Проблема детских и подростковых суицидов - государственная проблема России

Ворсина Ольга Петровна

Главный психиатр Министерства здравоохранения Иркутской области

г. Иркутск, 27 апреля 2017 г.

Рейтинг стран с высокими (>20 человек на 100 тыс. населения) уровнями суицидов (ВОЗ, 2012)

1. Литва (2010) 29,4 (муж. 52,9, жен. 4,0)

...

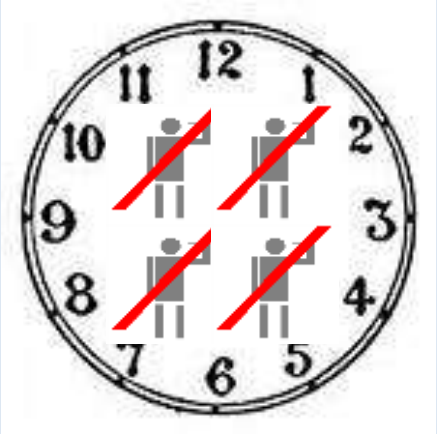
5. Япония (2007) 24,4 (муж. 35,8, жен. 13,7)

...

10. Россия (2012) 21,8 (38,7 муж., жен. 7,3)

Разброс региональных показателей 0 (?) - >200

Каждый 50-й умерший россиянин уходит из жизни добровольно:
по 4 человека за час



Количество самоубийц в РФ больше вдвое, чем жертв ДТП и убитых.

Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью в стране был бы меньше на 15%.

Уровни суицидов в Федеральных округах

на 100 тысяч населения

ФО	На 100 тысяч населения (2011 год)
Сибирский	35,7
Дальневосточный	31,9
Приволжский	27,8
Уральский	27,5
Северо-Западный	19,6
Южный	15,1
Центральный	13,7
Москва	5,2*
Северо-Кавказский	5,7

Уровни суицидов в РФ (2011)

Мужчины 38,7 на 100 тысяч населения
(82% всех суицидентов при 46% представленности в населении)

Женщины 7,3 на 100 тысяч населения

Лица трудоспособного возраста:
77% всех суицидентов
при доле в населении 61%

Средний возраст
самоубийцы-мужчины 42 г.,
женщины – 44 года

- **Три возраста суицидального риска**

- **Юношеский (15-24 года) – «призыв о помощи»**
- **Средний (45-50 лет) – «Караул, устал»**
- **Пожилой (70 лет и старше) – мольба:**

« Легкой жизни я просил у Бога,/ Легкой смерти надо бы просить…» (И.Тхоржевский)

По данным ВОЗ (2010) в группу стран с наибольшими показателями завершенных суицидов в подростковом возрасте входят

Литва 23,9

Казахстан 21,0

o

Россия 19,8

Беларусь 14,0

на 100 тысяч населения соответственно

Суицидальную ситуацию в России в настоящее время можно квалифицировать как неблагополучную.

Частота детских суицидов – 2,6 на 100 тыс. населения (2011) (в 2,6 раза выше среднемирового уровня).

Частота подростковых суицидов в нашей стране составила 16,3 на 100 тыс. населения (2011) (в 2,3 раза выше среднемирового уровня):

- ✓ **сельские - 33,6 на 100 тыс. населения,**
- ✓ **городские - 9,9 на 100 тыс. населения.**

Лидерами по числу суицидов среди детей и подростков в России являются (5 лет назад)

Регион РФ	Случаев на 100 тысяч детского населения	Случаев на 100 тысяч подросткового населения
Тува	15,6	120,6
Якутия	13,4	74,2
Бурятия	12,6	86,6

что превышает общероссийский уровень среди детей в 4-4,5 раза, среди подростков – в 4-6 раз.

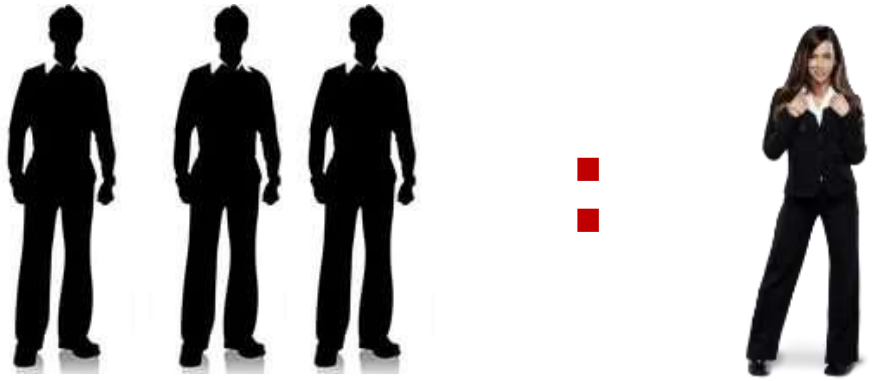
Суициды подростков в регионах страны

Регион РФ	Случаев на 100 тысяч подросткового населения
Забайкальский край	81,7
Бурятия	70,9
Тыва	70,2
Якутия	60,0
Дагестан	3,4

Гендерные особенности подростковых суицидов

В разных странах соотношение суицидов среди подростков **мужского** и **женского** пола составляет от **2:1 до 8:1**.

В России эта пропорция составила в 2011г. **3 : 1** **(24,1 и 8,1 на 100 тыс. населения).**



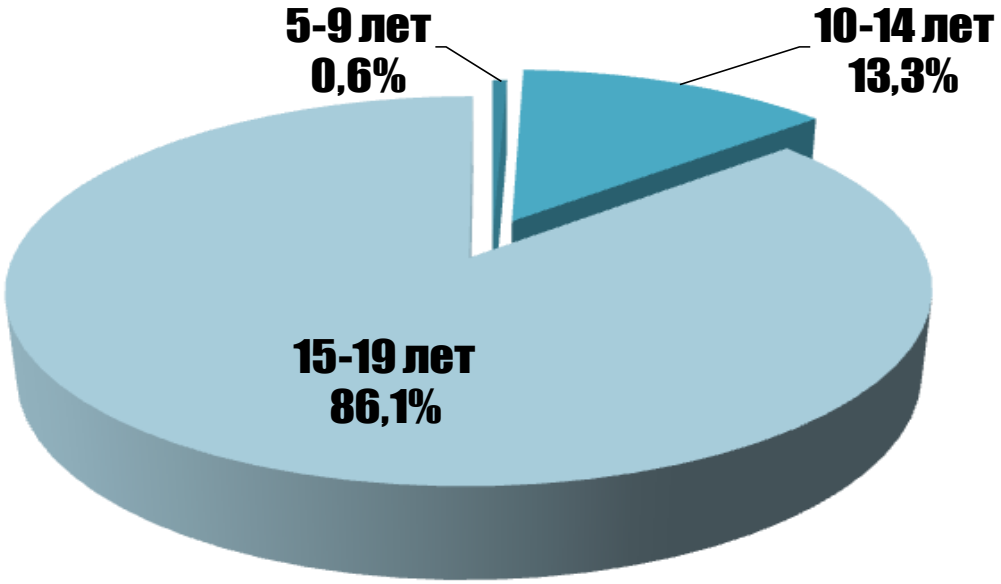
За 1991-2015 гг. на территории Иркутской области зарегистрировано 2379 случаев самоубийств детей и подростков, в том числе

1909 (80,2%) суицидов совершены лицами мужского пола,

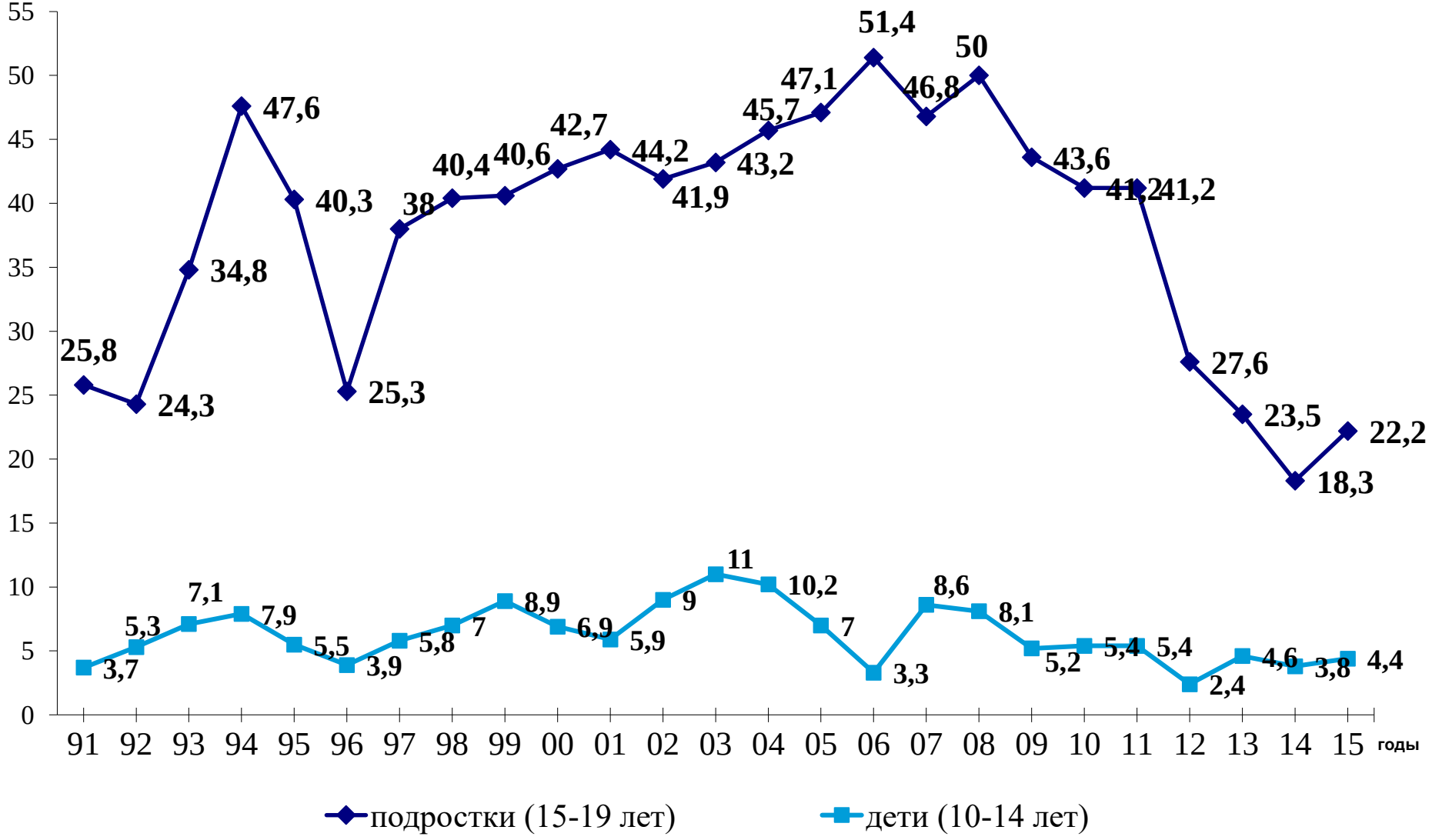
470 (19,8%) – женского пола.

За анализируемый период (1991-2015 гг.) на территории Иркутской области закончили жизнь самоубийством дети в возрасте 5-9 лет - 13 (0,6%), в 10-14 летнем возрасте – 317 детей (13,3%).

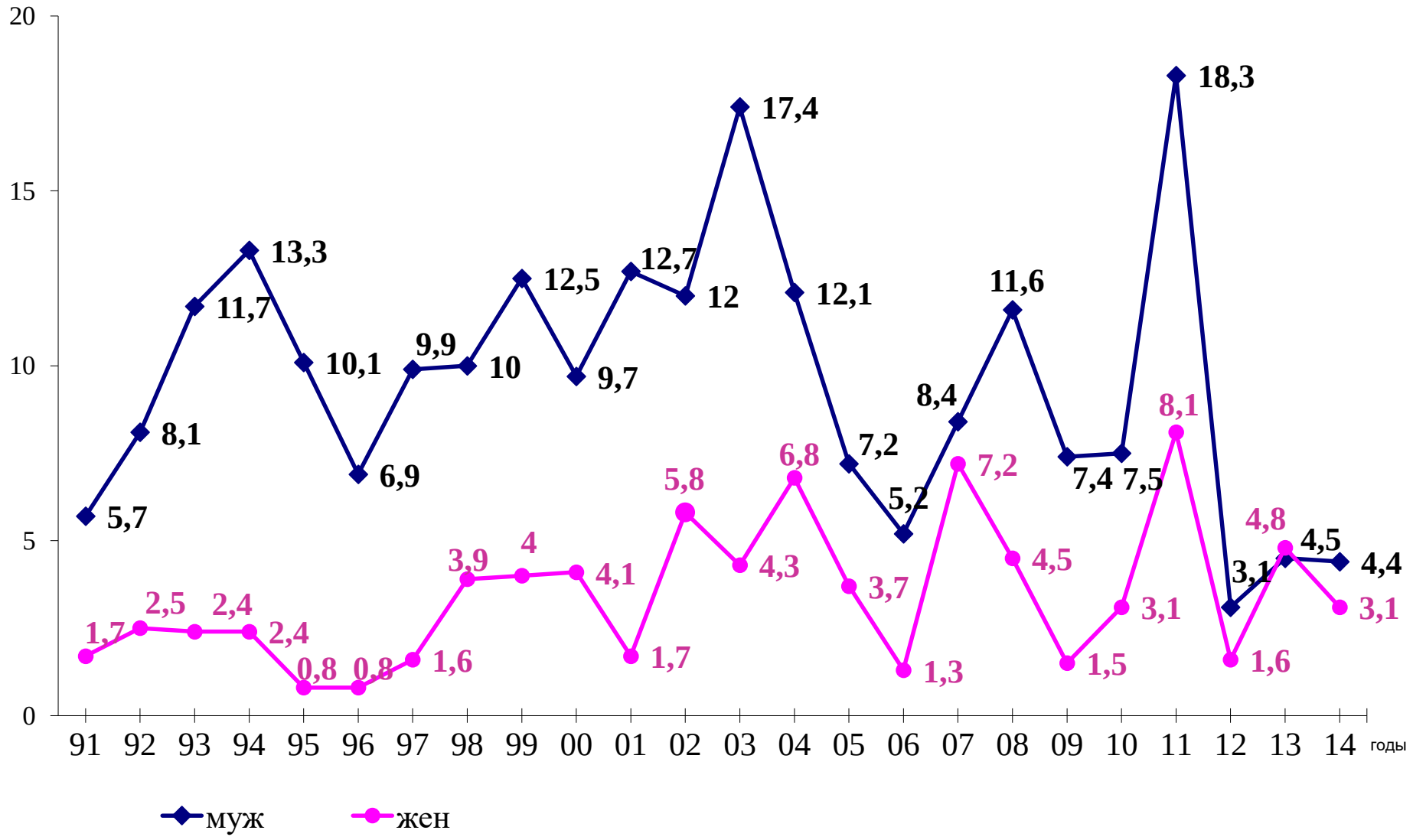
Число подростков 15-19 лет, совершивших самоубийство, значительно превышало аналогичные показатели у детей и составило 2049 человек (86,1%).



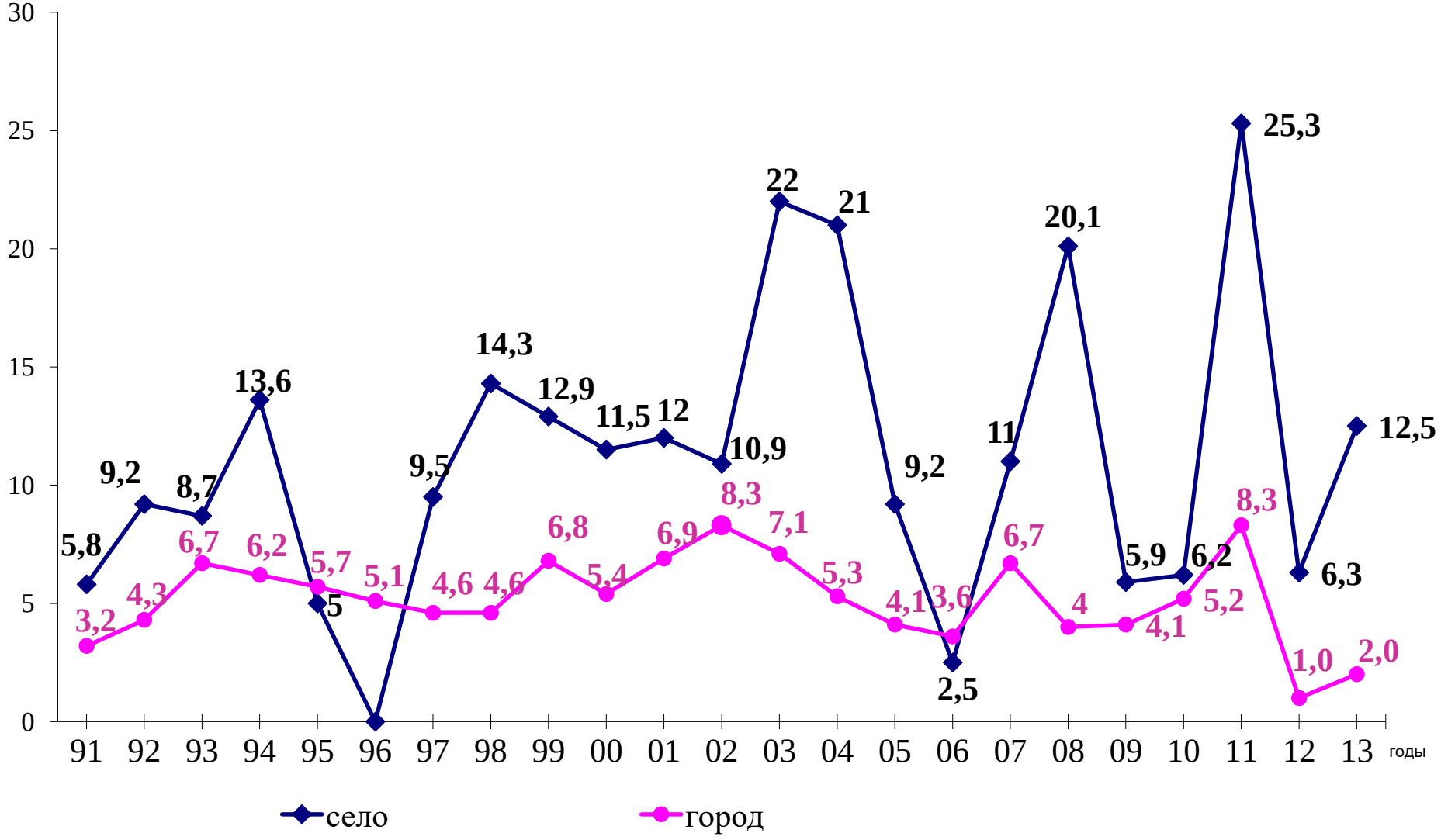
Динамика частоты законченных суицидов детей и подростков Иркутской области (на 100 тысяч населения)



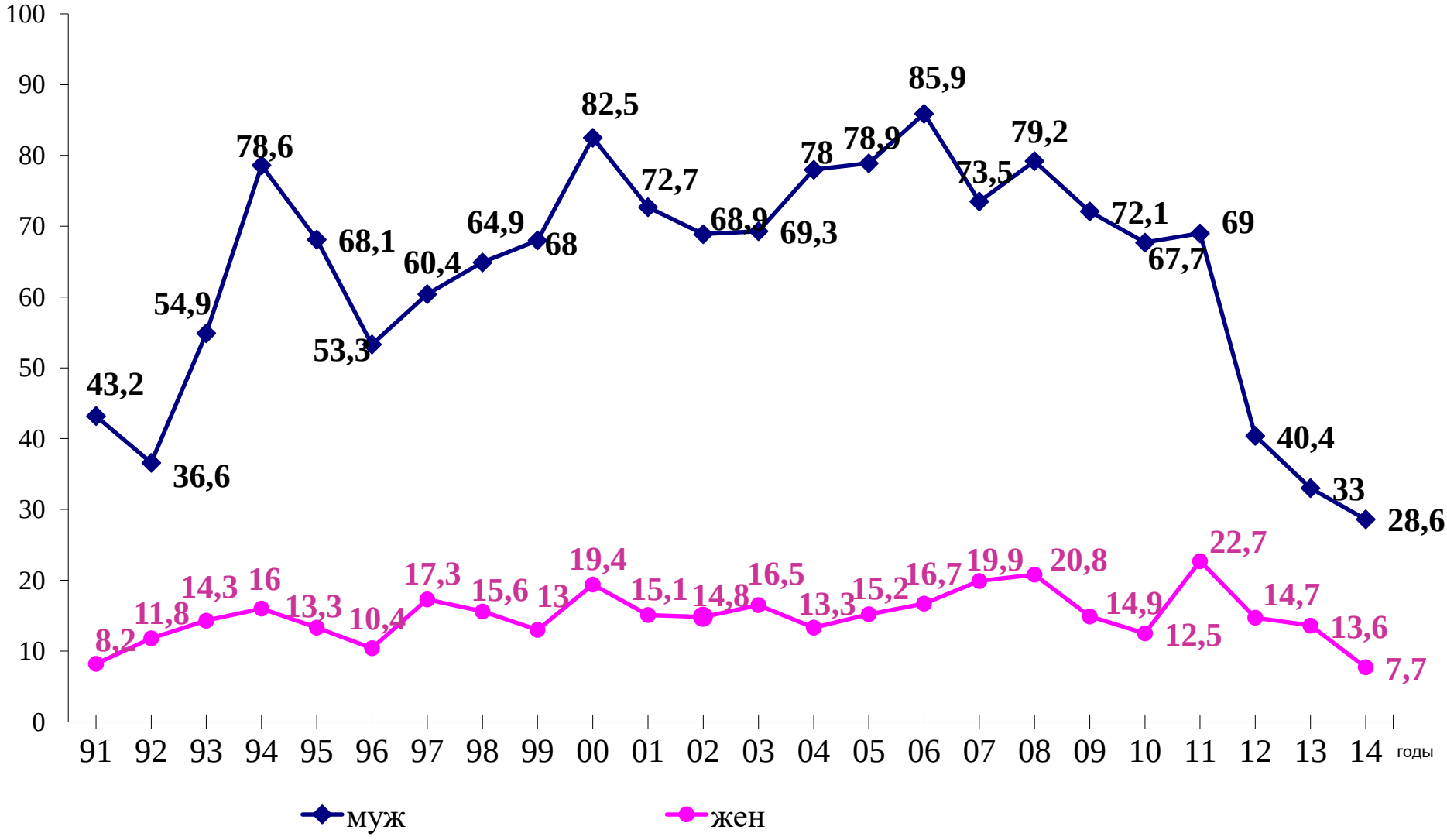
Динамика законченных суицидов детей Иркутской области в зависимости от пола (на 100 тысяч населения)



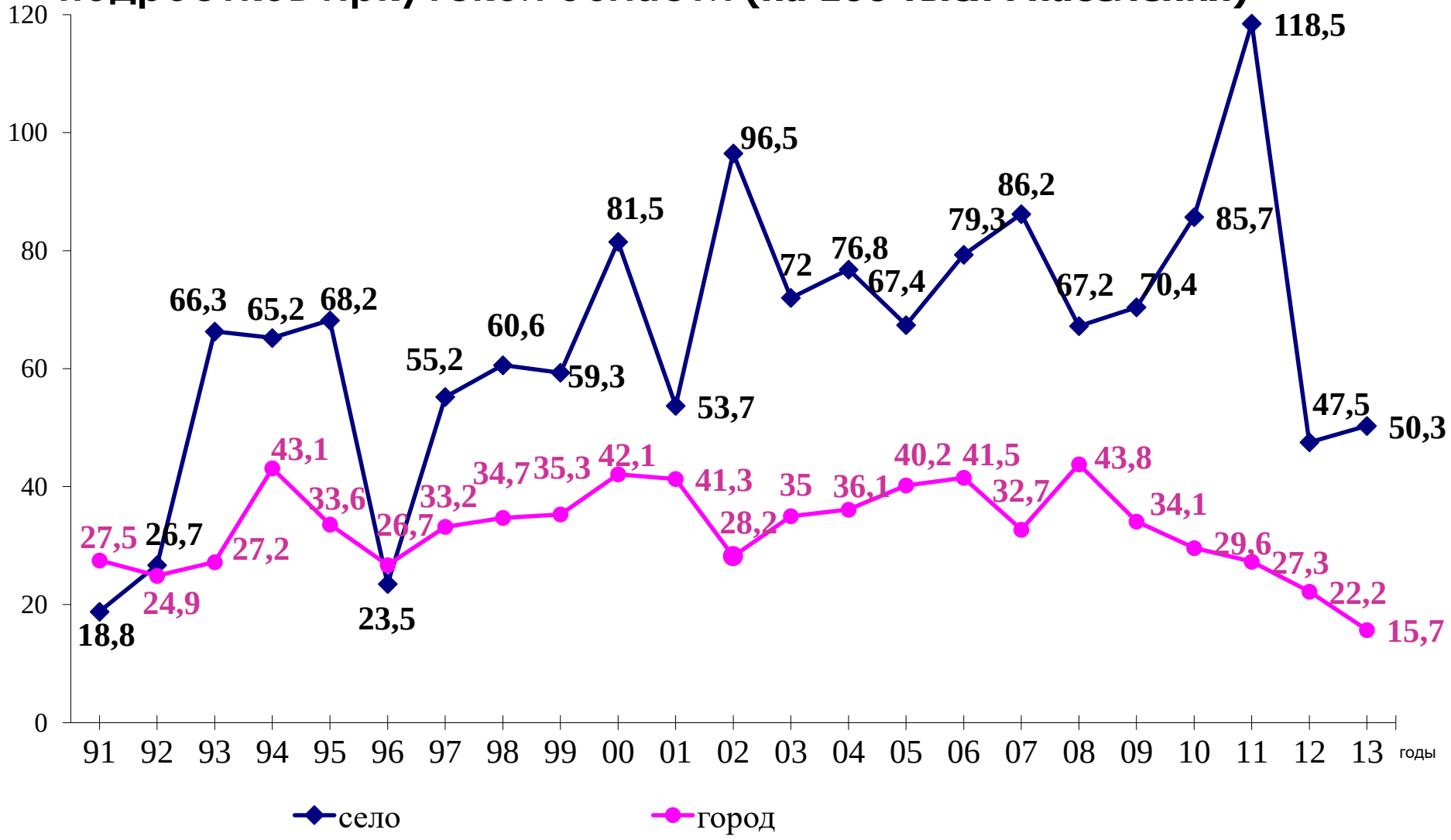
Распространенность городских и сельских суицидов детей Иркутской области (на 100 тысяч населения)



Динамика законченных суицидов подростков Иркутской области в зависимости от пола (на 100 тысяч населения)



Распространенность городских и сельских суицидов подростков Иркутской области (на 100 тысяч населения)



Суицидологическая ситуация в Иркутской области

Динамика детских суицидов в зависимости от пола за анализируемый период была различной: количество суицидов мальчиков уменьшилось в 1,3 раза, а девочек – увеличилось в 1,8 раза.

Анализ детских суицидов в городской и сельской местности показал превалирование числа сельских самоубийств, причем динамика сельских детских суицидов крайне неблагоприятная: увеличение в 2,2 раза.

Динамика подростковых суицидов в городской и сельской местности была различной: за анализируемый период число городских суицидов уменьшилось в 1,8 раза, а сельских увеличилось в 2,7 раза.

Завершенные суициды несовершеннолетних в 2015 году

по 1 суициду

- г.Братск, г.Черемхово, Куйтунский, Братский, Качугский, Тулунский, Усольский, Эхирит-Булагатский, Осинский, Нукутский, Ольхонский районы

по 2 суицида

- Нижнеудинский, Боханский, Черемховский районы

по 3 суицида

- г.Иркутск, Тайшетский район

Распространенность суицидальных попыток среди детей 10-14 лет Иркутской области за 2011-2014 гг.

Пол	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		Среднее значение за 4 года	
	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.
мужской	5	7,6	9	13,7	12	18,0	5	7,4	31	11,6
женский	27	43,6	36	58,2	29	46,2	22	34,4	114	45,1
оба пола	32	25,1	45	35,5	41	31,7	27	20,5	145	27,9

Распространенность суицидальных попыток среди подростков 15-17 лет Иркутской области за 2011-2014гг.

Пол	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		Среднее значение за 4 года	
	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.	абс.	на 100 тыс. насел.
мужской	24	57,9	28	70,3	28	71,0	24	60,9	80	64,4
женский	112	276,1	83	215,7	77	204,0	70	185,5	230	221,3
оба пола	136	164,3	111	140,7	105	136,1	94	121,8	310	141,1

- О серьезности суицидальных намерений при суицидальных попытках детей и подростков Иркутской области говорят результаты вызов бригад ГГССМП

- В большинстве случаев требовалась токсикологическая помощь (33,0- 41,0 %) и госпитализация детей и подростков в соматические стационары (16,5 -21,1%).
- Для четверти детей и подростков помощь, оказанная силами бригад ГССМП по месту вызова, оказалась достаточной и не влекла за собой госпитализацию в лечебные учреждения.

Проведенное исследование позволило выявить следующие особенности суицидального поведения детей и подростков г.Иркутска:

подавляющее число в детско-подростковой выборке г.Иркутска, совершивших суицидальные попытки, составляли подростки 15-17 лет;

преобладание среди лиц, совершивших суицидальные попытки, дезадаптированных в учебно-трудовой сфере;

преобладание среди парасуицидентов лиц женского пола в соотношении до 1:3,7 среди детей и 1:2,1 среди подростков;

до 2/3 суицидентов прибегли к такому способу покушения на самоубийство как отравление медикаментозными препаратами, 1/3 суицидентов – к самопорезам;

девочки и девушки в 72-78% случаев из всех способов выбирали отравление медикаментами; мальчики и юноши чаще прибегали к самопорезам (51,4-61,5%);

Проведенное исследование позволило выявить следующие особенности суицидального поведения детей и подростков г.Иркутска:

наиболее суицидогенными для детей и подростков являлись конфликты в семье, в сфере личных отношений;

большинство суицидентов ранее не попадали в поле зрения психиатров;

алкогольное опьянение встречалось у 1/3 лиц, совершивших суицидальную попытку;

сезонное распределение частоты покушений на самоубийство показало, что наибольшее число парасуицидов было предпринято весной, осенью и зимой, реже – летом;

большинство суицидентов совершали суицидальные попытки во второй половине дня и вечернее время;

Макросоциальные факторы суицидального поведения

- Доступность средств сведения счетов с жизнью (ружей, отравляющих веществ и пр.);
- Широкое обсуждение в средствах массовой информации случаев суицида, что может приводить к «нормализации» такого способа решения проблем;
- Доступность информации о способах самоубийства, что в современном мире становится особенно большой проблемой в связи с появлением Интернета;
- Социально-экономические кризисы и другие социальные стрессы, увеличивающие число семей с тяжелым материальным положением и безработицу;

Макросоциальные факторы суицидального поведения

- Уровень потребления алкоголя и наркотиков в обществе и их доступность;
- Система ценностей, доминирующих в обществе, например, культ успеха и пропаганда нереалистичных стандартов счастья и успеха;
- Для такой большой страны как Россия следует подчеркнуть высокую вариативность показателей суицидов в зависимости от региона, что также требует специальных исследований.

Макросоциальные факторы суицидального поведения

В России к важным макросоциальным факторам относятся *процессы социального расслоения общества*, которые создают специфические факторы риска у детей из разных социальных групп.

Существует 2 противоположные тенденции:

а) рост социально неблагополучных семей и числа родителей, лишенных родительских прав, дети в таких семьях находятся в состоянии эмоциональной и школьной дезадаптации;

б) отмечается неуклонный рост числа гимназий и гимназических классов, где имеются повышенные нагрузки, культивируется особая атмосфера конкуренции и критической важности достижений успеха.

Макросоциальные факторы суицидального поведения

Обе тенденции приводят к росту числа детей с выраженной эмоциональной дезадаптацией и повышенным суицидальным риском, однако механизм этих состояний и необходимые меры по их профилактики и коррекции различны.

Масштабное популяционное исследование в различных учебных заведениях г.Москвы на основе Опросника детской депрессии М.Ковак (CDI), который используют для выявления групп риска среди детей и подростков:

Группа высокого риска с выраженными симптомами депрессии оказалась самой большой среди гимназистов (более 20%),

на 2 месте – дети из детских домов (около 20%),

группа риска среди детей из общеобразовательных школ составила около 10%.

Потребление ПАВ и молодежь

Возраст начала употребления ПАВ у современного российского подростка составляет 9-12 лет.

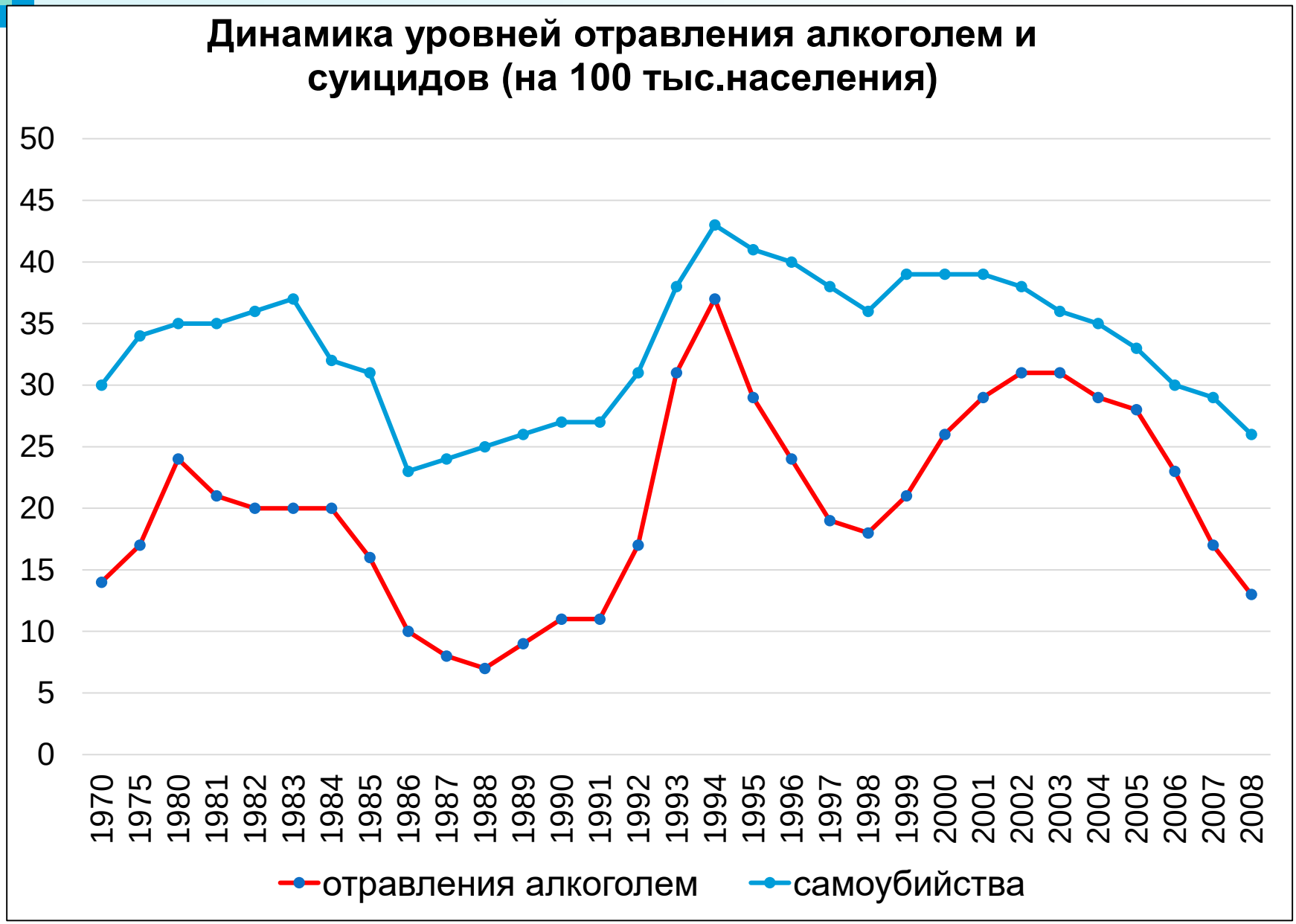
- Алкоголь употребляют в:
- Мегаполисах -73%
- Городах -81%
- На селе – 91% подростков

Массово начинают употреблять :

- пиво в 12 лет,
- вино в 15 лет,
- водку в 16 л

Число подростков, употребляющих наркотики, в последние годы практически сравнялось с числом подростков, злоупотребляющих алкоголем.

Среди зависимых от героина число суицидов в 14 раз выше, чем в популяции.


Динамика уровней отравления алкоголем и суицидов (на 100 тыс.населения)
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1970
1975
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
отравления алкоголем
самоубийства

Семейные факторы

Факторы суицидального поведения у подростков:

- * Утрата близких
- * Тяжелое материальное положение семьи
- * Физическое насилие и жестокое обращение в семье (особенно резко увеличивает вероятность суицида, поэтому дети из неблагополучных семей представляют собой важную группу риска по суицидальному поведению).

Семейные факторы

Особую группу составляют подростки с девиантным асоциальным поведением. Тяжелое эмоциональное состояние у них нередко замаскировано защитными механизмами и проявляются в виде высокого уровня агрессии, что делает их крайне трудными в контакте со сверстниками и педагогами.

Ведущим фактором уровня агрессии выступает страх отвержения и различные аспекты неблагополучия в их школьной и семейной ситуации. Особо важную роль в уровне агрессии играет жестокое обращение и враждебность со стороны родителей, т.е. агрессия взрослых рождает агрессию подростков.

Характеристики социального неблагополучия семьи	Семьи подростков из спецшкол для детей с девиантным поведением
Неполная семья	69,2%
Многодетная семья	7,7%
Безработные родители или малообеспеченная семья	76,9%
Низкий образовательный уровень родителей	40,4%
Наличие психических расстройств или физических заболеваний (инвалидность) у членов семьи	7,7%
Алкоголизация членов семьи	78,8%
Жестокое обращение с ребенком	28,8%
Высокая частота конфликтов в семье	92,3%
Родительская беспомощность	75%
Выраженная эмоциональная депривация	30,8%
Непоследовательность родительского воспитания	36,5%

Версии снижения уровня подростковых суицидов, получивших определенную поддержку

Более жесткие ограничения доступности оружия

Усиление психообразовательной работы по дестигматизации депрессии, сопровождавшейся интенсивным маркетингом антидепрессантов

Совершенствование качества неотложной медицинской помощи

Существенное увеличение частоты назначения антидепрессантов в подростковом возрасте

Факторы риска суицидального поведения детей и подростков

- ✓ Девиантное поведение
- ✓ Раннее начало (до 13 лет) начало половой жизни и употребления алкоголя
- ✓ Применение наркотиков, особенно инъекционных
- ✓ Курение
- ✓ Склонность к насилию
- ✓ Виктимизация
- ✓ Наличие соматической патологии
- ✓ Школьные проблемы
- ✓ Для подростков мужского пола – доступность оружия и влечение к лицу своего пола
- ✓ Нарушения психического здоровья (депрессии, злоупотребление ПАВ, расстройства личности)

Межведомственный, междисциплинарный характер проблемы суицидов

Из письма министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2012г. № 15-2/10/1 – 190, адресованного Администрации президента Российской Федерации: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна. Основные мероприятия должны проводится Минобрнауки России совместно с Минкультуры России, Минспорта России, Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. Министерство здравоохранения российской Федерации готово выступить в качестве координатора и соисполнителя по данной проблеме».

Изучено 28 несовершеннолетних, совершивших завершенные суициды в Иркутской области за 2011-2015гг.

Мальчики -53, 6%

Девочки – 46,4%

64,3% -село

35,7%- город

Возраст

5-9 лет – 3,6%

10- 14 лет – 57,1%

15-17 лет – 39,%

Учащиеся школ -92,9%

(19,2% - вспом.школа)

учащиеся техникумов -7,1%

Семья подростков, совершивших завершенные суициды

Жили в семье -78,5%

Приемная семья – 14,3%

Детские дома, приюты – 7,2%

57,1% подростков жили в полных семьях

14,3% воспитывались только мамами

по 4,6% - папой и бабушкой

Малообеспеченная семья либо безработные родители – 63,6%

Семья подростков, совершивших завершенные суициды

Половина семей были многодетными

У четверти подростков не было нормальных условий проживания (отсутствовало свое спальное место, семья жила в вагончике, часто отключалось электричество за неуплату).

В половине семей злоупотребляли алкоголем один либо оба родителя, в 81,8% таких семей злоупотребляли матери семейства, что значительно снижает социальное благополучие семьи в целом и состояние подростка в ней.

Семья подростков, совершивших завершенные суициды

У 54,5% семей отмечались конфликтные внутрисемейные отношения.

Жестокое отношение к подростку со стороны родителей или других членов семьи - 22,7%.

Отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам

Алкогольная зависимость - 72,4%

Расстройства личности – 10,3%

Умственная отсталость – 6,9%

Эпилепсия - 3,5%

До совершения суицида 75% детей и подростков не попадало в поле зрения психиатров.

Чаще всего встретилась умственная отсталость – 19,2%

Единичные случаи – злоупотребление ПАВ, шизофрения и органическое расстройство в связи с эпилепсией (по 3,6%)

Спасибо за внимание!