарафутдинова, Н.Х. Социально-гигиеническая оценка завершенных суицидов среди детей в г. Уфе [Электронный ресурс] / Н.Х. Шарафутдинова, Г.М. Валитова, А.А. Калининская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 2, № 18. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (Дата обращения 6.06.2011).

103. Экспериментально-психологическая картина интернет - зависимости у детей и подростков: возрастные аспекты / М.Ф. Тимербулатова, В.Л. Юлдашев, Е.М. Евтушенко [и др.] // Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа, 2019. – С. 124–126.

104. Экспериментально-психологическая картина интернет- зависимости у детей и подростков: гендерные аспекты / М.Ф. Тимербулатова, В.Л. Юлдашев, Е.М. Евтушенко [и др.] // Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа, 2019. – С. 127–129.

105. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide / D.A. Brent, M. Baugher, J. Bridge [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 38, № 12. – P. 1497–1505. doi: 10.1097/00004583-199912000-00010.
106. Alfano, C.A. Subjective–Objective sleep comparisons and discrepancies among clinically-anxious and healthy children / C.A. Alfano, M.A. Patriquin, A. De Los Reyes // *J. Abnormal Child Psychol.* – 2015. – Vol. 43, № 7. – P. 1343–1353.
107. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology and treatment / C.B. Cha, P.J. Franz, E.M. Guzman [et al.] // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 2018. – Vol. 59, № 4. – P. 460–482.
108. Antidepressant treatment and suicide attempts and self-inflicted injury in children and adolescents / R.D. Gibbons, M. Coca Perrillon, K. Hur [et al.] // *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 2015. – Vol. 24, № 2. – P. 208–214. doi: 10.1002/pds.3713.
109. Apter, A. Commentary: Prospective trajectory research in adolescent suicidal behaviour - a possible basis for the development of empirically based interventions? A reflection on Adrian et al. (2016) / A. Apter // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 2016. – Vol. 57, № 5. – P. 654–655.
110. Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: Results from a prospective population-based birth cohort / M.C. Geoffroy, M. Boivin, L. Arseneault [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2016. – Vol. 55. – P. 99–105.
111. Bachmann, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective / S. Bachmann // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2018. – Vol. 15, № 7. – P. 1425.
112. Bácskai, E. Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism / E. Bácskai, P. Czobor, J. Gerevich // *Psychatry Res.* – 2009. – Vol. 165. – P. 103–110.
113. Bardenshtein, L.M. The first National Handbook of Suicidology / L.M. Bardenshtein // *Rus. J. Psychiatry.* – 2019. – № 3. – P. 43–45.
114. Bridge, A. Adolescent suicide and suicidal behavior / A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent // *J. Child Psychol. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 47. – P. 372–394.

115. Burstein, B. Suicidal attempts and ideation among children and adolescents in US emergency departments, 2007–2015 / B. Burstein, H. Agostino, B. Greenfield // *JAMA Pediatr.* – 2019. – Vol. 173. – P. 598.
116. Bursztein, C. Adolescent suicide / C. Bursztein, A. Apter // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 22, № 1. – P. 1–6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283155508.
117. Changes in loneliness during middle childhood predict risk for adolescent suicidality indirectly through mental health problems / A.C. Jones, K.C. Schinka, M.H. Dulmen [et al.] // *J. Clin. Child Adolesc. Psychology.* – 2011. – Vol. 40. – P. 818–824.
118. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds / J. McCauley, D.E. Kern, K. Kolodner [et al.] // *JAMA.* – 1997. – Vol. 277. – P. 1362–1368.
119. Clinical suicide prevention for adolescents and children: The epidemiology of the problem, clinical interventions to date, and the potential use of CAMS for suicidal youth / D.A. Jobes, G.A. Vergara, E.C. Lanzillo, A. Ridge-Andersen // *Children's Health Care.* – 2019. – Vol. 48, № 4. – P. 444–468.
120. Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services / K.A. Comtois, D.A. Jobes, S. O'Connor [et al.] // *Depress Anxiety.* – 2011. – Vol. 28, № 11. – P. 963–972.
121. Comparing brief interventions for suicidal individuals not engaged in treatment: A randomized clinical trial / E.F. Ward-Ciesielski, J.A. Tidik, A.J. Edwards, M.M. Linehan // *J. Affect. Disord.* – 2017. – № 222. – P. 153–161. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.011.
122. Covert, D. The role of anxiety for youth experiencing suicide-related behaviors / D. Covert, M.G. Fraire // *Children's Health Care.* – 2019. – Vol. 48, № 4. – P. 351–371.
123. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts / M.K. Nock, G. Borges, E.J. Bromet [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 192. – P. 98–105.

124. Cuthbert, B.N. Constructing constructs for psychopathology: the NIMH research domain criteria / B.N. Cuthbert, M.J. Kozak // *J. Abnorm. Psychol.* – 2013. – Vol. 122, № 3. – P. 928–937. doi: 10.1037/a0034028.

125. Czyz, E.K. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients / E.K. Czyz, C.A. King // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* – 2015. – Vol. 44, № 1. – P. 181–193. doi: 10.1080/15374416.2013.836454.

126. D'Augelli, A.R. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth / A.R. D'Augelli, A.H. Grossman, M.T. Starks // *J. Interpers Violence.* – 2006. – Vol. 21, № 11. – P. 1462–1482. doi: 10.1177/0886260506293482.

127. Ellis, T.E. A controlled comparison trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in an inpatient setting: Outcomes at discharge and six-month follow-up / T.E. Ellis, K.A. Rufino, J.G. Allen // *Psychiatry Res.* – 2017. – № 249. – P. 252–260. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.032.

128. Epstein, J.A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students / J.A. Epstein, A. Spirito // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – Vol. 14, № 3. – P. 193–205. doi: 10.1080/13811118.2010.494130.

129. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies / E.M. Kleiman, B.J. Turner, S. Fedor [et al.] // *J. Abnorm. Psychol.* – 2017. – Vol. 126. – P. 726–738.

130. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies / P. Castellví, A. Miranda-Mendizábal, O. Parés-Badell [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2017. – Vol. 135. – P. 195–211.

131. Hoang, U. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001–2009 / U. Hoang, M. Goldacre, A. James // *Int. J. Eat Disord.* – 2014. – Vol. 47, № 5. – P. 507–515. doi: 10.1002/eat.22249.

132. Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters / R.P. Auerbach, A.J. Millner, J.G. Stewart, E.C. Esposito // *J. Affect. Dis.* – 2015. – Vol. 186. – P. 127–133.

133. Impact of a Suicide-Specific Intervention within Inpatient Psychiatric Care: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality / T.E. Ellis, K.A. Rufino, J.G. Allen [et al.] // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2015. – Vol. 45, № 5. – P. 556–566. doi: 10.1111/sltb.12151.

134. Joiner, T.E. Why people die by suicide / T.E. Joiner. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. – 64 p.

135. Khalfina, R.R. Biological factors of formation of deviant behavior of adolescents from the point of view of the biopsychosocial model / R.R. Khalfina, E.M. Yevtushenko // *Psychophysiology news.* – 2020. – №1. – P. 120-121. DOI 10.34985/c8423-9899-6580-p

136. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization / M.J. Prinstein, M.K. Nock, V. Simon [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2008. – Vol. 76. – P. 92–103.

137. Mental health: suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (Дата обращения: 18.05.2018)

138. National total survey of German adolescent suicide in prison / D. Radeloff, T. Lempp, E. Herrmann [et al.] // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 24, № 2. – P. 219–225. doi: 10.1007/s00787-014-0568-1.

139. Nock, M.K. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents / M.K. Nock, A.E. Kazdin // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* – 2002. – Vol. 31. – P. 48–58.

140. Nock, M.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults / M.K. Nock, M.J. Prinstein, S. Sterba // *J. Abnorm. Psychol.* – 2009. – Vol. 118. – P. 816–827.

141. Nock, M.K. *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* / M.K. Nock, G. Borges, Y. Ono. – Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2012. – 401 p.
142. Pelkonen, M. *Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention* / M. Pelkonen, M. Marttunen // *Paediatr. Drugs.* – 2003. – Vol. 5, № 4. – P. 243–265.
143. *Polysomnographic sleep characteristics of generally-anxious and healthy children assessed in the home environment* / M.A. Patriquin, T.A. Mellman, D.G. Glaze, C.A. Alfano // *J. Affect. Disord.* – 2014. – № 161. – P. 79–83. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.037.
144. *Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement* / M.K. Nock, J.G. Green, I. Hwang [et al.] // *JAMA Psychiatry.* – 2013. – Vol. 70. – P. 300–310.
145. *Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study* / J.M. Bertolote, A. Fleischmann, D. De Leo [et al.] // *Crisis.* – 2010. – Vol. 31, № 4. – P. 194–201.
146. *Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research* / J.C. Franklin, J.D. Ribeiro, K.R. Fox [et al.] // *Psychol. Bull.* – 2017. – Vol. 143. – P. 187–232.
147. *Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions* / K.A. Rufino, M.A. Patriquin // *Children's Health Care.* – 2019. – Vol. 48, № 4. – P. 345–350.
148. *School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses* / J.K. McGuire, C.R. Anderson, R.B. Toomey, S.T. Russell // *J. Youth Adolesc.* – 2010. – Vol. 39, № 10. – P. 1175–1188. doi: 10.1007/s10964-010-9540-7.

149. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial / D. Wasserman, C.W. Hoven, C. Wasserman [et al.] // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385. – P. 1536–1544.

150. Shah, A. Suicide rates: Age-associated trends and their correlates / A. Shah // *J. Inj. Violence Res.* – 2012. – № 4. – P. 79–86.

151. Simpson, S.G. The risk of suicide in patients with bipolar disorders / S.G. Simpson, K.R. Jamison // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60, Suppl. 2. – P. 53–56.

152. Sleep patterns and anxiety in children interact to predict later suicidal ideation / P. Meir, C.A. Alfano, S. Lau [et al.] // *Children's Health Care*. – 2019. – Vol. 48, № 4. – P. 372–393.

153. Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators / M. Gallagher, M.J. Prinstein, V. Simon, A. Spirito // *J. Abnorm. Child Psychol.* – 2014. – Vol. 42. – P. 871–883.

154. Spirito, A. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality / A. Spirito, C. Esposito-Smythers, J. Wolff // *Child Adolesc. Psychiatric Clin. N. Am.* – 2011. – № 20. – P. 191–204.

155. Stone, L.B. Adolescent inpatient girls' report of dependent life events predicts prospective suicide risk / L.B. Stone, R.T. Liu, S. Yen // *Psychiatry Res.* – 2014. – Vol. 219, № 1. – P. 137–42.

156. Suicidal ideation in early to middle adolescence: sexspecific trajectories and predictors / M. Adrian, A. Miller, E. McCauley, A. Van der Stoep // *J. Child Psychol. Psychiatr.* – 2016. – Vol. 57. – P. 645–653.

157. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders / V. Tuisku, M. Pelkonen, L. Karlsson [et al.] // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, № 4. – P. 199–206. doi: 10.1007/s00787-005-0522-3.

158. Suicide and suicidal behavior / M.K. Nock, G. Borges, E. Bromet [et al.] // *Epidemiol. Rev.* – 2008. – Vol. 30. – P. 133–154.

159. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content / K.R. Conner, A.L. Beautrais, D.A. Brent [et al.] // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2011. – Vol. 41, № 6. – P. 594–613. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00057.x.
160. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration / A. Liberati, D.G. Altman, J. Tetzlaff [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 2009. – Vol. 62, № 10. – P. 1–34.
161. The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts / R.T. Leite, S. O de Nogueira, J.P. do Nascimento [et al.] // *Neural Plast.* – 2015. – 2015. – P. 434127. doi: 10.1155/2015/434127.
162. Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: A meta-analytic review / C.R. Glenn, E.M. Kleiman, C.B. Cha [et al.] // *Depression Anxiety.* – 2018. – Vol. 35, № 1. – P. 65–88.
163. Violent victimization and perpetration as distinct risk factors for adolescent suicide attempts / E.E. Rooney, R.M. Hill, B. Oosterhoff, J.B. Kaplow // *Children's Health Care.* – 2019. – 1–18. doi:10.1080/02739615.2019.1630280
164. WHO. Methods and Data Sources for Country-Level Causes of Death 2000–2015 / World Health Organization. – Geneva, Switzerland: 2017. – 56 p.
165. WHO. Mortality Database accessed on 10 October 2017.
166. WHO. Suicide rates, age-standardized. – WHO, 2018.
167. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013 [Electronic resource]. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Дата обращения: 24.04.2013)

168. Young children with psychotic symptoms and risk for suicidal thoughts and behaviors: a research note / K. Sinclair-McBride, N. Morelli, S. Tembulkar [et al.] // BMC Res. Notes. – 2018. – Vol. 11, № 1. – P. 568.