

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОГЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, МОТИВЫ И СПОСОБЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Рычкова И.А., Тегза В.Ю., Абриталин Е.Ю.*, Жовнерчук Е.В.***, Днов К.В.*

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Минобороны Российской Федерации, кафедра психиатрии

194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 17

**ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», кафедра медико-социальной и психологической помощи*

194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12

***ФКУЗ «Центральная клиническая больница МВД Российской Федерации»,*

121359, г. Москва, ул. Академика Павлова, 19

Моб. телефон: +7-921-323-24-31, e-mail: abritalin@rambler.ru

Резюме. Изучены 123 случая суицидальных попыток среди подростков. Установлено, что основной причиной суицидогенного конфликта у подростков с пограничными психическими расстройствами и химическими зависимостями явились нарушения внутрисемейной коммуникации. У суицидентов с психотическим нарушениями психопатологические расстройства послужили основой для развития «псевдореального» конфликтного состояния. Суицидальный акт у таких больных являлся способом поведения в «псевдореальном» суицидальном конфликте, в то время как основной мотивацией подростков с пограничными расстройствами было воздействие на

социальное окружение. Суициденты с психотической симптоматикой достоверно чаще выбирали заведомо летальные способы самоубийства.

Ключевые слова: суицидальная попытка, суицидогенный конфликт, мотивация, способ суицидальной попытки, подростки

THE CHARACTERISTIC OF SUICIDAL CONFLICTS, MOTIVATIONS AND METHODS OF ADOLESCENTS' SUICIDE ATTEMPTS

Rychkova I.A., Tegza V.Y., Abritalin E.Y.*, Zhovnerchuk E.V.***, Dnov K.V.*

Military Medical Academy named after S.M. Kirov,
Department of Psychiatry
6, Akademika Lebedeva street, Saint-Petersburg, 194044, Russia

*St. Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts.
Department of medico-social and psychological assistance
11/12, Bolshoy Sampsonievsky prospect, Saint-Petersburg, 194044, Russia

***Federal state health agency "Central Clinical Hospital of the Ministry of
Internal Affairs of the Russian Federation" 121359, Moscow, Akademika Pavlova
street, 19. Russia

Abstract. 123 cases of adolescents' suicide attempts were investigated. The family communication's disturbances was the main cause of adolescents' suicidal conflict in patients with borderline psychiatric disorders and alcohol or drug dependences. The psychopathological symptoms of adolescents with psychotic

disorders were the basis of “unrealistic” conflict development. The suicidal act of these patients was a way of behavior in "unrealistic" suicidal conflict. The main motivation of adolescents' suicidal behavior in patients with borderline psychiatric disorders was the desire to influence the social environment. Adolescents with psychotic symptoms chosen the lethal methods of suicide attempts more often.

Key-words: suicide attempt, suicidal conflict, motivation, method of suicide attempt, adolescents

Введение. Аутоагрессивное поведение детей и подростков, одним из проявлений которого являются суицидальные действия, в последние десятилетия значительно распространилось в большинстве стран мира, что выдвигает указанную проблему на одно из ведущих мест в современной психиатрии [2-4; 6; 11; 14].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что причинами детских и подростковых самоубийств являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, как это нередко происходит со взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе [8; 9]. В то же время, анализ современной научной литературы показывает, что проблеме суицидальности детей и подростков, процент и количество которой растет ежегодно, уделяется недостаточно внимания [5; 7; 10-14]. В частности, мало изучены особенности суицидогенных конфликтов, ведущих к формированию и реализации суицидального поведения, а также мотивы и способы совершения подростками суицидальных попыток в современных условиях. Вышеуказанное обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить особенности суицидогенных конфликтов, мотивы и способы совершения суицидальных попыток у подростков.

Материал и методы исследования. С помощью клинико-психопатологического и клинико-анамнестического методов было проведено обследование 123 подростков (47 - 38,21% юношей и 76 - 61,79% девушек, средний возраст – $16,41 \pm 1,12$ лет), которые совершили суицидальные попытки и были госпитализированы в психиатрическую больницу на протяжении 2012-2013 гг. Изучались обстоятельства и характер актуальной суицидогенной ситуации, приведшей к совершению пациентом акта аутоагрессии. Информацию получали непосредственно от самого госпитализированного, а также от родственников и ближайшего окружения, что позволяло верифицировать характер суицидогенного конфликта, его личностное содержание и квалифицировать мотив суицидального поведения. Регистрировались данные о способе суицидальной попытки, дата и время ее совершения, наличие соматических осложнений. Квалифицирование мотива суицидального поведения проводилось в соответствии с классификацией А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980) [1]. Комплексная оценка степени серьезности суицидальной попытки проводилась с помощью специальной оценочной шкалы А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980) [1], позволяющей оценить ее в баллах. Шкала включала в себя блок оценки обстоятельств попытки, субъективные сведения и медицинские критерии. По суммарному баллу аутоагрессивные действия оценивались как суицидальные попытки низкой серьезности (меньше 14 баллов) и высокой серьезности (больше 14 баллов). Исследование проводилось только среди подростков, совершивших суицидальную попытку, случаи завершенных суицидов не анализировались.

Результаты исследования. По результатам клинико-психопатологического исследования было выделено три группы суицидентов. В первую группу вошли 52 пациента, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую

группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытки самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и / или зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу). В третью группу вошли 22 суицидента, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике актуальной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3). Изучение характера суицидогенных конфликтов, мотиваций и способов совершения суицидальной попытки проводилось отдельно по каждой клинико-нозологической группе.

При изучении характера суицидогенного конфликта оказалось, что у всех обследованных первой клинической группы он имел истинный характер. У 38 (73,08%) суицидентов конфликт был связан с семейными проблемами. Среди них жестокое обращение с подростком одного из родителей (чаще всего отца) служило причиной семейного конфликта у 20 (52,63%) обследованных, материально-бытовые проблемы – у 12 (31,58%) и у 6 (15,79%) суицидентов причиной семейного конфликта оказалось неприятие родителями поведения подростка (употребление ПАВ, взаимоотношения со сверстниками). Суицидогенный конфликт на почве несемейных межличностных отношений имел место у 14 (26,92%) обследованных, причем у 10 (71,43%) из них он был вызван интимными проблемами во взаимоотношениях со сверстниками (чаще противоположного пола) и у 4 (28,57%) – проблемами во взаимоотношениях в школьном коллективе. У 4 (7,69%) суицидентов основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (конфликт в школе, материальные проблемы, смерть близкого, ссора со сверстниками). Приведенные данные

свидетельствуют о преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов первой клинической группы.

Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у госпитализированных первой группы выявило, что у 25 (48,08%) лиц она имела демонстративно-шантажный характер, у 10 (19,23%) – мотивом был отказ от жизни, у 9 (17,31%) – протест, у 4 (7,69%) – устранение и у 4 (7,69%) обследованных мотивом суицидального поведения оказалась месть и призыв (по 2 наблюдения соответственно). Распределение мотивов попытки самоубийства в зависимости от психопатологического синдрома представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение суицидентов первой группы в зависимости от мотива суицидального поведения и ведущего психопатологического синдрома (N=52)

	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)					
	истеро-дисфорически	тре-возно-истерический	астено-депрессивный	депрессивный	тре-возно-депрессивный	Всего
демонстративно-шантажный	<u>17</u> 32,69%	<u>7</u> 13,46%	<u>1</u> 1,92%	-	-	<u>25</u> 48,08%
отказ от жизни	-	-	<u>5</u> 9,62%	<u>3</u> 5,78%	<u>2</u> 3,85%	<u>10</u> 19,23%
«протест»	<u>4</u> 7,69%	<u>4</u> 7,69%	<u>1</u> 1,92%	-	-	<u>9</u> 17,31%
«устранение»	-	-	-	<u>2</u> 3,85%	<u>2</u> 3,85%	<u>4</u> 7,69%
«призыв»	<u>1</u> 1,92%	<u>1</u> 1,92%	-	-	-	<u>2</u> 3,85%
«месть»	<u>2</u> 3,85%	-	-	-	-	<u>2</u> 3,85%
Всего	<u>24</u> 46,15%	<u>12</u> 23,08%	<u>7</u> 13,46%	<u>5</u> 9,62%	<u>4</u> 7,69%	<u>52</u> 100,0%

Как следует из представленной таблицы, у суицидентов с истеро-дисфорическим синдромом мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Аналогичная картина имела место у обследованных подростков с симптоматикой тревожно-истерического регистра, т.е. они также стремились повлиять на объекты суицидогенного конфликта путем собственных суицидальных действий. Подростки с ведущим в клинике расстройства астено-депрессивным синдромом совершали попытки самоубийств преимущественно по мотиву отказа от жизни, т.е. суицидальные действия у них имели истинный характер, и только в 2 случаях (3,85%) наблюдалась демонстративно-шантажная и протестная мотивация. Истинный характер суицидальной попытки по преимуществу наблюдался и у госпитализированных с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой, у которых доминировали мотивы отказа от жизни и «устранения» («бегства»). Таким образом, наиболее потенциально опасные мотивы (отказ от жизни и «устранение») наблюдались у подростков с имеющимся в структуре психопатологического синдрома депрессивным компонентом.

Способом совершения суицидальной попытки у 4 юношей и 30 (57,69%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 4 (7,69%) юноши и 2 (3,85%) девушки совершили самоповешение, 8 (15,38%) юношей – самопорезы предплечий, 3 (5,78%) девушки – отравление инсектицидами и 1 (1,92%) суицидентка в качестве способа самоубийства внутривенно вводила воздух. Таким образом, заведомо летальные способы суициденты первой клинической группы выбрали в 10 (19,23%) случаях. Распределение способов реализации суицида в зависимости от пола обследованных выявило достоверное

преобладание медикаментозных отравлений среди девушек, в то время как юноши чаще совершали самопорезы ($p < 0,01$).

В состоянии алкогольного опьянения суицидальную попытку совершили 26 (50,0%) подростков первой клинической группы.

Определение степени серьезности попытки самоубийства с помощью специальной оценочной шкалы в баллах показало, что 10 (19,23%) обследованных получили от 14 до 21 балла (средний балл – 16,7), что соответствует высокой степени серьезности попытки. Низкие показатели серьезности попытки обнаружили 42 (80,77%) подростка, которые получили от 2 до 13 баллов (средний балл – 6,89).

Изучение характера суицидогенного конфликта у обследованных второй клинической группы показало, что у всех подростков он также имел реальное основание. У 29 (59,18%) обследованных конфликт был связан с семейными проблемами, причем у всех из них причиной семейной ссоры послужил факт алкогольной или наркотической зависимости подростка, которая негативно воспринималась родителями. У остальных 20 (40,82%) обследованных суицидогенный конфликт развился на почве несемейных межличностных отношений: у 7 (14,29%) – вследствие интимных проблем взаимоотношения со сверстниками, у 13 (26,53%) – вследствие алкогольной или наркотической зависимости подростка. В 7 (14,29%) наблюдениях основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (болезнь близкого человека, ссора со сверстником, кража личного имущества). Таким образом, суицидогенные конфликты в данной группе преимущественно возникали в семье, причем во всех случаях причиной служила химическая зависимость суицидента.

Распределение мотивов суицидальных действий в зависимости от ведущего психопатологического синдрома у обследованных второй группы представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение суицидентов второй группы в зависимости от мотива суицидального поведения и ведущего психопатологического синдрома (N=49)

Мотив суицидального поведения	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)				
	астено-депрессивный	истеро-депрессивный	депрессивный	депрессивно-тревожный	Всего
отказ от жизни	<u>9</u> 18,37%	-	<u>7</u> 14,29%	-	<u>16</u> 32,65%
демонстративно-шантажный	-	<u>11</u> 22,45%	-	-	<u>11</u> 22,45%
«призыв»	<u>3</u> 6,12%	-	-	-	<u>3</u> 6,12%
«протест»	<u>5</u> 10,20%	<u>5</u> 10,20%	-	<u>6</u> 12,24%	<u>16</u> 32,65%
самонаказание	<u>3</u> 6,12%	-	-	-	<u>3</u> 6,12%
Всего	<u>20</u> 40,82%	<u>16</u> 32,65%	<u>7</u> 14,29%	<u>6</u> 12,24%	<u>49</u> 100,0%

Как следует из таблицы 2, основными мотивами суицидальных действий у обследованных оказались отказ от жизни и протест (по 32,65%), несколько реже (22,45%) суицидальная попытка носила демонстративно-шантажный характер.

В 12 наблюдениях (24,49%) астено-депрессивного синдрома суициденты сознательно выбирали самоубийство способом выхода из существующего конфликта (отказ от жизни и самонаказание), а в 8 (16,33%) – суицидальные действия служили способом активизировать помощь окружающих (призыв) либо выражали протест против сложившейся ситуации.

Открытых демонстративно-шантажных мотивов в данной подгруппе не обнаружилось. У подростков с истеро-депрессивной симптоматикой в большинстве случаев (68,75%) мотивация суицидального поведения определялась рентными установками, то есть имела демонстративно-шантажную природу, а у 5 (10,20%) суицидентов выражала протестную позицию в суицидогенном конфликте. Все госпитализированные с ведущим депрессивным синдромом совершили попытку самоубийства при совпадении цели и мотива (отказ от жизни), а у всех обследованных с депрессивно-тревожным симптомокомплексом мотивация заключалась в «протесте».

Способом совершения суицидальной попытки у 9 (18,37%) юношей и 13 (26,53%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 5 (10,20%) юношей и 5 девушек совершили самоповешение, 11 (22,45%) юношей и 2 (4,08%) девушки – самопорезы предплечий, 3 (6,12%) юноши совершили отравление газом и 1 (2,04%) – подкожное введение аммиака. Таким образом, заведомо летальные способы (самоповешение, тяжелые ранения, отравление токсическими дозами медикаментов) суициденты второй группы выбрали в 25 (51,02%) наблюдениях, достоверно отличаясь от обследованных первой группы ($p < 0,01$).

В состоянии алкогольного опьянения суицидальную попытку совершило 35 (71,43%) подростков, в то время как 14 (28,57%) в момент совершения самоубийства были трезвыми. В сравнении с первой группой, обследованные второй чаще находились в состоянии алкогольного опьянения во время совершения суицидальных действий, но без статистической достоверности ($p > 0,05$).

При определении степени серьезности суицидальной попытки в баллах установлено, что 25 (51,02%) госпитализированных получили от 14 до 22 баллов (средний балл – 18,09), что соответствует высокой степени серьезности

попытки. Практически такое же количество обследованных (24 – 48,98%) получило от 10 до 13 баллов (средний балл – 6,82), что соответствует низкой степени серьезности попытки. Таким образом, подростки-суициденты данной группы в сравнении с обследованными первой группы достоверно чаще ($p<0,05$) совершали суицидальные попытки высокой степени серьезности.

При изучении характера суицидогенного конфликта у подростков третьей клинической группы оказалось, что все обследованные совершили попытку суицида на фоне болезненных переживаний под непосредственным влиянием психотических расстройств, то есть реальный конфликт отсутствовал. У 4 (18,18%) подростков наблюдались дополнительные психогении, которые, однако, не играли ведущей роли в мотивообразовании суицидального поведения. Данные о распределении мотивации самоубийства в зависимости от синдромальной принадлежности пациентов третьей клинической группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Распределение суицидентов третьей группы по мотиву суицидальных действий и ведущему психопатологическому синдрому (N=22)

	Ведущий психопатологический синдром (абс. / в %)						Всего
	Депрессивно-параноидный		Депрессивный		Галлюцинаторно-параноидный	Параноидный	
	с сенестопатиями	без сенестопатий	с сенестопатиями	без сенестопатий			
«устранение»	<u>6</u> 27,27%	<u>2</u> 9,09%	<u>4</u> 18,18%	-	-	-	<u>12</u> 54,55%
самонаказание	-	<u>1</u> 4,55%	<u>1</u> 4,55%	-	-	-	<u>2</u> 9,09%
отказ от жизни	-	-	-	<u>1</u> 4,55%	-	-	<u>1</u> 4,55%
самопожертвование	-	-	-	<u>1</u> 4,55%	-	<u>1</u> 4,55%	<u>2</u> 9,09%
отсутствие мотивации	-	-	-	-	<u>5</u> 22,73%	-	<u>5</u> 22,73%
Всего	<u>6</u> 27,27%	<u>3</u> 13,64%	<u>5</u> 22,73%	<u>2</u> 9,09%	<u>5</u> 22,73%	<u>1</u> 4,55%	<u>22</u> 100,0%

Как следует из представленной таблицы 3, у 6 (27,27%) пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой и сенестопатическим компонентом стержневым мотивом совершения суицидальных действий было «устранение» («бегство»), направленное на избавление от болезненных сенестопатических страданий. Именно наличием этих нестерпимых ощущений больные объясняли совершенную попытку самоубийства, которое приобретало характер «анальгетического суицида». Бредовый компонент психопатологии в данном случае не имел ведущего иницирующего значения, однако служил

«логическим» обоснованием принятого решения. У 2 (9,09%) обследованных с депрессивно-параноидным синдромом ведущим мотивом совершения суицидальных действий также было «устранение», обусловленное, однако, стремлением избавиться от тяжести психического состояния, которое воспринималось как мучительное, усиливаясь бредовым компонентом в виде идей отношения. Мотивация самонаказания была ведущей у 1 (4,55%) обследованного подростка с депрессивно-параноидным синдромом, причем бредовый компонент (бред заражения венерическим заболеванием) также способствовал мотивообразованию.

У 5 (22,73%) пациентов с ведущим в клинике психического расстройства депрессивным синдромом основными мотивами саморазрушения были устранение и самонаказание (4 и 1 наблюдения соответственно). Мотивообразование самоубийства базировалось у них на основании депрессивной деперсонализации, конгруэнтных аффективному состоянию идей самообвинения и греховности с характерной для депрессии психалгией.

Сенестопатические ощущения, наблюдавшиеся у таких подростков, не имели решающего значения в принятии суицидального решения, уступая по субъективному значению другим расстройствам аффективного регистра. Наличие сенестопатий в данной подгруппе обследованных только в 3 (13,64%) случаях служило первотолчком к совершению суицидальной попытки путем «анальгетического» устранения, причем сенестопатии в данных случаях имели интенсивный мучительный характер.

Доминирующий мотив самопожертвования, обусловленный конгруэнтными депрессии бредовыми идеями вины перед родителями, наблюдался у 1 (4,55%) обследованного подростка. Также у 1 (4,55%) больного с депрессивным синдромом, сопровождавшемся анестетическим компонентом, мотивацией самоубийства оказался отказ от жизни, обусловленный утратой

эмоционального реагирования и ангедоническими проявлениями, субъективно воспринимавшимися пациентом, как «потеря смысла существования».

Пациенты с галлюцинаторно-параноидными расстройствами во всех случаях совершали суицидальные действия под доминирующим влиянием вербальных императивных псевдогаллюцинаций суицидального содержания. При анализе мотивообразования было установлено, что суицидальные действия у них совершались по типу самопроизвольной реализации, когда даже «псевдореальный» суицидогенный конфликт отсутствовал, и личностная структура больного не влияла на принятие им фатального решения. Наличие элементов психических автоматизмов (в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо) у 2 (9,09%) суицидентов способствовало тому, что пресуицидальный период у них был крайне короткий (почти молниеносный).

Ведущим мотивом совершения самоубийства у 1 (4,55%) подростка с параноидным синдромом было самопожертвование, обусловленное спецификой бредовых идей воздействия и преследования, на почве которых сформировался «псевдореальный» конфликт.

Таким образом, доминирующими мотивациями совершения суицидальных действий у обследованных третьей группы оказались «устранение» («бегство») и амотивационное суицидальное поведение (77,27%) ($p < 0,01$) как формы личностного реагирования в «псевдореальном» конфликте, обусловленном психотическими симптомами. У суицидентов третьей клинической группы по сравнению с первой и второй статистически значимо преобладали потенциально летальные мотивы совершения суицидальных действий ($p < 0,01$).

Самоповешение в качестве способа совершения самоубийства выбрали 8 (36,36%) юношей и 2 (9,09%) девушки, ранения острыми предметами совершили 4 (18,18%) девушки, отравление медикаментозными препаратами –

4 (18,18%) девушки, падение с высоты – 3 (13,64%) девушки, применение электрического тока наблюдалось у 1 (4,55%) суицидентки. Следует отметить, что в большинстве случаев – 15 (68,18%) – суициденты третьей группы выбирали ожидаемо летальные способы суицидальных действий (самоповешение, падение с высоты, тяжелые ранения, электротравма), достоверно отличаясь по этому показателю от суицидентов первой ($p < 0,01$) и недостоверно от суицидентов второй ($p > 0,05$).

Суицидальную попытку только 3 (13,64%) пациента данной группы совершили в состоянии алкогольного опьянения, тогда как большинство госпитализированных (86,36%) совершали суицидальные действия в трезвом состоянии.

При определении степени серьезности суицидальной попытки установлено, что 19 (86,36%) обследованных третьей группы получили от 14 до 22 баллов (средний балл – 17,44), что соответствует высокой степени серьезности попытки. 3 (13,64%) подростка получили от 10 до 13 баллов (средний балл – 11,42), что соответствует низкой степени серьезности попытки. Таким образом, суициденты третьей группы достоверно чаще ($p < 0,01$) совершали попытки самоубийства высокой степени серьезности, по сравнению с подростками первой и второй клинических групп.

Заключение. Изучение характера, мотивации и способа совершения суицидальных действий показало, что основной причиной суицидогенного конфликта у подростков в первой (F 43) и второй (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу) группах были нарушения внутрисемейной коммуникации, причем злоупотребление ПАВ служило основой семейного конфликта среди подростков второй группы. У суицидентов с психотическими нарушениями (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F 31.5, F 32.3) психогенный фактор не имел решающего значения в

формировании и реализации суицидального поведения. Основной причиной суицидогенного конфликта у них были психопатологические расстройства, послужившие почвой для развития «псевдореального» конфликтного состояния. Доминирующие мотивы «устранения» («бегства») и отказа от жизни среди суицидентов этой группы объясняли суицидальный акт как способ поведения в «псевдореальном» суицидальном конфликте, в то время как основной мотивацией подростков с пограничными расстройствами было воздействие на социальное окружение. Наличие в клинической картине психического расстройства болезненных сенестопатий является важным фактором риска совершения суицидальной попытки, серьезность которой значительно возрастает в случае их первичного характера с последующим развитием катестетического депрессивно-бредового симптомокомплекса.

Заведомо летальные способы совершения попытки самоубийства суициденты третьей группы выбирали достоверно чаще, однако подобная ситуация имела место и во второй группе, где практически половина (51,02%) обследованных также совершила заведомо летальные попытки. По всей видимости, это свидетельствует о серьезной роли зависимости от ПАВ в совершении истинных самоубийств среди подростков.

Проведенное изучение характера суицидогенного конфликта, мотивации и способа совершения суицидальных действий обнаружило существенные отличия между подростками-суицидентами разных клинических групп, что подтверждает необходимость дифференцированного подхода в процессе разработки схем ранней диагностики, коррекции и профилактики суицидального поведения.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. - М., 1980. - 48с.

2. Глоссарий суицидологических терминов: Метод. пособие. - Киев, 1998. - 54с.
3. Горюнов А.В. Клинические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - Т. 102, № 11. - С. 25-28.
4. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т. 9, № 2. - С. 75-90.
5. Липанов Р.Г. К вопросу о психическом состоянии суицидентов / Таврический журнал психиатрии. – Симферополь, 2000. – v.4. - № 2(13). – С. 62-70.
6. Суицидология. Теория и практика / Под ред. А.М. Морозова, А.П. Чуприкова. - Киев: КИВД, 1998. - 187 с.
7. Чуприкова Е.Г., Древицкая О.О., Чуприков А.П. Депрессии и суициды у детей и подростков // Таврический журнал психиатрии. - 2000. - V.4, №2 (13). - С. 49-51.
8. Шипицина Л.М., Иванов Е.С., Стеценко Н.В. Мотивы суицидального поведения у подростков // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 5. - С. 40-44.
9. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: Пер. с англ. - М.: Смысл, 2001. - 315с.
10. Beautrais A.L. Gender issues in youth suicidal behavior // Emerg. Med. (Fremantle). - 2002. - V. 14(1). - P. 35-42.
11. Bell C.C., Clark D.C. Adolescent suicide // Pediatric Clin. North Am. - 1998. - V. 45, N. 2. - P. 365-380.
12. Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 2003. - N. 42. - P. 386-405.

13. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998 // British Journal of Psychiatry. - 2001. - N. 178. - P. 469-474.
14. Rubenstein J.L., Halton A., Kasten L. et al. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts // Am. J. Orthopsychiatry. - 1998. - V. 68, N. 2. - P. 274-284.