

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА ИМ. АКАД. Н.П. ПАВЛОВА

# ЛИЧНОСТЬ В МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ: ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ, РАЗВИТИЕ



ISSN 2307-9886



УДК 616.89

DOI:10.23888/humJ2017162-71

© **Бабарахимова С.Б., 2017**

© **Babarahimova S.B., 2017**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕ- НИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗ- РАСТЕ**

## **CLINICAL MANIFESTATIONS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PU- BERTY PERIOD**

**Аннотация.** Анализ деструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения определил, 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.

**Abstract.** Analysis of the self-destructive behaviors in adolescents revealed that adolescents often observed demonstratively-blackmailing suicidal behavior, emerging against the background of depressive affect, as a result of intrapersonal conflicts and are mainly a problem of behavioral and stress-related disorders, occur against a background of non-psychotic level of psychopathological conditions. The study of clinical features of self-destructive actions in adolescents with behavioral disorders depressive register reveals the risk for suicidal willingness among this group of patient.

**Key words:** behavioral disorders, depressive disorders, adolescents, self-destructive actions.

**Ключевые слова:** поведенческие



нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

**Актуальность.** Суицид (от лат. *suicaedere* – 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 еще в 1897 году основателем суицидологии E. Durkheim. По данным современных авторов в 11–17% случаев эндогенной депрессии установлен завершённый суицид, среди лиц, совершивших суицидальную попытку 60% имели аффективные расстройства [1,17]. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвёртой по значимости причиной смерти среди молодых людей [2, 28]. 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 [3, 12]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [4,87]. 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 [5,41]. 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 [6,114].



**Цель исследования:** изучить клинические проявления суицидальных тенденций у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной и психологической 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 клинико-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 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), 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, 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 ре-



акциям 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 возвыситься 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 вы-



являлся 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 отращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

**Заключение:** изучение 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 являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных дейст-





вий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

*Конфликт интересов отсутствует.*

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Герасимчук М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии. // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции /Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психотерапии С-Пб : СИНЭЛ, 2016. с.17-20
2. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000 г.
3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей.// Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференция с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015; С. 12-18
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 // Росс Психиатр Журн 2006; 4:С. 41–45
6. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.



## REFERENCES:

1. Gerasimchuk MY. Suicidologicheskij pasport depressii [Suicidal passport of depression]// *Suicidologija – aktual'nye problemy, vyzovy i sovremennye reshenija: sbornik nauchnyh statej I nauchno-prakticheskoj konferencii /Assoc. Kognitivno-Povedencheskoj Psihoterapii [Suicidologiya- actual problems modern, definitions.// Collection of materials of scientific-practical conference with international participation.]* ACBT- Saint-Petersburg., 2016.Pp.17-20 (in Russian)
2. Antropov YF. *Nevroticheskaja depressija u detej i podrostkov [Neurotic depression in children and adolescents]*. - Moscow, 2000.P.28 (in Russian)
3. Babarahimova SB., Iskandarova JM. Vlijanie dismorfofobicheskikh rasstrojstv na formirovanie depressij u podrostkov s uchjotom lichnostnyh osobennostej [Influence dismorphophobiya disorders on the formation of depression in adolescents, taking into account personal characteristics] // *Aktual'nye voprosy psihicheskogo zdorov'ja // Sbornik materialov nauchno-prakticheskoj konferencija s mezhdunarodnym uchastiem posvjashhjonnoj pamjati professora V.I. Grigor'eva [Current mental health issues // Collection of materials of scientific-practical conference with international participation dedicated to the memory of Professor VI. Grigorieva]*. Ryazan, 2015. Pp. 12-1 (in Russian)
4. Ivanova TI. Suicidal'noe povedenie u detej s depressivnymi rasstrojstvami. Sovmennye problemy ohrany psihicheskogo zdorov'ja detej. Problemy diagnostiki, terapii i instrumental'nyh issledovanij v detskoj psihiatrii [Suicidal behavior in children with depressive disorders. Modern problems of mental health of children. Problems of diagnostics, therapy and instrumental studies in child psychiatry]. 26 April 2007. Volgograd. Pp. 87-88 (in Russian)
5. Kalacheva IO., Pronina LA., Larionov VA. Social'no-lichnostnye faktory, vlijajushhie na suicidal'noe povedenie podrostkov [Social and personal factors that influence suicidal behavior adolescent] // *Ross Psihiatr Zhurn [Psychiatrist Ross Journal]* 2006; 4: Pp. 41-45 (in Russian)



6. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005; 4: 2: Pp. 114-120.