

УДК: 616.89-008.441.44 : 616.895.4

## ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.

Бабарахимова Сайёра Бориевна

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт  
г.Ташкент, Республика Узбекистан.

### **Резюме.**

*В статье представлено исследование аутодеструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения, которое определило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.*

**Ключевые слова:** поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

### **Актуальность.**

В последние десятилетия во всём мире проблема суицидального поведения среди детско-подросткового контингента населения становится всё более актуальной [1]. Основная задача, поставленная перед специалистами, занимающимися суицидологическими проблемами — это ранняя квалифицированная диагностика суицидального поведения, предотвращение реализации аутоагрессивных действий и профилактика различных эквивалентных форм деструктивных тенденций [6]. Актуальность проблемы суицидальных тенденций у детей и подростков определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, неопределенностью роли биологических и социальных факторов в их формировании [4]. Изучение клинко-психопатологических, психологических и нейрофизиологических характеристик группы детей и подростков, склонных к аутодеструктивному поведению, обусловлено возможностью более детально проанализировать клинические особенности, как личностных изменений, так и видов суицидальных тенденций, что позволит повысить качество диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных [10]. Суицидальное поведение рассматривается как намеренное стремление человека к смерти, обусловлено индивидуально-психологическими особенностями личности, спецификой системы межличностных отношений и факторами семейного воспитания [7]. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [5]. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [3]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [9]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика

наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста[2]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного регистра[8].

**Цель исследования:** изучить особенности аутодеструктивного поведения депрессивного генеза у подростков для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

**Материалы и методы:** объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и катamnестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых конституционально-личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** в зависимости от преобладания симптомов депрессии все подростки были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией-56%(n=26), тревожной депрессией-16%(n=7), дисморфофобической депрессией -13%(n=6), маскированной депрессией-8%(n=4), астено-апатической депрессией - 7%(n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на моральные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание. Анализ

аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния и при отсутствии понимания со стороны родных, у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами покончить с собой, во время эпизодов ажитации. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота и груди. Жалобы в основном были на слабоволие, подростки винили себя в скованности, робости, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могли опираться на самооценку своего состояния, что позволяло определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвысить и упрочить свое положение, что при

невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений. У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

### **Заключение:**

анализ особенностей аутодеструктивного поведения пубертатного периода, выявило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

### **Библиографический список**

1. Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков. // "Юбилейные Сухаревские чтения". Научно-практическая конференция "Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям"/Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, М. – 2016. – с.7-8
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017 (17), №2.-С.23-29
3. Герасимчук М.Ю. Суцидологический паспорт депрессии. // Суцидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции /Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психотерапии С-Пб: СИНЭЛ, 2016. с.17-20
4. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4 (17). С. 27-33.
5. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. 24 апреля 2007 г. Волгоград: ВолГМУ, 2007; С.87–88

6. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс Психиатр Журн 2006; 4:С. 41–45
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 448 с.
8. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.
9. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2017/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2017/en/)
10. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2017/suicide-a-global-issue.shtml>

---

Article received 2018-09-26