

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

© В.В. Конончук¹, А.Т. Давыдов², А.И. Тюкавин¹

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России, Санкт-Петербург;

² ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России, Санкт-Петербург

Для цитирования: Конончук В.В., Давыдов А.Т., Тюкавин А.И. Алгоритм выявления суицидального риска у подростков // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 1. – С. 68–71. doi: 10.17816/PED9168-71

Поступила в редакцию: 16.12.2017

Принята к печати: 26.01.2018

Изучено, что в общеобразовательных учреждениях, в военных комиссариатах в период проведения первоначальной постановки подростков на воинский учет, при поступлении абитуриентов в вузы выявление суицидального риска руководящими документами не предусмотрено и не проводится, а статистический показатель детско-подростковых самоубийств в России превышает средний мировой в 2,7 раза. Установлено, что у подростков с высоким уровнем психической адаптации показатели суицидального риска отсутствовали, а с понижением уровня психической адаптации увеличивалась доля подростков с суицидальным риском. У подростков с правосторонней латерализацией головного мозга показатели суицидального риска выявлялись в 3 раза чаще, чем у подростков с левосторонней латерализацией. У лиц с правосторонней латерализацией головного мозга показатели суицидального риска имелись только у тех, кто изначально был в группе «дезадаптивные», а также у тех, кто в динамике был дезадаптирован до этой группы из групп с более высокой психической адаптацией, даже при условии, что эта дезадаптация была промежуточной с последующим улучшением. Для подростков с левосторонней латерализацией такая особенность нехарактерна. Показано, что в группах с понижением уровней психической адаптации значительно возрастает доля лиц с наличием суицидального риска. Разработан алгоритм ранней объективной оценки риска самоубийств при массовых обследованиях и прогноза суицидального поведения у подростков. С помощью этого алгоритма впервые можно диагностировать ухудшение психического состояния в динамике по динамическому снижению уровня психической адаптации и оперативно осуществлять их коррекцию для предупреждения суицидального поведения. Алгоритм предусматривает активное участие обследуемых подростков и их родителей (опекунов) с соблюдением всех юридических норм в диагностике уровня психической адаптации и мероприятиях по предупреждению суицидов.

Ключевые слова: подростки; суицидальный риск; самоубийство; прогноз; уровень психической адаптации; межполушарная асимметрия головного мозга; дезадаптация; адресная психопрофилактика.

ALGORITHM FOR DETECTING SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS

© V.V. Kononchuk¹, A.T. Davydov², A.I. Tyukavin¹

¹ Saint Petersburg State Chemical Pharmaceutical University (SPCPU), Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia;

² Saint Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: Kononchuk VV, Davydov AT, Tyukavin AI. Algorithm for detecting suicidal risk in adolescents. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2018;9(1):68-71. doi: 10.17816/PED9168-71

Received: 16.12.2017

Accepted: 26.01.2018

Studied that in general educational establishments, military commissariats during the initial staging of teenagers on the military account, upon applicants in Universities to identify suicidal risk guidance documents are not provided and are not carried out, and a statistic of children's and teen suicides in Russia exceeds the world average in 2,7 times. Found that adolescents with a high level of mental adaptation indicators of suicidal risk, and the level of mental adaptation

increased the proportion of adolescents with suicidal risk. In adolescents with the right-side brain lateralization of suicidal risk indicators identified in 3 times more frequent than in adolescents with left-side lateralization. In patients with right-sided brain lateralization indicators of suicidal risk only for those individuals who were originally in a group "maladaptive", as well as persons who were des adaptations to the dynamics of this group of groups with higher mental adaptation, even assuming that this exclusion was staging with a subsequent improvement. For adolescents with a left-handed lateralization peculiarity is not typical. It is shown that in groups with low levels of mental adaptation increases significantly the proportion of persons with the presence of suicidal risk. The algorithm of early objective risk assessment of suicide mass surveys and prediction of suicidal behavior in teenagers. Using this algorithm, for the first time, you can diagnose the deterioration of mental status in dynamics on dynamic reduce the level of mental adaptation and promptly implement their correction to prevent suicidal behavior. The algorithm provides for active participation of surveyed adolescents and their parents (guardians) with observance of all legal provisions in the diagnosis level of mental adaptation and measures to prevent suicides.

Keywords: adolescents; suicide; suicide risk; prediction; psychic adaptation; brain lateralization; exclusion; address psychoprophylaxis.

ВВЕДЕНИЕ

В РФ детско-подростковые самоубийства превышают средний мировой показатель в 2,7 раза [4]. По многим показателям ситуация приобретает черты, угрожающие национальной безопасности нашей страны [1]. Суицид — это не признак или синдром заболевания [3]. От 78 до 95 % самоубийц — это психически здоровые люди. В общеобразовательных учреждениях, в военных комиссариатах в период проведения первоначальной постановки на воинский учет, при поступлении абитуриентов в вузы выявление суицидального риска (СР) руководящими документами не предусмотрено. Одной из нерешенных проблем самоубийств является дефицит надежных объективных критериев, по которым можно прогнозировать суицидальные намерения подростков. В связи с этим Президентом РФ 17.02.2017 дано поручение Правительству РФ разработать мероприятия, направленные на совершенствование системы профилактики подросткового суицида¹.

По определению ВОЗ, подростками считаются молодые люди в возрасте от 10 до 19 лет [2].

Цель — оценка суицидального риска у подростков по показателям психической адаптации личности в динамике и межполушарной асимметрии головного мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 932 подростков определяли латерализацию головного мозга и уровень психической адаптации (УрПА) в 14, 17, 18 лет экспресс-методикой «Видикор-М»; показатели СР определяли методикой МЛЮ «Адаптивность 200 плюс». Динамические

показатели УрПА соотносили с показателями СР. По УрПА подростки были распределены на пять групп: высокоадаптивные (ВА), адаптивные (А), эмоционально-лабильные (ЭЛ), группа риска (ГР), дезадаптивные (ДА).

По межполушарной асимметрии головного мозга (МПА) подростки были разделены на лиц с правосторонней (ПЛ) и левосторонней (ЛЛ) латерализацией. Статистический анализ данных проводили с помощью программы математического обеспечения Statistica 8,0 for Windows. Описательную статистику осуществляли методом вычисления. Сравнение двух групп по одному признаку выполняли по методу определения *t*-критерия Стьюдента. Для оценки силы направления и статистической значимости связи между показателями использовали непараметрический корреляционный анализ с расчетом рангового коэффициента корреляции Kendall Tau Correlation (τ (к)).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Юношей с ЛЛ оказалось 508 человек, а юношей с ПЛ — 424 человека. Показатели СР выявлены у 56 подростков с ЛЛ и у 164 подростков с ПЛ, то есть у подростков с ПЛ тестовые показатели СР выявлялись в 3 раза чаще. С понижением УрПА количество лиц с СР увеличивалось, особенно в группе юношей с ПЛ. У «высокоадаптивных» подростков с ПЛ и ЛЛ показатели СР отсутствовали. У юношей с ПЛ в группах УрПА «А», «ЭЛ», «ГР» и «ДА» доля лиц с СР в своей группе составила 5,2; 33,7; 63,7 и 87,5 % соответственно. У юношей с ЛЛ в группах УрПА «А», «ЭЛ», «ГР» и «ДА» доля лиц с СР в своей группе составила 4,5; 8,4; 12,9 и 18,5 % соответственно.

У юношей с ПЛ установлена особая закономерность наличия показателей СР: СР выявлялся только у тех лиц, у которых исходный УрПА был

¹ Перечень поручений по итогам заседания Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей, Пр-285, п. 2 б, 2017 [Электронный ресурс]. — Февраль 2017 г. — Доступ: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/copy/53899> (дата обращения 20.02. 2017).

«дезадаптивным», а также у лиц, которые в динамике дезадаптировались до этой группы из групп с более высокой психической адаптацией, даже при условии, что эта дезадаптация была промежуточной с последующим улучшением. У лиц с ЛЛ такая закономерность не наблюдалась.

Статистическая оценка наличия связи с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона у лиц с ПЛ по методикам МЛЮ «Адаптивность 200 плюс» и «Видикор-М» показала наличие значимой связи между оценками групп СР и групп УрПА, а для юношей с ЛЛ не показала наличия значимой связи. Для юношей с ПЛ в 14 лет Хи-квадрат составил 150,6 при $df=9$ и $p < 0,001$, в 17 лет — 279 при $df=9$ и $p < 0,001$, а для этих же юношей в 18 лет — 174,9 при $df=9$ и $p < 0,001$. Для юношей с ЛЛ в 14 лет Хи-квадрат составил 13,1 при $df=9$ и $p < 0,05$, в 17 лет — 32,7 при $df=9$ и $p < 0,21$, а для этих же юношей в 18 лет — 13,4 при $df=9$ и $p < 0,04$.

Статистическая оценка у юношей с ПЛ показала наличие прямой умеренной значимой корреляционной связи ($\tau(k) = 0,49$ при $p < 0,001$) в возрасте 14 лет; прямой сильной значимой корреляционной связи ($\tau(k) = 0,7$ при $p < 0,001$) в возрасте 17 лет и прямой средней значимой корреляционной связи ($\tau(k) = 0,54$ при $p < 0,001$) у этих же юношей в 18-летнем возрасте; у подростков с ЛЛ в возрасте 14 лет $\tau(k) = 0,14$ при $p < 0,05$; в возрасте 17 лет $\tau(k) = 0,09$ при $p < 0,21$ и в 18-летнем возрасте у этих же подростков $\tau(k) = 0,15$ при $p < 0,04$, что расценивалось как очень слабая корреляционная связь.

Немаловажным является и тот факт, что результат обследования как в статике, так и в динамике понятен и для неспециалистов. Это предусматривает активное участие родителей (опекунов) в диагностике УрПА у детей и подростков с соблюдением всех юридических норм. Кроме того, полученные результаты диагностики можно интерпретировать и обсуждать с целью коррекции психического состояния с родителями (опекунами) ребенка и с самим обследуемым. Такой подход позволяет значительно улучшить эффективность первичной и вторичной психопрофилактики СР, так как и сами обследуемые и их родители (опекуны) наглядно видят, что собой представляет обследуемый на уровне проявления и выраженности эмоций, а не только в числовом, количественном выражении.

Исходный УрПА следует определять и контролировать в динамике с помощью экспресс-методики нейровизуализации «Видикор-М» начиная с 1 класса школы.

Периодичность повторных диагностических обследований обучающихся ГР и ДА с целью контроля составляет не реже 1 раза в месяц. Повторную диагностику обучающихся с более высокой психической адаптацией можно проводить по мере необходимости. Результаты повторной диагностики и свое решение по результатам обследования предлагается вносить в журнал динамического наблюдения за психическим состоянием обучающихся и проведенных психокоррекционных мероприятий (далее — журнал), где на каждого обучающегося вносятся сведения о показателях СР, об УрПА в динамике, проставляется дата контрольного обследования, кратко излагаются необходимые анамнестические сведения, вид психопрофилактики суицида (первичная или вторичная психопрофилактика; если проводится вторичная профилактика, то указывается, когда совершались суицидальные действия и в связи с чем); ценности и ориентиры, эмоциональные точки приложения, индивидуальные адресные психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия, записываются индивидуальные рекомендации обучающемуся, его родителям (опекунам), классному руководителю; отмечаются результаты проведенных превентивных мероприятий и другие сведения. Первыми в журнал вносят лица группы ДА, вторыми — группы ГР, третьими — группы ЭЛ. Вид профилактики указывают в выделенной графе. Для вторичной профилактики в этой графе отмечают, когда и в связи с какими событиями совершались суицидальные действия. Пятыми в журнал вносят лица адаптивной и высокоадаптивной групп. В период между повторными диагностическими обследованиями необходимую и полезную информацию о ребенке необходимо получать от классного руководителя.

ВЫВОДЫ

Суицидальный риск подростков коррелирует с латерализацией полушарий головного мозга, уровнями психической адаптации и их динамикой, что позволяет оперативно выявлять потенциальных суицидентов. Количество лиц с тестовыми показателями суицидального риска в группе юношей с левосторонней латерализацией головного мозга оказалось незначительным по сравнению с юношами с правосторонней латерализацией. Показателями суицидального риска могут служить исходные низкие уровни психической адаптации и их снижение в динамике из более высоких групп. Наиболее суицидоопасными являются подростки с правосторонней латерализацией головного мозга и низким уровнем психической адаптации, особен-

но в 17-летнем возрасте. Определение исходного уровня психической адаптации и его динамический контроль дают возможность проводить адресные мероприятия, направленные на предупреждение самоубийств у подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхов И.П., Шульмин А.В., Козлов В.В., и др. Современные подходы к оценке медико-демографических потерь среди населения подросткового возраста // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – Т. 70. – № 4. – С. 89–94. [Artjuhov IP, Shul'man AV, Kozlov VV, et al. Modern approaches to estimate medical and demographic loss among teenagers. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. 2011;70(4):89-94. (In Russ.)]
2. Всемирная организация здравоохранения. Политика и планы в области охраны психического здоровья детей и подростков: Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. – Женева: ВОЗ, 2006. [World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005. (In Russ.)]
3. Всемирная организация здравоохранения. Профилактика самоубийств: Руководство для врачей. – Одесса: ВОЗ, 2005. [World Health Organization. Preventing suicide: a resource for primary health care worker. Odessa: World Health Organization; 2005. (In Russ.)]
4. Лаврова О.В. Статистика и некоторые медико-социальные аспекты самоубийств // Главный врач. – 2015. – № 2. – С. 50–65. [Lavrova OV. Statistics and some medico-social aspects of suicide. *Glavnyj vrach*. 2015;(2):50-65. (In Russ.)]

◆ Информация об авторах

Виталий Витальевич Конончук – старший преподаватель, кафедра физиологии и патологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: terebovlya1974@mail.ru.

Алексей Трофимович Давыдов – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник. ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда и соцзащиты России, Санкт-Петербург. E-mail: alexdoctor@inbox.ru.

Александр Иванович Тюкавин – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра физиологии и патологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: atuykavin@mail.ru.

◆ Information about the authors

Vitaly V. Kononchuk – Senior Teacher, Department of Physiology and Pathology. Saint Petersburg State Chemical Pharmaceutical University (SPCPU), Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: terebovlya1974@mail.ru.

Alexey T. Davydov – MD, Dr Med Sci, Leading Researcher. Saint Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: alexdoctor@inbox.ru.

Aleksandr I. Tyukavin – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head of the Department, Department of Physiology and Pathology. Saint Petersburg State Chemical Pharmaceutical University (SPCPU), Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: atuykavin@mail.ru.