

# СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Матковська Т. М.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків  
2396366@gmail.com

*Встановлено роль клінічних, психологічних, соціальних факторів формування суїцидальної поведінки у підлітків з депресивними розладами. Визначено кореляційний зв'язок симптомів депресії, тривоги, агресії у підлітків із суїцидальною поведінкою.*

**Ключові слова:** підлітки, депресивні розлади, суїцидальна поведінка, соціально-середовищні фактори предикції

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Матковская Т. Н.

*Установлена роль, клинических, психологических, социальных факторов формирования суицидального поведения у подростков с депрессивными расстройствами. Определены корреляционная связь симптомов депрессии, тревоги, агрессии у подростков с суицидальным поведением.*

**Ключевые слова:** подростки, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, социально-средовые факторы предикции

## SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Matkovska T. M.

*The role of clinical, psychological, social factors in the formation of suicidal behavior in adolescents with depressive disorders has been established. The correlation of symptoms of depression, anxiety, aggression in adolescents with suicidal behavior was determined.*

**Keywords:** adolescents, depressive disorders, suicidal behavior, social and environmental predictors

### ВСТУП

Відомо, що рівень суїцидів в державі відображає національне здоров'я, культуру і соціально-економічний статус суспільства. За звітом ВОЗ - щорічно в світі від самогубств гине до 1 мільйона чоловік. А співвідношення завершених суїцидів і суїцидальних спроб становить 1:10. Тільки один з чотирьох випадків суїцидальних спроб (24,3 %) призводить до контакту з професійною системою охорони здоров'я і може бути врахований в статистичних даних [1, 2]. Так, у США кожні 42 секунди відбувається суїцидальна спроба, і кожні 17 хвилин – завершений суїцид. Причому, кожну 1 годину 39 хвилин – жертвою суїциду є дитина у віці до 15 років [3, 4]. У Росії за період з 1990 по 2017 рік частота самогубств збільшилася майже в 1,5 рази, що вивело її на друге місце в світі за цим показником. Кількість самогубств серед осіб у віці 15–24 років за останні 15 років збільшилася в 2 рази і у ряді причин смертності в багатьох економічно розвинених країнах суїциди стоять на 2–3 місці. 41,2 % дітей у віці 11–15 років намагалися нанести собі пошкодження або здійснити суїцид. Щорічно від самогубства гине 2800 дітей та підлітків у віці від 5 до 19 років [5]. За останні п'ять років закінчили життя самогубством 14150 дітей. Істотно змінилася і мотивація суїцидальних вчинків.

Загальна ступінь недообліку самогубств в офіцій-

ній статистиці оцінюється в 25–40 %. А на один випадок завершеного суїциду припадає до 10 суїцидальних спроб. В Україні відзначається загальносвітова тенденція до зростання психічних розладів у дітей, в тому числі депресії і суїцидальної поведінки.

В підлітковому віці депресивні розлади особливо пов'язані з суїцидальною поведінкою. Доказом тому є той факт, що у 15 % дітей і підлітків у віці від 8 до 18 років, що зробили суїцидальну спробу, були виявлені депресивні реакції і стани [6].

Актуальність проблеми депресивних розладів, що маніфестують у дитячо-підлітковому віці, визначається, насамперед, широкою поширеністю цих розладів, складністю розпізнавання даної патології на ранніх стадіях захворювання та високим суїцидальним ризиком [1–8]. Хоча на сьогоднішній день не існує єдиної загальноприйнятої класифікації вікових періодів, проте з урахуванням соматичного, психологічного та соціального дозрівання можна погодитись з оптимальною пропозицією експертів ВООЗ вважати вік підлітків від 10 до 20 років, як це прийнято зараз у більшості країн світу [9].

Цей вік є надзвичайно важливим для подальшого розвитку людини, оскільки в цей період завершується психічне, тілесне та статеве становлення, виробляються та закріплюються особливості поведінки; недаремно його називають критичним. У підлітко-

вому періоді ламаються і перебудовуються багато колишніх відносин, що призводять до перманентних конфліктів. А якщо індивід перебуває у стані перманентного конфлікту – конфлікту між актуалізованими потребами та неможливістю їх задоволення, то найімовірнішими формами психічного реагування на фруструючу ситуацію будуть депресивні реакції. У підлітків перманентно-фруструючою ситуацією виступають з одного боку – багато претензій на почуття дорослості, з другого – постійна соціальна ситуація, він як і залишається учням. [10, 11]. У вітчизняній літературі, присвяченій суїцидальній поведінці, пріоритет приділяється переважно суїцидальним діям (спробами завершеним самогубствам). Коли йдеться про так звані внутрішні форми суїцидальної поведінки, то тут немає чіткого розуміння та поділу цих форм. Використовуються терміни – суїцидальні думки, суїцидальні ідеї, тенденції тощо без їх чіткого визначення та клінічного опису. Відомо, що рівень суїцидів в державі відображає національне здоров'я, культуру і соціально-економічний статус суспільства. За звітом ВОЗ – щорічно в світі від самогубств гине до 1 мільйона чоловік. А співвідношення завершених суїцидів і суїцидальних спроб становить 1:10. Тільки один з чотирьох випадків суїцидальних спроб (24,3 %) призводить до контакту з професійною системою охорони здоров'я і може бути врахований в статистичних даних [1, 2]. Так, у США кожні 42 секунди відбувається суїцидальна спроба, і кожні 17 хвилин – завершений суїцид. Причому, кожну 1 годину 39 хвилин жертвою суїциду є дитина у віці до 15 років [3, 4]. У Росії за період з 1990 по 2017 рік частота самогубств збільшилася майже в 1,5 рази, що вивело її на друге місце в світі за цим показником. Кількість самогубств серед осіб у віці 15–24 років за останні 15 років збільшилася в 2 рази і у ряді причин смертності в багатьох економічно розвинених країнах суїциди стоять на 2–3 місці. 41,2 % дітей у віці 11–15 років намагалися нанести собі пошкодження або здійснити суїцид. Щорічно від самогубства гине 2800 дітей та підлітків у віці від 5 до 19 років [5]. За останні п'ять років закінчили життя самогубством 14150 дітей. Істотно змінилася і мотивація суїцидальних вчинків.

Загальна ступінь недообліку самогубств в офіційній статистиці оцінюється в 25–40 %. А на один випадок завершеного суїциду припадає до 10 суїцидальних спроб. В Україні відзначається загальносвітова тенденція до зростання психічних розладів у дітей, в тому числі депресії і суїцидальної поведінки.

В підлітковому віці депресивні розлади особливо пов'язані з суїцидальною поведінкою. Доказом тому є той факт, що у 15 % дітей і підлітків у віці від 8 до 18 років, що зробили суїцидальну спробу, були виявлені депресивні реакції і стани [6].

Актуальність проблеми депресивних розладів, що маніфестують у дитячо-підлітковому віці, ви-

значається, насамперед, широкою поширеністю цих розладів, складністю розпізнавання даної патології на ранніх стадіях захворювання та високим суїцидальним ризиком [1–8]. Хоча на сьогоднішній день не існує єдиної загальноприйнятої класифікації вікових періодів, проте з урахуванням соматичного, психологічного та соціального дозрівання можна погодитись з оптимальною пропозицією експертів ВООЗ вважати вік підлітків від 10 до 20 років, як це прийнято зараз у більшості країн світу [9].

Цей вік є надзвичайно важливим для подальшого розвитку людини, оскільки в цей період завершується психічне, тілесне та статеве становлення, виробляються та закріплюються особливості поведінки; недаремно його називають критичним. У підлітковому періоді ламаються і перебудовуються багато колишніх відносин, що призводять до перманентних конфліктів. А якщо індивід перебуває у стані перманентного конфлікту – конфлікту між актуалізованими потребами та неможливістю їх задоволення, то найімовірнішими формами психічного реагування на фруструючу ситуацію будуть депресивні реакції. У підлітків перманентно-фруструючою ситуацією виступають з одного боку – багато претензій на почуття дорослості, з другого – постійна соціальна ситуація, він як і залишається учням. Даний хронічний конфлікт може спричинити психічні захворювання, у тому числі, дуже часто може провокувати депресивні розлади.

Депресії у підлітків представляють одну з найскладніших медичних проблем також через важкі соціальні наслідки, до яких належать самогубства, насильство, наркоманія і поведінкові девіації [10, 11]. У вітчизняній літературі присвяченій суїцидальній поведінці пріоритет приділяється переважно суїцидальним діям (спробами завершеним самогубствам). Коли йдеться про так звані внутрішні форми суїцидальної поведінки, то тут немає чіткого розуміння та поділу цих форм. Використовуються терміни – суїцидальні думки, суїцидальні ідеї, тенденції тощо без їх чіткого визначення та клінічного опису [12].

Суїцидальна поведінка – це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості підлітка в умовах мікросоціального конфлікту, що переживається. При розгляді стадій формування суїцидальної поведінки умовно можна виділити такі: антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри та реалізація останніх як спроб [6]. Приблизне співвідношення суїцидальних думок, спроб та завершених суїцидів становить 100:10:1 [13]. Депресія є найбільш типовим перед суїцидальним станом стимулом якої є стресова ситуація [14]. До депресії наводить велику кількість різних факторів: зміна відносин з однолітками, вплив сім'ї, занижена самооцінка, погана успішність у школі, відсутність надій на майбутнє.

Аналіз змісту психотравмуючих ситуацій серед

підлітків показав наступне: у більшості випадків до замаху на самогубство призводять сімейні конфлікти — понад 50 %, значно рідше з однаковою частотою — конфлікти з однолітками та любовні конфлікти — близько 13 %, шкільні конфлікти передують пара суїцидам — понад 8 % [15]. Іноді бажання померти і бажання вчинити самогубство у підлітка розглядаються як два різні феномени. Суїцидальні думки у підлітків, на думку авторів, можуть виникати разом із розвитком «его-структури». Бажання ж померти закладено у конституційну депресивну структуру внаслідок ранньої емоційної депривації з боку матері. Тому зовні однакова суїцидальна поведінка може бути заснована на двох принципово різних психологічних механізмах, з чого випливає необхідність диференціації психотерапевтичної допомоги таким підліткам.

Проблема діагностики суїцидальної поведінки у підлітків найчастіше буває зумовлена недостатньою синдромологічною окресленістю депресивних станів у пубертатному віці. У пубертатній фазі, коли «руйнуються відносна досконалість і гармонія дитинства» і відбувається «розширення емоційного горизонту», відзначається схильність до безпричинних коливань настрою, властива підліткам «афективна рухливість» вказує на порушення психічної рівноваги та характеризує процес психологічного розвитку в цьому віковому. Однак стерта афективна симптоматика може ховатися під маскою пубертатних проявів, створюючи додаткові діагностичні труднощі.

**Метою** роботи було вивчення структури суїцидальної поведінки, факторів предикції авітальної поведінки у підлітків з депресивними розладами у віковому та гендерному аспектах.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 102 хворих із депресією, з яких 48 підлітків 12–14 років (22 хлопця і 26 дівчат), 54 підлітків 15–18 років (26 хлопців і 28 дівчат). Застосувались клініко-психопатологічний, патопсихологічні (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, тест Люшера, тест невротичного стану (Б.Д. Менделевича); шкала Спілбергера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; проєктивні малюнкові тести, Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) (Posner, K. et al.)).

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Специфікація і кластеризація симптомокомплексів надали можливість визначити діагностичні критерії депресивного розладу поведінки у підлітків. Питома вага суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами склала 40,9 %. Суїцидальну поведінку достовірно частіше було реєстровано у дівчат із депресією 15–17 років (у 47 із 68 дівчат (69,1 %)) в порівнянні з дівчатами 12–14 років (у 12

із 36 дівчат (33,3 %),  $p < 0,01$ ). У хлопців із депресією 15–17 років питома вага суїцидальної поведінки склала 27,7 % (у 13 із 47 хлопців).

Дослідженнями встановлено, що симптомокомплекси утворюють депресивний розлад поведінки у підлітків представлений не завжди класичними симптомами. Перший рейтинг займають наступні симптоми: зниження настрою, дратівливість, збудливість, зниження самооцінки, порушення навчальної діяльності, афективна нестійкість, тривога, порушення сну. Ці симптоми зустрічаються у всіх пацієнтів незалежно від віку та статі. В структурі соматичних скарг у всіх підлітків зареєстровано головний біль різної локалізації та інтенсивності (у 176 хворих, 44,3 %).

Суїцидальна поведінка реєстрована у третини пацієнтів (29,5 %). Достовірно частіше вона реєстрована у хлопців 15–18 років порівняно з підлітками 12–14 років (19,2 % та 0,0 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Цей показник достовірно частіше реєстровано серед дівчат 12–14 років порівняно з хлопцями аналогічного віку (27,8 % та 0,0 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Слід зазначити, що суїцидальна поведінка має виражену тенденцію до зростання у дівчат підлітків 15–18 років порівняно з дівчатами 12–14 років із ДРП (48,5 % та 27,8 %, відповідно). Істинну суїцидальну поведінку (навмисну, обдуману поведінку, спрямовану на реалізацію самогубства) в досліджуваній групі пацієнтів було реєстровано у трьох з дев'яти хлопців (стрибки з висоти) і у 19 з 33 дівчат із ДПР. Завершений суїцид реєстровано в 5,8 % випадків (у двох дівчат і у одного хлопця 15 років, які скинулися з багатоповерхового будинку). В цілому питома вага відмінності варіантів суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами склала більше однієї третини пацієнтів. Останнє узгоджується з літературними даними інтенсифікації випадків суїцидальної поведінки серед молоді віком 15 років і старше. По суті, суїцидальна поведінка розглядається як результат формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві.

Слід зазначити, що підлітки зі стійкою суїцидальною поведінкою відрізнялися певними характерологічними особливостями — реакціями протесту, опозиції, інфантилізму. Серед підлітків, що відрізняються рецидуванням суїцидних спроб, частіше відзначалася психологічна схильність до делінквентності і ознаки соціальної дезадаптації (відходи з дому, групування з асоціальними підлітками, відсутність мотивації до відвідування школи). Структура суїцидальної поведінки частіше була представлена у вигляді демонстративного типу суїцидальної поведінки (у 34 із 52 пацієнтів, 65,4 %). Такий тип суїцидальної поведінки — це зображення спроб самогубства без реального наміру покінчити з життям, з розрахунком на порятунок. Афективний тип суїцидальної поведінки реєстрований переважно у дівчат-під-

літків незалежно від віку (у 23 із 43 дівчат, 53,5 %). Афективний тип суїцидальної поведінки характеризується діями, що здійснюються на висоті афекту. Підлітки з багаторазовими суїцидними спробами відрізнялися вираженою делінквентною поведінкою — у них часто відзначалися епізоди інгаляцій токсичних речовин, ін'єкцій наркотичних засобів, куріння похідних канабісу, випадки вживання алкогольних напоїв з енергетиками.

Далі нами було проаналізовано причинно-наслідкові зв'язки суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами. Суїцидальна поведінка, як відомо — це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросо-

ціального конфлікту.

При розгляді стадій формування суїцидальної поведінки умовно можна виділити наступні: антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри і реалізація останніх у вигляді спроб. Приблизне співвідношення суїцидальних думок, спроб і завершених суїцидів складає 100:10:1. Як правило, більшість суїцидальних дій спрямована не на самознищення, а на відновлення соціальних зв'язків з оточуючими.

У табл. 1 представлено перелік психотравмуючих факторів, що беруть участь у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків з депресивними розладами.

Таблиця 1

**Перелік психотравмуючих факторів, що беруть участь у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків з депресивними розладами**

Психотравмуючі фактори	Хворі із депресією і суїцидальною поведінкою, n = 176	
	N	%
Втрата улюбленої людини	7	18,4
Уражене відчуття власної гідності	28	73,6
Руйнування захисних механізмів особистості у результаті вживання алкоголю, гіпногенних наркотичних засобів і наркотиків	31	81,6
Хронічна фрустрація у зв'язку з насильством з боку однолітків	32	84,2
Хронічна фрустрація у зв'язку з насильством з боку батьків	33	86,8
Хронічна фрустрація у зв'язку з насильством з боку вчителів	19	50,0
Групова аутоагресія популяційної субкультури	31	81,6
Психологічні проблеми пов'язані із сексуальним насильством	8	21,0

Так, серед факторів психологічної депривації, найбільш значущих в формуванні суїцидальної поведінки у підлітків з депресивними розладами, виділено хронічну фрустрацію у зв'язку з насильством з боку батьків (86,8 %), хронічну фрустрацію у зв'язку з насильством з боку однолітків (84,2 %), руйнування захисних механізмів особистості у результаті вживання алкоголю, гіпногенних наркотичних засобів і наркотиків (81,6 %).

У формуванні суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами високу питому вагу займають такі чинники, як хронічна фрустрація у зв'язку з груповою аутоагресією (81,6 %), уражене відчуття власної гідності (73,6 %). Визначено кореляції між клінічними показниками депресивного розладу і поведінковими паттернами дезадаптації (табл. 2).

**ВИСНОВКИ**

У підлітків з депресивними розладами встановлено зворотній негативний кореляційний зв'язок між симптомами депресії, тривоги, агресії та суїцидальною поведінкою. Диференціація клінічних, психотравмуючих факторів, що детермінують суїцидальну поведінку у підлітків із депресивними розладами, дозволяють визначити тактику первинної та вторинної психопрофілактики прогресування афективної патології та авітальної поведінки в юнацькому віці.

**Значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу і поведінковими паттернами дезадаптації**

Показник	Кореляція з показниками	Коефіцієнт кореляції
Патологічний варіант поведінкового порушення	анорексія	-0,87
	аутоагресія	-0,86
	аддиктивна поведінка	-0,84
Депресія	тривожність	-0,88
	суїцидальна поведінка	0,76
Когнітивна дисфункція	самооцінка	-0,87
	рівень депресії	0,98
Ангедонія	роздратованість	-0,86
	стомлюваність	0,71
Тривожність	суїцидальна поведінка	-0,65
	аддиктивна поведінка	-0,55
Почуття провини	самооцінка	-0,65
Агресивність	суїцидальна поведінка	0,61
Суїцидальна поведінка	аддиктивна поведінка	0,63
	тривожність	-0,65

**БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ**

1. Дьоміна О. О. Суїцидальна поведінка при гострій реакції на стрес у осіб молодого віку: (Особливості формування, методи корекції та профілактики): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Харків, 2004. – 20с.

2. Крамар Ю. А. Суїцидальна поведінка та самоушкодження: організаційні заходи. *НейроNews*. 2019. № 1 (102). С. 39 – 41.

3. Пилягіна Г.Я. Проблема саморуїнуючої поведінки серед населення України // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – № 215. – С. 10-11

4. Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Лист МНО України № 1/9-241 від 27.06.2001 / В.М. Прийменко. – К: КМПУ ім. Д. Грінченка, 2005. – 43 с.

5. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В.П. Москальця. – Київ – Івано-Франківськ: Плай, 2002. – 249 с.

8. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія» . – Запоріжжя, 2020. – 87 с.

9. Информационный бюллетень ВОЗ за 2019 год Психическое здоровье (2019). URL: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-mentalhealth-2019>.

10. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / Wasserman D., Wasserman C. (eds.). Oxford University Press, Oxford, 2009: 620 p.

11. Beary M., Hodgson R., Wildgust H. J.: A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications // *J Psychopharmacol*. 2012; 26 (5 Suppl): 52 – 61. DOI:

10.1177/026988112440512

12. Self-injurious behavior / Huisman S., Mulder P., Kuijk J. [et al.] // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018; 84: 483 – 491. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.02.027.

13. Jakhar K., Beniwal R. P., Bhatia T., Deshpande S. N. Selfharm and suicide attempts in Schizophrenia // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; 30: 102 – 106. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.08.012

14. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm – A cross-sectional study / Mork E., Mehlum L., Barrett E. [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 255. DOI: 10.1186/1471-244X-13-255

14. Плотников А. Г., Костерев К. В. Самоповреждения параноидного генеза (клиническая иллюстрация) // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. Киев; Харьков, 2010. Т. 5. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/papero01.htm>*

15. Tsirigotis K. Indirect Self-Destructiveness and Emotional Intelligence // *Psychiatric Quarterly*. 2016; 87 (2): 253–263. DOI: 10.1007/s1126-015-9387-x