

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО  
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ**

---

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

26 мая 2017 г.

Иркутск – 2017

УДК 616.89-008.441.44

ББК 56.14я43

А43

**Актуальные вопросы суицидологии:** Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 26 мая 2017 г. / Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – 238 с.

ISBN 978-5-98277-233-6

Сборник содержит материалы по классификации, распространённости, социально-демографическим, клиническим, этнокультуральным особенностям суицидального поведения. Приведены результаты практической работы по организации различных звеньев суицидологической службы.

Издание предназначено для врачей-психиатров амбулаторной и стационарной сети, медицинских психологов, врачей общесоматической практики.

*Редакционная коллегия*

д.м.н. **Ворсина О.П.** (ответственный редактор),  
к.м.н., доцент **Колягин В.В.**, к.м.н., доцент **Петрунько О.В.**  
(зам. ответственного редактора)

*Рецензент*

**Собенников В.В.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»

ISBN 978-5-98277-233-6



© Коллектив авторов, 2017 г.

© ОГКУЗ ИОКПБ № 1, 2017 г.

© ИГМАПО – филиал

ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2017 г.

© ИНЦХТ, 2017 г.

---

**СОДЕРЖАНИЕ**

---

<i>Ашуров З.Ш., Шин З.В.</i> Методы коррекции депрессивных расстройств у больных алкоголизмом .....	11
<b>Бабарахимова С.Б.</b> Исследование суицидального поведения в подростковом возрасте .....	17
<i>Бычкова А.М.</i> Вовлечение пользователей интернета в «группы смерти» в социальных сетях: новые суицидальные риски .....	25
<i>Васильева С.Н., Симуткин Г.Г.</i> Влияние коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов с биполярным аффективным расстройством .....	36
<i>Волкова Е.А.</i> Психологическое консультирование и психотерапия подростков с суицидальным поведением .....	43
<i>Ворсина О.П., Пухлякова Е.В.</i> Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в токсикологическое отделение .....	49
<i>Ворсина О.П., Василишина Т.Д.</i> Распространённость завершённых суицидов в Иркутской области в 2015 году .....	53
<i>Гладкова И.Г., Зеленкова О.А., Салмин В.Н., Садурская О.С.</i> Некоторые аспекты суицидального поведения в подростковом возрасте .....	60
<i>Зиновьев С.В., Синенченко А.Г.</i> Суицидное поведение при психических расстройствах, ассоциированных с аддиктивной патологией .....	66
<i>Иванова Л.А.</i> Суицидальное поведение в клинике шизофрении и расстройств шизофренического спектра .....	69
<i>Канавина С.С.</i> Кинопрофилактика суицидального поведения несовершеннолетних .....	77
<i>Колягин В.В.</i> Нейробиология суицида .....	85
<i>Лазебник А.И.</i> Суицидологический кабинет – это забытое звено суицидологической службы? .....	107

мом, следует отметить, конечно, ограниченность возможностей медицинского подхода к асоциальным пациентам. Это относится, в частности, к больным молодого возраста с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться. Медицинскими методами невозможно внести кардинальные изменения в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым конструктивным образцам поведения. Обязательной является напряжённая трудовая деятельность с элементами творчества. Используется также психотерапевтическая программа, включающая в себя групповые дискуссии, социально-психологический тренинг и игровые методы.

#### **Сведения об авторах**

*Ашуров Зарифжон Шарифович* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии (100109, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фараби, 2; e-mail: zardil78@mail.ru)

*Шин Зоя Витальевна* – ассистент кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии (e-mail: aelita-mia@mail.ru)

---

**БАБАРАХИМОВА С.Б.**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

---

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан

**BAVARAKHIMOVA S.B.**

### **RESEARCH OF SUICIDAL BEHAVIOR IN TEENAGERS**

---

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

#### **Актуальность**

Вопрос о значении влияния психического здоровья на суицидальное поведение до сих пор остаётся дискуссионным. В настоящее время установлено, что дети и подростки, совершившие или планировавшие попытку самоубийства, склонны повторять

её в будущем, причём особенно угрожаемым является период пубертатного криза. Кризис подросткового возраста актуализирует рискованное и, в частности, суицидальное поведение (Wasserman D. et al., 2005). Суицид (от лат. *sui caedere* – убивать себя) – сознательное, преднамеренное лишение себя жизни, саморазрушение, отказ от всего многообразия радостей, удовольствий, предложений и возможностей окружающего мира, последнее звено в процессе социальной и личностной дезадаптации. Тесная взаимосвязь между депрессивными и суицидальными проявлениями была установлена ещё в 1897 году основателем суицидологии Д.Э. Дюркгеймом. По данным современных авторов, в 11–17 % случаев эндогенной депрессии установлен завершённый суицид; среди лиц, совершивших суицидальные попытки, 60 % имели аффективные расстройства (Герасимчук М.Ю., 2016). Проблема самоубийства среди молодёжи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей (Антропов Ю.Ф., 2000). Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью (Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., 2015). Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения (Иванова Т.И., 2007). 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 (Калачева И.О. с соавт., 2006). В первую очередь, депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный, характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного периода (Joiner T.E., Rudd M.D., 2000).

### **Цель исследования**

Изучить особенности суицидального поведения у подростков с депрессивными расстройствами для улучшения качества диагностической и психологической помощи этому контингенту больных.

### **Материалы и методы**

В качестве объекта исследования были выбраны 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 тревожных расстройств – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

### **Результаты и обсуждение**

В зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией – 56 % ( $n = 26$ ), с тревожной депрессией – 16 % ( $n = 7$ ), с дисморфофобической депрессией – 13 % ( $n = 6$ ), с маскированной депрессией – 8 % ( $n = 4$ ), с астено-апатической депрессией – 7 % ( $n = 3$ ). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжёлой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу (80 %) составили пациенты с лёгкой 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 лёгкой степени была выявлена в 71 % случаев, депрессия средней степени тяжести – в 17 % случаев; у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70 % случаев, депрессия лёгкой степени – 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 безнадёжности. 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, 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 в 80 % случаев выявлено 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 аддитивные 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 5 девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые расценивались 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 во время эпизодов ажитации.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убеждённости 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, самосовершенствованию; в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки выказывали 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 отрицательное отношение к жизни. По данным теста Люшера, эти больные стремились к одиночеству, старались 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 своё 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.

ми, 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, нарушении 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 %), появлялись нежелание продолжать учёбу (40 %), 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 отворачиванием к жизни», лишь в 1 случае – чувством вины.

### **Заключение**

Исследование особенностей клинических проявлений суицидального поведения пубертатного периода выявило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов, и является в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникает на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведённое исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра

позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь.

### Литература

1. *Антропов Ю.Ф.* Невротическая депрессия у детей и подростков. – М., 2000. – 150 с.
2. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей // Актуальные вопросы психического здоровья: Сб. матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. памяти профессора В.И. Григорьева. – Рязань, 2015. – С. 12–18.
3. *Герасимчук М.Ю.* Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции. – СПб.: СИНЭЛ, 2016. – С. 17–20.
4. *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 (24–26 апреля 2007 г.). – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. – С. 87–88.
5. *Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А.* Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 41–45.
6. *Joiner T.E., Rudd M.D.* Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // J. Consult. Clin. Psychol. – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.
7. *Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X.* Global suicide rates among young people aged 15–19 // World Psych. – 2005. – Vol. 4, N 2. – P. 114–120.

### Сведения об авторах

**Бабарахимова Сайёра Бориевна** – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (100140, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Богишамол, 223; e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com)

---