

## МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.П.Гелда

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,  
Долгиновский тракт, 152, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

*Статья посвящена обзору современных литературных данных, касающихся проблем суицидальной активности среди детей и подростков, и методологическим основам изучения детско-подросткового суицидального поведения.*

*Ключевые слова: дети и подростки; суицидальное поведение; изучение; методология.*

Самоубийства и покушения на собственную жизнь являются актуальной медико-социальной проблемой в большинстве стран мира, включая Беларусь. Ежегодно в мире регистрируют свыше 800 тысяч случаев самоубийств и свыше 16 миллионов случаев суицидальных попыток [1], причем в одной трети стран, как развитых, так и развивающихся, самоубийство является второй по значимости причиной смерти в возрастной группе от 10 до 24 лет и третьей – среди подростков [2].

В течение последних десятилетий во многих странах мира на фоне снижающихся общепопуляционных показателей смертности от самоубийств (в частности, в Республике Беларусь в 1990–2018 гг.: от уровня  $20,3^{0}/_{0000}$  в 1990 г. до сверхвысоких показателей  $30,8$ – $35,3^{0}/_{0000}$  в 1994–2005 гг. с последующим понижением годовых показателей до уровня  $20,5$ – $21,5^{0}/_{0000}$  в 2016–2017 гг. и  $19,0^{0}/_{0000}$  в 2018 г. [3, 4]) отмечался рост самоубийств среди подростков (15–19 лет) [5]. За последние 30 лет число подростковых самоубийств возросло в 30 раз (в 2003 г. для 90 стран средний показатель смертности от самоубийств в подростковом возрасте составлял  $7,4^{0}/_{0000}$ , в том числе, среди юношей –  $10,5^{0}/_{0000}$ , среди девушек –  $4,1^{0}/_{0000}$ , занимая 4-е место среди причин смерти у подростков-мальчиков и третье у девочек) [6]. По данным ВОЗ, среди стран мира Беларусь в 2010 г. занимала 5-е рейтинговое место по уровню подростковой суицидальной смертности ( $14,0^{0}/_{0000}$ ), пропуская вперед Россию, Казахстан, Литву и Шри-Ланку ( $19,8$ – $46,5^{0}/_{0000}$ ) [7]. Согласно материалам нашего исследования [8], в Республике Беларусь в 1990–2009 гг. в популяции населения 10–19-летнего возраста среднестатистический показатель уровня суицидальной смертности составил  $7,6 \pm 0,3^{0}/_{0000}$  при двукратном росте накопле-

ния массива случаев самоубийств к 2009 г. и пятикратном превышении уровневых показателей суицидальной смертности в возрастном диапазоне 15–19 лет против диапазона 10–14 лет (усреднено:  $12,5^{0}/_{0000}$  к  $2,5^{0}/_{0000}$ ). Обобщенный показатель смертности от самоубийств в детской популяции населения Республики Беларусь (0–17 лет) в 2018 г. составлял  $1,4^{0}/_{0000}$  (рост показателя на 40,0% против такового в  $1,0^{0}/_{0000}$  в 2017 г. (или рост от 18 до 26 случаев самоубийств) [4].

Мета-анализ ряда популяционных исследований позволяет оценить встречаемость суицидальных попыток в детско-подростковом возрасте, превышающую в среднем в 8–10 раз частоту самоубийств среди них [9]. Причем у половины совершающих суицидальные попытки детей и подростков – эти попытки повторные [10], что является весьма опасным в контексте совершения завершенного суицидального акта [11]. В Республике Беларусь на основании официальной регистрации случаев суицидальных попыток [12] для контингента населения возраста 0–17 лет в 2017 г. было зарегистрировано 298 случаев нефатальных самопокушений ( $16,1^{0}/_{0000}$ ) (в соотношении к 18 случаям самоубийств в 2017 г. – 1:16,6), в 2018 г. – 347 случаев ( $18,6^{0}/_{0000}$ ) (в соотношении к 26 случаям самоубийств в 2018 г. – 1:13,3).

Суицидальное поведение человека является специфического рода паттерном рискованного поведения (наряду с аутоагрессивным несуйцидальным поведением, аутодеструктивным поведением с саморазрушающими проявлениями – аддикция, пренебрежение к своему здоровью и пр.) [13], включающим несмертельные (суицидальные мысли, тенденции, намерения, высказывания, суицидальные попытки) и смертельные (завершенный суицид; самоубийство) формы саморазрушающей активности. Природа суицидального поведения –

полифакторная, имеющая свои отличительные особенности в детско-подростковом возрасте [14].

Предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий определяется как центральная стратегия в политике психического здоровья в странах мира [15], включая и Беларусь [16]. Создание в каждой стране национального комплекса мер по предотвращению самоубийств (и покушений на собственную жизнь) требует изучения национальных особенностей суицидального поведения, разработки и внедрения в практику действенных мер его профилактики и оказания адекватной и эффективной медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением на всем протяжении переживания ими суицидоопасного кризисного состояния [17].

Общепринятая в мире биологическая схема возрастной периодизации дифференцирует возраст от 0 до 12 лет как непосредственно «дети», возраст от 12 до 18 лет – как «подростковый» (подростки), переходный от детства к взрослому состоянию. По рекомендации ВОЗ, суицидальные акты детей в возрасте до 10 лет, а, по мнению некоторых других авторов [18], все случаи смертей с признаками самоубийства в возрасте до 13 лет следует рассматривать как несчастные случаи. Аутоагрессивные суицидальные действия у детей до 13 лет относительно редки, в возрасте 14–15 лет отмечается резкое возрастание суицидальной активности и в возрасте от 16 до 18 лет наблюдается максимум самопокушений на собственную жизнь [19]. Исходя из вышеотмеченного, целесообразно феноменологические особенности формирования и развития суицидального поведения среди детей и подростков изучать в дифференцированных возрастных диапазонах (10–14 лет и 15–18 лет), что и обуславливает основные положения методологии исследования и изучения детско-подростковой суицидальности [19].

**Методологические аспекты суицидального поведения** среди детей и подростков имеют две составляющие части: первичное суицидальное поведение (впервые в жизни совершенные акты суицидальной агрессии) и повторяющееся (повторные акты суицидальной агрессии).

Повторные (рецидивирующие) суицидальные действия имеют достаточно высокий показатель распространенности в структуре суицидального поведения [11, 20, 21]. В пределах временного интервала до 3 лет в странах Запада относительный риск совершения повторных суицидальных действий составляет от 20 до 60% [22], причем риск рецидива суицидальной агрессии наиболее высок в первые 6 месяцев после совершения

предыдущих суицидальных действий, преимущественно в ближайшие недели [23]. Как крайне высокая вероятность повторения суицидальных действий оценивается в популяции детей и подростков. По данным некоторых авторов [10, 24], половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторные акты суицидальной агрессии.

Хронификация суицидальных паттернов реагирования, в особенности по мере становления «суицидальной карьеры» и формирования стереотипно-автоматизированной модели аутоагрессивного суицидального поведения как ответной реакции на абортивную (с незначительным патогенным влиянием) провокацию стресс-агента в обыденных, личностно малозначимых, конфликтных ситуациях [25] высоко сопряжена с летальным исходом покушений на собственную жизнь. По данным одних авторов, около 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирают в течение года при последующей попытке [26], других – 1–2% [20], третьих – 3,2% [27], а в течение 5–10 лет заканчивают жизнь самоубийством от 3 до 5% [21]. Среди лиц, ранее совершавших самоповреждающие действия, риск самоубийства минимум в 10–12 раз выше, чем в общей популяции населения [27], для лиц с «суицидальной карьерой» (хроническим рецидивированием аутоагрессии) это превышение составляет 20–30 раз [23]. В то же время, следует отметить, что наличие в прошлом попытки самоповреждения повышает риск самоубийства, но большинство из тех, кто его совершает, ранее не проявляли аутоагрессивных действий [28].

Систематизированные, комплексные исследования изучения феноменологических переменных характеристик повторяющегося суицидального поведения среди детей и подростков, которые качественно содержательно отличаются от таковых, изученных при первичном суицидальном поведении, как в западных странах, так и в СССР и на постсоветском пространстве, не проводились [29], а единичные и узконаправленные научные изыскания этого профиля [10] не позволяют в полной мере раскрыть и описать данную проблемную тематику.

Суицидальное поведение детей и подростков, как и у взрослых, есть «следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта» [30], но в силу своеобразия суицидальных проявлений и суицидогенных дезадаптивных факторов (социально-демографических, клинических, личностно-психологических и пр.) рассматривается как самостоятельная проблема с иными, в

отличие от взрослого контингента населения, унифицированными методами суицидологической диагностики [2, 19, 31].

Суицидологическая диагностика включает в себя выявление и оценку в статике и динамике суицидальных интенций (антивитальных переживаний, мыслей, замыслов и намерений, поступков и др.) и проведение клинко-психологического скрининга уровня суицидальной готовности. Универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков не существует. Применяемые на постсоветском пространстве анкеты, опросники и тестовые методики (опросник суицидального риска в модификации Т.Н.Разуваевой, методика диагностики суицидального поведения В.М.Горской, методика выявления суицидального риска у детей А.А.Кучера и В.П.Костюкевича, шкала суицидальных мыслей А.Бека и др.), рекомендуемые в качестве диагностического инструментария для экспресс-диагностики склонности к суицидальному поведению, являются декларативными, базирующимися на механическом подходе к оценке суицидального риска и не обладающими высокой диагностической чувствительностью и специфичностью. В то же время, их практическое применение при первичной диагностической оценке суицидального риска позволяет вычленять контингент детей и подростков с высоким уровнем суицидальной готовности с последующим их включением в программы превенции совершения суицидальных действий [2, 32, 33]. Ограничения скрининговых психодиагностических методик оценки суицидального риска среди детей и подростков преодолеваются посредством применения полного алгоритма суицидологической диагностики, как, к примеру, предложенного Ю.В.Поповым и А.А.Пичиковым (2017) [14], включающего пошаговые действия (этапы):

1) целенаправленный распрос в амбулаторных или стационарных условиях (опрос родителей и других лиц ближнего круга и клинко-суицидологическое интервью потенциального суицидента с оценкой его клинко-психопатологического состояния) для определения наличия антивитальных переживаний и пресуицидального состояния (заполняется скрининговый опросник «Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков» в разработке А.Н.Волковой);

2) определение степени суицидального риска (заполняется скрининговая «Карта риска суицида» в модификации для подростков Л.Б.Шнейдера);

3) дополнительное экспериментально-психологическое обследование для выявления аффективных и когнитивных специфических клинических признаков суицидальной готовности в пресуицидальном состоянии (рекомендуемая батарея тестов: «Шкала безнадежности А.Бека», «Шкала депрессии А.Бека», тест «Экспресс-диагностики склонности к аффективному поведению» в разработке В.В.Бойко);

4) углубленное экспериментально-психологическое обследование для выявления личностных особенностей, уровня выраженности дезадаптации и особенностей семейного функционирования (батарея тестов: «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е.Личко и Н.Я.Иванова, детский и подростковый варианты «Факторного личностного опросника» Р.Кеттела, «Опросник ситуативной и личностной тревожности» Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина, «Шкала Зунга» в адаптации Л.И.Вассерман и О.Ю.Щелкова для оценки уровня депрессии и «Опросник Баса-Дарки» для оценки враждебности и видов агрессии, методика «Копинг-тест Лазаруса» для оценки стресс-протективных копинг-механизмов преодоления стрессовых ситуаций и др.).

1–3-й этапы суицидодиагностики служат для диагностирования высокого суицидального риска и включения потенциального суицидента в программу оказания экстренной, антикризисной и антисуицидальной помощи, 4-й – для индивидуализации и персонализации сценариев оказания такой помощи. Безусловно, применение расширенного комплекса суицидодиагностики возможно только в учреждениях здравоохранения.

**Заключение.** Отмеченные выше детально отражающая научно-практическую актуальность проблема суицидального поведения в детско-подростковом возрасте и феноменологические особенности его формирования определяют необходимость предпринимать и реализовывать разноплановые и разносторонние методологические подходы к изучению проблемных тематик в детско-подростковой суицидологии [18, 19, 34], включая изучение феномена повторяющегося суицидального поведения [29] и выявления контингента детей и подростков с потенциальной суицидальной активностью для оказания им специализированной медико-психологической помощи с целью превенции совершения актов суицидальной агрессии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. – Geneva: World Health Organization; 2017. – 103 p.

2. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva: World Health Organization; 2014. – 97 p.
3. Гелда, А.П. Суициды: ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации в различных странах мира и в Республике Беларусь / А.П.Гелда, А.Н.Нестерович, В.В.Голубович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №2 (87). – С.13–24.
4. Смертность в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2016–2017 гг. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 236 с.
5. Cash, S.J. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior / S.J.Cash, J.A.Bridge // Current Opinion in Pediatrics. – 2009. – Vol.21, No.5. – P.613–619.
6. Wasserman, D. Global suicide rates among young people aged 15–19 / D.Wasserman, Q.Cheng, G.X. Jiang // World Psychiatry. – 2005. – Vol.4, No.2. – P.114–230.
7. 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: электрон. науч. журн. – 2012. – №2. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – Дата доступа: 28.03.2019.
8. Гелда, А.П. Проблема фатальных аутоагрессивных действий среди подростков / А.П.Гелда, М.Л.Буцько, В.В.Голубович // Медицинский журнал – 2013. – №2 (44). – С.71–76.
9. WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental and Brain and Substance Dependence / World Health Organization. – Geneva, 2002. – 197 p.
10. Deliberate self-harm within an international community sample of young people comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study / N.Mage [et al.] // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol.49, No.6. – P.667–677.
11. Suicide. An Unnecessary Death / ed. D.Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
12. О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2007 г., №575. – Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/files/000128\\_163827\\_Prikaz\\_N575\\_2007.doc](http://minzdrav.gov.by/files/000128_163827_Prikaz_N575_2007.doc). – Дата доступа: 28.03.2019.
13. Farberow, N.L. The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior / ed. N.L.Farberow. – New York: McGraw-Hill Book Co, 1980. – 245 p.
14. Лукашук, А.В. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А.В.Лукашук, М.Д.Филиппова, О.Ю.Сомкина // Российск. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П.Павлова. – 2016. – №2. – С.137–143.
15. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1). – Дата доступа: 28.03.2019.
16. Комплекс мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь на 2015–2019 годы, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 07.04.2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sps.berestovica.edu.by/ru/main.aspx?guid=2212>. – Дата доступа: 28.03.2019.
17. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ВОЗ, 1999. – С.55–60.
18. Юрьева, Л.Н. Клиническая суицидология / Л.Н.Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
19. Суицидальное поведение у подростков / Ю.В.Попов, А.А.Пичиков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 366 с.
20. Owens, D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review / D.Owens, J.Horrocks, A.House // Br. J. Psychiatr. – 2002. – Vol.181. – P.193–199.
21. Gibb, S.J. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study / S.J.Gibb, A.L.Beautrais, D.M.Fergusson // Austral. and N.Z. J. Psych. – 2005. – Vol.39, No.1–2. – P.95.
22. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства // Психиатрия / под ред. Р.Шейдера. – М.: Практика, 1998. – С.212–221.
23. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D.Gunnell, S.Frankel // Brit. Med. J. – 1994. – Vol.308. – P.1227–1233.
24. Fergusson, D.M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders / D.M.Fergusson, M.T.Lynskey // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. – 1995. – Vol.34. – P.1308–1317.
25. van Heeringen, K. Pathways to suicide: an integrative approach / K.van Heeringen, K.Hawton, J.M.G. Williams // The International Book of Suicide and Attempted Suicide / K.Hawton, K.van Heeringen (Eds.). – New York: John Wiley & Sons Chichester, 2000. – P.9–28.
26. Hawton, K. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records / K.Hawton, K.Houston, R.Shepperd // Brit. J. Psychiatr. – 1999. – Vol.175. – P.271–276.
27. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003 [Electronic resource] / J.Haukka [et al.] // American Journal of Epidemiology. – 2008. – Vol.167, Issue 10. – P.1155–1163 (<https://doi.org/10.1093/aje/kwn017>). – Mode of access: <https://academic.oup.com/aje/article/167/10/1155/231630/>. – Date of access: 28.03.2019.
28. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper / A.Graham [et al.] // Austral. Psychol. – 2000. – Vol.35. – P.1–28.
29. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологи-

- ческие аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Г.Я.Пилягина. – Киев, 2004. – 32 с.
30. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР [Моск. НИИ психиатрии; сост. А.Г.Амбрумовой, В.А.Тихоненко]. – М.: Б.и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.
31. *Дмитриева, Н.В.* Психологические особенности личности суицидальных подростков / Н.В.Дмитриева, Ц.П.Короленко, Л.В.Левина // Вестн. Кемеровск. гос. ун-та. – 2015. – №1-1 (61). – С.127–134.
32. *Банников, Г.С.* Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] / Г.С.Банников, К.А.Кошкин // Медицинская психология в России. – 2013. – №2 (19). – Режим доступа: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer18.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer18.php). – Дата доступа: 28.03.2019.
33. *Короленко, Ц.П.* Самоубийство: психология, психопатология, терапия: учебное пособие / Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Ю.М.Перевозкина. – СПб.: СПбГИПСП, 2016. – 196 с.
34. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / ed. U.Bille-Brache. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. – 99 p.

**CHILD AND ADOLESCENT SUICIDAL BEHAVIOR STUDY METHODOLOGY**

**A.P.Gelda**

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, 152, Dolginovsky Trakt, 220053, Minsk, Republic of Belarus

This article focuses on review of current literature data, related to problems of suicidal activity among children and adolescents, and methodological basis for children's and adolescents' suicidal behavior study.

Keywords: children and adolescents; suicidal behavior; study; methodology.

**Сведения об авторе:**

**Гелда Анатолий Петрович**, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», лаборатория клинико-эпидемиологических исследований, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3802307, (+37544) 5799126; e-mail: [radiant.97@mail.ru](mailto:radiant.97@mail.ru).

*Поступила 31.03.2019 г.*