

5. Norgaard J.P., Djurhuus J.C., Watanabe H., Stenberg A. et al. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. Br. J. Urology, 1997, vol. 79, p. 825–835.
6. Butler R.J. Nocturnal Enuresis: The Child's Experience. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994, 342 p.
7. Essen J., Peckham C. Nocturnal enuresis in childhood. Dev. Child. Neurol., 1976, vol. 18, p. 577–589.

## **АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Потехина К.В., Юревич О.М., Букина Н.С., Матреничев В.М.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*УЗ ГОКЦ «Психиатрия – наркология»*

Самоубийство является одной из серьезных проблем современного общества, актуальность которой характерна для стран с совершенно разными социально-экономическими условиями, культурными и религиозными традициями. Согласно мировой статистике, ежедневно около 1200 человек совершают суицид и еще 7500 пытаются это сделать. Имеющиеся данные показывают, что каждый год из жизни добровольно уходят почти полмиллиона населения планеты [3].

Одними из наиболее суицидально опасных возрастов являются подростковый и юношеский, когда происходит формирование самосознания, сексуально-ролевой идентификации, завершается формирование личности, особо остро переживаются неразделенная любовь, конфликты с друзьями, родителями, школьные проблемы. Суициды обуславливают примерно 12 % общей летальности в детско-подростковой возрастной группе. Клинико-эпидемиологические исследования показывают, что у детей суицид занимает 10-е место среди причин смерти. В подростковом возрасте он представляет собой значительно большую проблему. В возрастной группе от 15 до 25 лет завершённый суицид стоит на втором - третьем месте среди причин смерти [1].

При этом предполагается, что данные о числе самоубийств могут быть занижены из-за того, что не всегда удается отличить

суицид от несчастного случая. При значительном числе скрытых случаев считается, что суицидальные попытки наблюдаются в 8 – 10 раз чаще, чем суициды [2].

Суицидальные проявления у детей и подростков имеют определенные отличия от суицидального поведения у взрослых. По мнению психологов, в 10 % случаев суицидальное поведение ребенка имеет цель покончить с собой, в 90% – суицидальное поведение подростка – это стремление привлечь к себе внимание, таким образом разрешить проблемную ситуацию. Иногда эти попытки заканчиваются «благополучно» и не выходят за границы домашнего круга, оставаясь вне поля зрения специалистов. В 90% случаев родители не знают о попытках самоубийства, которые предпринимают их дети. Фактически 35-70% таких детей вообще никому не рассказывают об этом [2, 3].

Число законченных суицидов среди юношей в среднем в 3 раза больше, чем среди девушек. С другой стороны - девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем юноши, но выбирают более "щадящие" способы, которые реже приводят к смерти [1].

В большинстве случаев суициды совершают дети, не имеющие психических и поведенческих расстройств. Так среди общего числа совершающих суициды лишь 20% детей, которые относятся к группе психически больных, остальные 80% – психически здоровы. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств детей говорит о том, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью, насилием со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих [4].

Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Настоящее исследование было посвящено изучению социально-демографических и клинических факторов суицидального поведения у детей Гродненской области.

Проведен анализ поступлений в стационар детей в возрасте 10-18 лет с суицидальными тенденциями и парасуицидами в УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» по данным журналов поступления пациентов на стационарное лечение. С учетом возрастных психологических особенностей дети были подразделены на две возрастные группы: 10-15 лет и 16-18. Анализ материалов проводился с использованием методов описательной статистики.

Показатель суицидов среди детей и подростков в Гродненской области невысок и достаточно стабилен. Учет суицидов начал проводиться с 2009 года. За этот период времени он составил: 2009-7, 2010-8, 2011-5, 2012-7.

Изучение данных выявило тенденцию к снижению количества парасуицидов (незавершенных суицидальных попыток) по Гродненской области: 2008-62 (28,6 сл. на 100 000 детского населения), 2009-57 (26,8 сл. на 100 000 детского населения), 2010-39 (18,4 сл. на 100 000 детского населения), 2011-45 (21,9 сл. на 100 000 детского населения), 2012-42 (20,8 сл. на 100 000 детского населения).

По результатам анализа случаев госпитализации с суицидальными тенденциями и парасуицидами в УЗ «ГОКЦ Психиатрия-Наркология» наблюдается рост количества случаев с суицидальными высказываниями, намерениями и тенденциями. За период 2008-2012гг. поступило 116 детей и подростков, из них 54 - с суицидальными тенденциями, 62 - после парасуицидов. За период исследования число случаев парасуицидов достаточно стабильно, за исключением двух пиков: в 2009 году наблюдается резкое снижение и в 2011- подъем. В разные временные периоды отмечается различное соотношение по полу. Так в 2008 году -12 случаев госпитализированных по поводу парасуицидов, преимущественно девочки (11), 2009-7случаев (из них 5 мальчиков), 2010-13 (7 мальчиков), 2011-17 (10 девочек), 2012-13 (7 мальчиков). По способу совершения парасуицида преобладает намеренное самоповреждение острым предметом (46 случаев, из которых 28 мальчиков), затем - медикаментозное отравление (10

случаев, из которых 8 девочек), повешение – всего 4 (2 девочки и 2 мальчика). В 2008 году с суицидальными мыслями, намерениями и тенденциями зарегистрировано 5 случаев (все мальчики), 2009 - 4 (все мальчики), в 2010 – 13 (из них 7 девочек) и 2011-13 (в том числе 8 девочек), 2012- 19 случаев (из них 5 мальчиков).

Обращает на себя внимание тот факт, что по сравнению со взрослым населением, суицидальные тенденции и парасуициды детей и подростков в большинстве случаев не связаны с алкогольным опьянением. Подавляющее большинство поступлений (суицидальные тенденции и парасуициды) составили мальчики (15-18 лет). За 2008 год через стационар прошло 17 детей и подростков с суицидальными тенденциями и парасуицидами, из них 4 случая – в состоянии алкогольного опьянения. В 2009 - 11 , в том числе в состоянии алкогольного опьянения- 6 случаев, в 2010 - 26 случаев, из них 7 - в состоянии алкогольного опьянения, в 2011-30, в том числе в состоянии алкогольного опьянения 5 случаев, в 2012 - 32 случая, из них 7 случаев – в состоянии алкогольного опьянения. В соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра за 5 лет было выявлено наибольшее количество пациентов с расстройствами эмоций и поведения - 34 случая (14- парасуицидов), расстройства адаптации - 20 случаев (14- парасуицидов), умственная отсталость -15 случаев(2- парасуицидов), 13- употребление с вредными последствиями (9- парасуицидов).

Большинство детей с суицидальными тенденциями и парасуицидом, проходившие стационарное лечение, относятся к группе диспансерного наблюдения, живут в социально неблагополучной обстановке. Наиболее опасный возраст в плане риска суицидального поведения у несовершеннолетних Гродненской области от 14 до 18 лет. 67% случаев парасуицидов не связаны с алкогольным опьянением.

Полученные данные необходимо учитывать при выявлении групп суицидального риска как в общей детской популяции, так и среди пациентов с психическими и поведенческими

расстройствами, при проведении профилактических мероприятий с пациентами и их родственниками.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по применению: утв. Первым заместителем министра Р.А. Часнойть. 16. Июля 2009г. – Минск. 2009.-52 с.
2. Сакович, Н.А. Диалоги на Аидовом пороге / Н.А. Сакович // – Москва: Генезис, 2012г.- С 288.
3. Мафсон, Л. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия/Л. Мафсон, Д. Моро, М. Вейссман, Д. Клерман //– Москва: Эксмо, 2003г - С 315.
4. Сакович, Н. Голосуем за жизнь вместе: о профилактике подросткового суицида / Н. Сакович // Школьный психолог. Приложение к газете "Первое сентября". – 2008. – апр. (№ 8.). – С. 37-39.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ АГРЕССИИ У ПЕДАГОГОВ**

**Ракицкая А.В.**

*УО «Гродненский государственный университет  
имени Янки Купалы»*

Современные исследователи связывают синдром выгорания с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) синдром эмоционального выгорания отнесён к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни» [2]. В настоящее время синдром выгорания в некоторых странах Европы признан клиническим диагнозом. В случае, если у человека каждый день фиксируют симптомы эмоционального выгорания в течение 6 месяцев, то возможна постановка клинического диагноза «выгорание» [5].

Изучению синдрома эмоционального выгорания посвящено ряд работ как зарубежных (Х. Фройденберг, К. Маслач, С. Джексон, Э. Пайнс, В. Шауфели, М. Ляйтер, Х. Фишер, К. Чернисс, Дж. Еделвич, Р. Бродский, Д. Этзион), так и отечественных исследователей (Т. В. Форманюк, Т. И. Ронгинская, М. М. Скугаревская, Н. Е. Водопьянова, Е. С.