



## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В АСПЕКТЕ ФИЗИОЛОГИИ

**Хасанова Хулькар Гайратовна**

Ассистент кафедры фармакологии, физиологии.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. г. Ташкент.

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10129175>

### ARTICLE INFO

Received: 05<sup>th</sup> November 2023

Accepted: 13<sup>th</sup> November 2023

Online: 14<sup>th</sup> November 2023

### KEY WORDS

*Возраст, частота, суицид,  
смерть.*

### ABSTRACT

*В статье отражены аспекты суицидальное поведение на основе литературного анализа.*

Суицидальное поведение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе. Самоубийства остаются одной из ведущих причин преждевременной смертности молодых; суицид – вторая по частоте причина смерти в возрасте 15-29 лет (ВОЗ, 2014). При этом отмечается крайне негативная динамика в виде «омоложения» суицидов. Частота суицидальных действий у детей и подростков особенно растёт в последние десятилетия: у 30% лиц в возрасте 14-24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершали суицидальные действия.

Обследования проводились в 2019 - 2021 годах на базе Республиканского Научного центра Экстренной медицинской помощи и специализированного информационного учебного заведения. Всего было обследовано 50 пациентов, из них 23 мальчиков и 27 девочек. Возрастная категория больных варьируется от 12 до 18 лет. Средний возраст составляет 16-17 лет. На каждого обследуемого больного заполнялась специально разработанная карта обследования. Карта обследования включала паспортные сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, социо-образовательном статусе, особенностях преморбидного психического статуса.

Тест - опросник Личко А.Е. предназначен для диагностики типаакцентуации личности, опубликован в 1973 г и является модификацией "Методики изучения акцентуаций личности ". Методика предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Согласно Личко А.Е. акцентуация -это "заострение" некоторых, присущих каждому человеку, индивидуальных свойств. Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности предназначена для использования лицами, прошедшими подготовку по ее применению. Вопросы, включенные в Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицидальности, являются рекомендуемыми образцами. В

конечном итоге решение о наличии суицидального мышления или поведения основывается на заключении лица, применяющего данную шкалу.

При анализе возрастных особенностей исследуемых подростков было отмечено, что суицидальная активность носит в целом равномерный характер, с некоторым усилением ее в 16 лет, когда общее количество суицидальных попыток у подростков составляло 29,2%.

Сравнение возрастных показателей у подростков выявило преобладание девушек более раннего возраста (14 лет) по сравнению с юношами (27,7% и 19,0% соответственно). Суицидальная активность у юношей имела возрастную динамику в виде равномерного увеличения количества суицидальных попыток с пиком в возрасте 17 лет (31,0%). Напротив, у девушек имелось два пика суицидальной активности в возрасте 14 лет (27,7%) и в возрасте 16 лет (31,9%). При этом средний возраст девушек и юношей статистически не различался и составлял  $15,5 \pm 1,1$  и  $15,7 \pm 1,1$  соответственно.

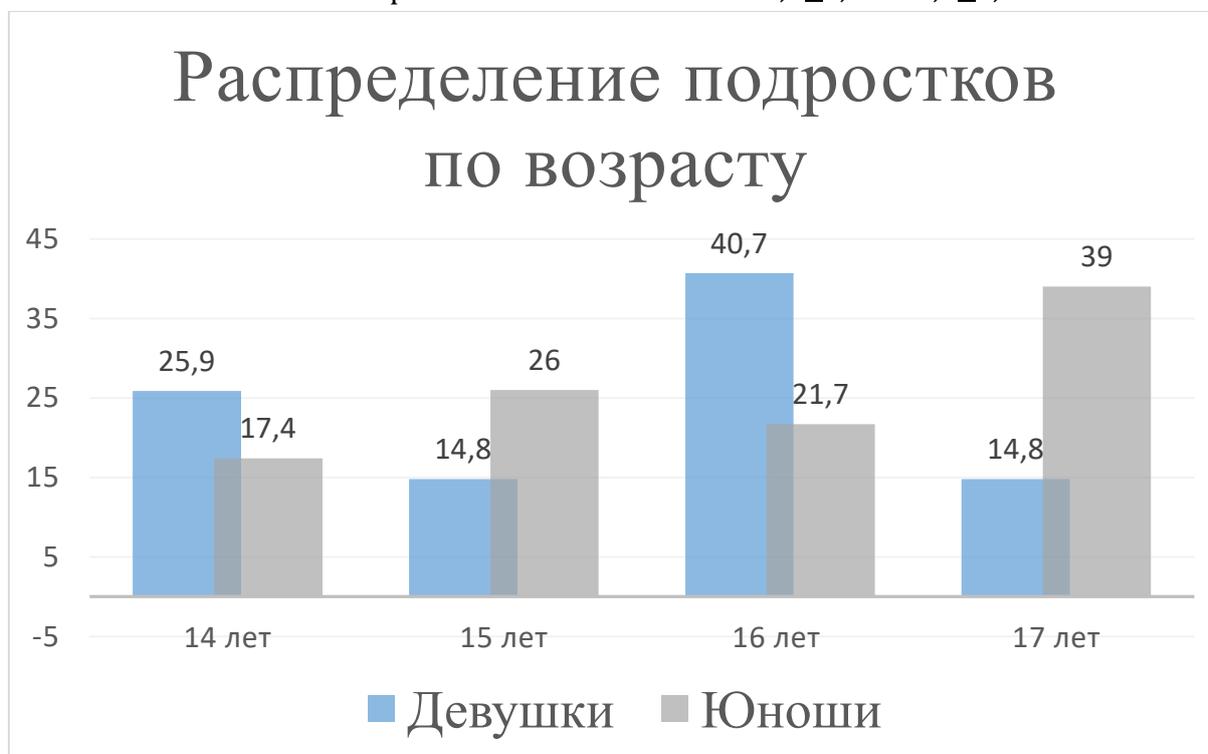


Диаграмма 1. Распределение юношей и девушек по возрасту

Статистически значимых различий в возрастных особенностях юношей и девушек получено не было.

По данным нашего исследования суицидальные попытки преобладали среди подростков, получающих общее (основное – до 9 класса и среднее – 10-11 класс) и профессиональное образование (начальное и среднее), они составляли 71,9% от общего количества обследованных. При этом среди них чаще встречались учащиеся средних специальных заведений (профессионально-технические лицеи и колледжи), их доля составляла 40,4%. На втором месте по частоте суицидальных попыток находились не работающие и не учащиеся подростки (19,1%), реже всего совершали суицидальные попытки студенты ВУЗов (9,0%).

При анализе половых различий было выявлено, что среди девушек преобладали учащиеся общеобразовательных школ (42,5%), доля учащихся в средних специальных заведениях составляла 29,8%. У юношей наблюдалось обратное распределение: учащиеся общеобразовательных школ - 19,0%, учащиеся средних специальных заведений - 52,4%. Эти различия явились статистически значимыми.

## Распределение подростков по образовательному уровню и трудовой занятости





## Диаграмма 2.

Низкий уровень образования и отсутствие занятости на данном возрастном этапе создавали предпосылки к низкому социальному статусу, реакции группирования с такими же сверстниками и возникновению социально-психологической дезадаптации. Возможно, социальная неуспешность изначально была связана с определенными характерологическими чертами, дезадаптирующими в конкурентной среде.

В обеих группах исследования преобладали подростки с незначительными физическими повреждениями (45,2% юношей и 59,6% девушек). Однако у юношей в отличие от девушек более часто встречались физические повреждения умеренной степени (33,3% и 8,5% соответственно;  $p < 0,05$ ). Также только у юношей встречались повреждения средней тяжести – в 7,1% случаев. Для девушек более характерным было поведение, при котором имелись незначительные физические повреждения или их вовсе не было, оно наблюдалось в 31,9% случаев, в отличие от юношей, у которых оно выявлялось в 14,3% случаев ( $p < 0,05$ ). При этом потенциальная опасность таких ситуаций, при которых суицидальные действия могли закончиться смертью, была более выражена у подростков мужского пола (7,1% юношей и 2,1% девушек). Во всех остальных случаях, при которых выявлялась потенциальная опасность, преобладали девушки. Поведение, которое вряд ли привело бы к травмам, наблюдалось у 12,8% девушек по сравнению с 2,4% юношей, а поведение, которое, вероятно, привело бы к травмам, но вряд ли повлекло за собой смерть было выявлено у 17,0% девушек, по сравнению с 7,1% юношей ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты исследования позволяют по-новому рассмотреть проблему половых различий суицидального поведения и на практике определять степень Риска совершения суицидальной попытки или повторения суицидальных действий, а также дифференцировать лечебно-профилактическую тактику для подростков мужского и женского пола.

## References:

1. Харитонов С.В. Программа включения родственников в превенцию суицидов у больных с личностными расстройствами [Электронный ресурс] / С.В. Харитонов, В.Е. Цупрун, А.Н. Паршин // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. - 2013. - №2.
2. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. - СПб.: Питер, 2004. - 896с.
3. Чуприкова Е.Г. К вопросу профилактики суицидов у детей и подростков / Е.Г. Чуприкова, О.О. Дравицкая, А.П. Чуприков // Сборник тезисов XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С.320-321.
4. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков / Е. Шир // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1984. - №10. - С.1556- 1566.
5. Прокопович Г.А. Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства Г.А. Прокопович, В.Э.



Пашковский, А.Г. Софронов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. -№2.– С.50-54.

6. Любов Е.Б. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функции / Е.Б. Любов, В.С. Кабизулов, В.Е. Цупрун, С.А. Чубина // Суицидология. - 2014. - С. 3-17.

7. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с.

8. Нечипоренко В.В. Аффективные суицидоопасные реакции у лиц молодого возраста / В.В. Нечипоренко, А.В. Сергиенко // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. - СПб. - 2005.- С.144.