

© Бебчук М.А., Салихова А.Р., 2008

М.А. Бебчук, А.Р. Салихова

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Российский государственный медицинский университет, Москва

Суицидальным поведением (СП) называется широкий спектр проявлений, связанных с уходом из жизни: от мыслей о самоубийстве, соответствующих высказываний,

угроз или намерений до попыток покончить с собой. В России, которая лидирует среди стран СНГ по уровню завершённых подростковых суицидов, ежегодно около 3 тыс

Таблица 1

Формы суицидальных проявлений в зависимости от пола ребенка

Формы суицидальных проявлений	Мальчики	Девочки	Всего
Отравления	1	4	5
Порезы	0	1	1
Повешения	1	0	1
Вскрытия вен	5	0	5
Удушения	1	0	1
Падения с высоты	7	0	7
Суицидальные высказывания	31	21	52
Угрозы суицидального высказывания	4	31	35
Итого	50	57	107

детей и подростков кончают жизнь самоубийством [1]. Это третья по частоте причина подростковой смертности [2]. Следует также отметить, что каждый 4-й суицид в детском и подростковом возрасте является завершённым [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение роли семьи в формировании, динамике и закреплении СП у детей и подростков для совершенствования методов терапии и профилактики.

Были проконсультированы все дети, поступившие в 2006 г. в Детскую психиатрическую больницу №6 г. Москвы по поводу различных суицидальных проявлений. Детская психиатрическая больница №6 является единственным учреждением в городе, которое оказывает специализированную психиатрическую помощь детям и подросткам 3–15 лет. Следовательно, в наше поле зрения попали за указанный календарный год все дети, нуждающиеся в профильной стационарной помощи.

Общее количество детей с феноменом СП составило 107 (57 девочек и 50 мальчиков). Дети были госпитализированы со следующими формами суицидальных проявлений: 5 детей по поводу отравления, один ребенок — с порезами, один — после повешения, 5 — после вскрытия вен, один — с попыткой удушения, 7 — после падения с высоты. 52 ребенка имели суицидальные высказывания и 35 — высказывали угрозы суицидального характера.

Таблица 2

Частота встречаемости суицидальных проявлений в зависимости от возраста и пола ребенка

Возраст, годы	Мальчики	Девочки	Всего
8–10	1	2	3
11–13	13	7	20
14–16	32	47	79
17–18	4	1	5
Итого	50	57	107

При сопоставлении пола пациента и формы СП, выявлено, что для девочек наиболее характерны угрозы, в гораздо меньшей степени — высказывания и суицидальные попытки. Для мальчиков наиболее характерны суицидальные попытки, при этом число больных с многократными попытками суицида в 2 раза больше, чем с однократной (табл. 1).

Пик суицидальных проявлений у девочек приходился на 16, а у мальчиков — на 15 лет, т.е. совпадал с периодом созревания и сепарации от родителей (табл. 2).

Одним из самых важных факторов суицидального риска у детей и подростков является диагностируемое психическое заболевание.

Так, диагноз «органическое поражение головного мозга» был выставлен 30%, умственная отсталость — 11%, невротическая депрессивная реакция — 7% и патологическое формирование характера — 52% пациентов. Среди больных с патологическим формированием характера у 51% отмечались демонстративные черты, у 27% — возбудимые, у 22% — неустойчивые.

При сопоставлении диагноза и формы суицидального поведения, выявлено, что суицидальные угрозы характерны для пациентов с органическим поражением головного мозга, а неоднократные попытки самоубийства — для больных с патохарактерологическими чертами возбудимого типа.

По уровню интеллектуального развития распределение в исследуемой выборке оказалось следующим: 67% пациентов с нормальным интеллектуальным развитием, у 22% наблюдался пограничный интеллектуальный уровень, у 11% была выявлена умственная отсталость.

Следует отметить, что 60 детей (57%) воспитывались в полных семьях, 16 (15%) — в неполных, 28 детей (35%) — в смешанных семьях и 3 (3%) — в детском доме.

Анализ механизмов формирования и типов СП позволил выявить 8 вариантов (табл. 4).

Установлена взаимосвязь между структурой семьи, внутрисемейными коммуникациями, семейными мифами и правилами, с одной стороны, и типом СП, с другой.

Демонстративно-шантажный суицид отмечался в 44 случаях (41%). В 36 случаях (33%) суицидальный «ультиматум» был адресован родителям. В остальных случаях дети (подростки) демонстрировали СП и пугали им своих друзей или членов своей подростковой группы.

Суицид в форме протестной реакции зарегистрирован в 20 случаях (18%). СП в этих случаях используется

Таблица 3

Частота встречаемости суицидальных проявлений в зависимости от типа семьи и пола ребенка

Тип семьи	Мальчики	Девочки	Всего
Полная семья	26	34	60
Неполная семья	9	7	16
Смешанная семья	14	14	28
Воспитание в детском доме	1	2	3
Итого	50	57	107

Таблица 4

**Механизмы формирования и типы СП
в зависимости от пола ребенка**

Типы СП	Мальчики	Девочки	Всего
Демонстративно-шантажный суицид	14	30	44
Форма протестной реакции	12	8	20
Способ «наказания» родителей	11	5	16
Способ решения семейных конфликтов	2	6	8
Истинное СП	5	1	6
Попытка уменьшить бремя высокой ответственности	1	4	5
Попытка справиться с непереносимостью разлуки	3	1	4
Подражание или поведение по «родительскому образцу»	2	2	4
Итого	50	57	107

в качестве способа «донести» свое несогласие до окружающих (в 13 наблюдениях (12%) — до родителей).

Суицид ребенка как способ «наказать» родителей имел место в 16 наблюдениях (15%). Эти дети часто говорили о том, что именно после самоубийства родители пожалуют о недостатке внимания, любви и заботы, который был в семье. В 2 наблюдениях из 16 высказывания и действия ребенка носили бредоподобный характер.

СП как способ решения семейных конфликтов отмечался у 8 детей и подростков (7%). Так, например, один ребенок говорил: «Когда я умру, папа с мамой пойдут ко мне на могилку и там помирятся».

Истинное СП зарегистрировано в 6 наблюдениях (6%): дети имели отчетливое желание уйти из жизни.

Время повышенной ответственности как причина СП имело место в 5 наблюдениях (5%). Формирование СП в этих случаях возникает в связи со сложными проблемами в семье, за которые ребенку кажется, что он отвечает, но которые ему не по силам решить. СП предшествует депрессивный эпизод с нарастающим переживанием отчаянья. У всех 5 детей родители (один или оба) злоупотребляли алкоголем.

Суицид вследствие непереносимости разлуки отмечался в 4 случаях (4%). Этот вариант наблюдался при симбиотических отношениях между матерью и ребенком.

Суицид как результат желания быть похожим на своих родителей зарегистрирован в 4 наблюдениях (4%). Ребенок своим поведением «копирует» депрессию и повторяет «по образцу» склонность к самоубийству одного из родителей.

Обращает на себя внимание, что в 84 случаях (80%) наблюдается связь между формированием СП у детей и семейной ситуацией.

Таким образом, среди социально-психологических факторов самоубийства у детей и подростков ведущее место занимает семейная дезорганизация. К семейной дезорганизации относят отсутствие отца в раннем детстве, недостаточность материнской привязанности к ребенку, отсутствие родительского авторитета и, наоборот, чрезмерное внимание родителей к собственному авторитету, телесные наказания. К влияющим на СП детей могут быть отнесены следующие события: развод родителей, параллельные отношения, повторные браки, конфликты между родителями, болезнь и смерть родственников. В нашей группе детей смерть одного из родителей наблюдалась у 8% пациентов.

Важным фактором формирования СП можно считать наличие в семье лиц с асоциальными формами поведения. Так, алкогольная зависимость одного или обоих родителей установлена у 44% детей с СП. Также может иметь значение наследственный фактор: у 16% больных имеется отягощенная наследственность по психическим заболеваниям.

Наше исследование показало, что существует СП, которое связано напрямую с психотравмирующей ситуацией в семье и является реакцией на обострение данной ситуации. В ряде наблюдений СП было не связано с актуальной семейной ситуацией, а являлось типичной повторяющейся («наследственной») формой реакции членов данной семьи на трудную жизненную ситуацию. Кроме того, под наблюдением были случаи, в которых возникновение СП напрямую не было связано с семьей (а было связано, например, с подростковой группой), но приводило к дисфункциональной реакции семейной системы на симптоматическое поведение ребенка, что, в свою очередь, закрепляло это поведение в виде повторных суицидальных попыток.

Кроме того, следует отметить, что в 52 случаях (49%) СП по анамнезу предшествовали уходы из дома. С психологической точки зрения СП ребенка в этих случаях можно было бы «прочитать» как символическое «послание» (или как «крик души») родителям: «Если вы не отреагировали на мой уход из дома, то может быть заметите мой уход из жизни!»

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о ведущей роли семьи в формировании СП у детей и подростков и, следовательно, о необходимости включения семейной психотерапии (семейного психологического консультирования) в комплекс мероприятий по профилактике и лечению СП у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игумнов С.А. Приоритетные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков. III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань, 2006: 2–4.
2. Письмо Минобразования России от 26.01.2000 № 22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди подростков».
3. Косенко В.Г., Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш. Проблемы суицидального поведения детей и подростков. III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань, 2006: 342–343.