

# ТЕХНОЛОГІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Матковська Т. М.

ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України"  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

*В роботі висвітлені питання клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки та психологічні особливості хворих з непсихотичними психічними розладами. Виділено фактори ризику, що обумовлюють формування суїцидальної поведінки у хворих з непсихотичними психічними розладами. Розроблено прогностичні критерії суїцидального ризику у підлітків з різними варіантами психічних непсихотичних розладів.*

**Ключові слова:** діти шкільного віку, підлітки, суїцидальна поведінка, фактори ризику, емоційно-лабільний розлад органічного генезу, неврастенія, депресивний невротичний розлад

## ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Матковская Т. Н.

*В работе освещены вопросы клинико-психопатологических особенностей суицидального поведения и психологические особенности больных с непсихотическими психическими расстройствами. Выделены факторы риска, обуславливающие формирование суицидального поведения у больных с непсихотическими психическими расстройствами. Разработаны прогностические критерии суицидального риска у подростков с различными вариантами психических непсихотических расстройств.*

**Ключевые слова:** дети школьного возраста, подростки, суицидальное поведение, факторы риска, эмоционально-лабильное расстройство органического генеза, неврастенія, депрессивное невротическое расстройство.

## TECHNOLOGY OF DIAGNOSIS, MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH NEUROTIC DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR

Matkovska T. M.

*The study determined the clinical and psychopathological characteristics of suicidal behavior and psychological characteristics of patients with non-psychotic mental disorders. Risk factors that determine the formation of suicidal behavior in patients with non-psychotic mental disorders are identified. The prognostic criteria of suicidal risk in adolescents with various types of mental non-psychotic disorders have been developed.*

**Keywords:** children of school age, adolescents, suicidal behavior, risk factors, emotional labile disorder of organic genesis, neurasthenia, depressive neurotic disorder.

## АКТУАЛЬНІСТЬ

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 кон-

такту 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].

**Мета дослідження:** удосконалення профілактики суїцидальної поведінки у підлітків із непсихічними психічними розладами.

В дослідженні, проведеному співробітниками ДУ «ІОЗДП НАМН» за період 2010 – 2017 рр. було досліджено: 156 підлітків з тривожно-фобічними розладами; 200 підлітків з неврастенією; 200 підлітків з депресією; 500 підлітків з емоційно-лабільним астеничним розладом органічного генезу.

Виявлена питома вага суїцидальної поведінки у підлітків з граничними психічними розладами, яка склала 12,3 %. Аналіз за гендерними характеристиками підлітків, що мали суїцидальну поведінку показав, що найбільша питома вага суїцидальної поведінки реєструвалася у хлопців з емоційно-лабільним розладом органічного генезу, та у дівчаток – хворих на неврастенію та депресію.

Наявність психічної травматизації і різних проявів патологічного пристосування в онтогенезі потенціє формування деструктивних копінг-стратегій, перш за все, суїцидогенезу. Найбільш інтенсивно психічний, душевний біль випробовується людиною при переживанні екзистенціальної кризи.

У дітей і підлітків (при недосформованому механізмі копінг-поведінки і психологічних захистів) душевний біль при екзистенціальному кризі переживається як глобальна нестерпна і нескінченна життєва катастрофа з відчуттям безнадійності, безвихідності і нестерпного душевного болю.

В ході дослідження було з'ясовано, що суїцидогенез маніфестує в наслідок: наростаючої виснаженості пристосувальних механізмів психіки (у дітей і підлітків при їх недосформованості), психологічної вразливості особистості, закріплення аутодеструктивних патернів реагування в психотравмуючих умо-

вах (аутодеструктивних копінг-стратегій); як основи формування і проявів патологічної нездоланої екзистенціальної кризи. Девіантні дитячо-батьківські відносини формуються при: регулярних конфліктах і проблемах в стосунках з дитиною, коли рішення приймається без адекватного прояснення ситуації, відсутності включення членів родини в життя і справи один одного: все поруч, але не разом – спільний побут без емоційної близькості. Маніпулятивних і віктимних установках в поведінці батьків: використання дитини як засобу тиску і маніпуляції партнерів один на одного, при непослідовності в стосунках з дитиною від максимального прийняття до максимального відторгнення, незалежно від особливостей його поведінки, наявності внутріродинного суперництва зі створенням різних «коаліцій» в боротьбі проти будь-кого з членів родини, конформізму або потуранні з боку батьків аж до готовності «йти на поводу» як своєрідний спосіб уникнення емоційно-близьких стосунків з дитиною («Я зроблю, як ти хочеш, тільки відчепися ...»), при директивному стилі відносин батьків по відношенню до дитини і його емоційне відторгнення в родині.

Вкрай інтенсивне переживання гострої психотравмуючої ситуації запускає механізм маніфестації суїцидогенезу і реалізації первинних аутоагресивних дій. Суїцидальний ризик при первинному суїцидальному епізоді є найбільш вираженим при наявності хронічних психопатологічних розладів, зокрема, психічних та поведінкових розладів, викликаних вживанням алкоголю і наркотичних речовин (F 1), при хронічних афективних розладах, пролонгованих невротичних розладах (F 43.25) і особистісних розладах (F 60 – переважно емоційно-нестійкого розладу (F60.3), істероїдних розладах (F60.4)).

Предикативними факторами розвитку так званої «суїцидальної кар'єри» є: суїцидальний епізод, як прояв екзистенціальної кризи; байдужість і позитивне ставлення до реалізації; атодеструктивні дії в найближчому постсуїцидальному періоді; виснаженість адаптивних ресурсів, або їх дезадаптивне функціонування; наявність виражених хронічних психопатологічних розладів; найбільший ризик формування «суїцидальної кар'єри» і реалізації повторних аутодеструктивних дій спостерігається при комбінації вищенаведених факторів; нестерпних психалгіях, депресивних переживаннях, тривозі; суб'єктивному переживанні нерозуміння близькими, безпорадності, непотрібності, покинутості, нестерпності самотності; патернах ескапістської поведінки – мотивах уникнення страждання, смерті; відмови від життя; самопожертви, інерції і запереченні як стратегії поведінки, що долає в суїцидогенному конфлікті утворення, осмислення ситуації, неусвідомлені реальної проблеми; деякої вираженої нездатності приймати адекватні рішення в проблемних ситуаціях і конструктивно

діяти в більшості психотравмуючих обставин.

В переважній більшості випадків нездатність реалізувати задумане є неприйняття власного сьогодення і майбутнього. Потенційними предикторами суїцидальної поведінки в підлітковій субкультурі є: неблагополучна або матеріально незабезпечена сім'я; генетична схильність до суїциду, незрілість особистості в слідстві слабкої самоконтролю; складний соціально-психологічний клімат в родині; соціальна і емоційна ізоляція в середовищі однолітків, самотність; стресові ситуації повсякденного життя (навчання, дозвілля, секс і т.п.); раннє сексуальне життя і інші сексуальні проблеми; депресія в наслідок втрати об'єкта любові і інтересу до життя; висока сугестивність і тенденції до наслідування; почуття провини і (або) страху і ворожості в міжособистісних відносинах; вживання алкоголю і наркотиків; група аутоагресія.

Доведено, що на появу порушень поведінки (у тому числі суїцидальної) у дітей має безпосередній вплив сімейних чинників – близького оточення і виховання.

Вченими Інституту психіатрії і генетики (штат Вірджинія) при дослідженні 1350 пар близнят у віці 8-16 років показано, що конфлікти в сім'ї та низька її адаптивність в два рази збільшують ризик порушень поведінки у дітей. Англійськими психіатрами показана роль фізичної агресії по відношенню до дітей як провідної причини асоціальної поведінки в дорослому віці (Carbonneau R. et al., 2002). Дослідженнями фінських вчених (Taanila A., 2004 et al.) показано вплив сімейного чинника, зокрема складу і чисельності сім'ї.

Аналіз частоти суїцидальної поведінки у дітей і підлітків показав, що серед шкільної популяції – у 3,2 %, при депресії – у 12,5 %. У дітей молодшого шкільного віку з депресією – 3,7 %, у дітей з рекурентних депресією – 5,4 %, у дітей з коморбідної психічної та соматичної патологією – 3 %.

Популяційні дослідження різних когорт підліткової популяції, що проведені співробітниками ДУ «ІОЗДП НАМН» в період першого десятиріччя 21 сторіччя встановили, що питома вага суїцидальної поведінки становить: у підлітків шкільного віку 3,2 %, у підлітків з невротичними розладами 5,4 %, у підлітків-безпритульників – 25,6 %.

В дослідженні доведено, що порушення поведінки у молоді мають мультифакторне походження включаючи: спадковість, дію несприятливих чинників перинатального періоду, дію чинників близького сімейного оточення.

Аутоагресивна (саморуйнівна) поведінка – це поведінка, що відхиляється від медичних і психологічних норм, що загрожує цілісності та розвитку самої особистості.

Основні форми саморуйнівної поведінки: суїцидальна поведінка, харчова залежність, хіміч-

на залежність (зловживання психоактивними речовинами), фанатична поведінка (залученість у деструктивно-релігійний культ), аутична поведінка, віктимна поведінка (поведінка жертви), діяльність із вираженим ризиком для життя (екстремальні види спорту, істотне перевищення швидкості при їзді на автомобілі й ін.).

Визначено частоту та варіанти суїцидальної поведінки у підлітків з непсихотичними психічними розладами (НПР), яка склала 12,3 %.

Варіанти суїцидальної поведінки у підлітків з НПР представлені наступними формами: суїцидальні думки – 46,9 %, суїцидальні висловлювання 20,9 %, демонстративна суїцидальна поведінка – 16,1 %, суїцидальні спроби – 16,1 %.

Аналіз вікової характеристики підлітків з суїцидальною поведінкою показав, що найбільша питома вага суїцидальної поведінки зареєстрована у підлітків 14-18 років не залежно від форми граничних нервово психічних розладів (за винятком тривожно-фобічних розладів).

Визначені цикли суїцидальної активності, з перевагою весняних (квітень-червень) та осінніх (жовтень-листопад) місяців.

Загальною причиною суїциду є: соціально-психологічна дезадаптація, що виникає під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, порушення взаємодії особистості з її найближчим оточенням. Однак для підлітків це найчастіше не тотальні порушення, а порушення спілкування із близькими, з родиною.

Передумовою аутодеструктивної поведінки та суїциду зокрема є: апатія, невір'я в особисті перспективи, зниження творчої та вітальної активності в результаті психічної травми. наявність психотравмуючої ситуації – недостатня умова для прояву суїциду. Друга складова – особистісні особливості суїцидента: ряд особливостей особистості, що не дозволяють їй адекватно реагувати на життєві проблеми й тим самим повертають до суїциду: напруга потреб і бажань, невміння знайти способи їхнього задоволення, відмова від пошуку виходу зі складних ситуацій, низький рівень самоконтролю, невміння послабити нервово-психічну напругу, емоційна нестабільність, імпульсивність, підвищена сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду.

У підлітків суїцид частіше реєструється при наступних акцентуаціях характеру: істероїдному типі, сенситивному типі, емоційно-лабільному типі. Фоном є високий рівень агресивності підлітка.

Психологічний зміст підліткового суїциду – це прохання, звернення про допомогу, прагнення повернути увагу до свого страждання. Характерними рисами підліткового суїциду є наступне: суїциду передують короткочасні, об'єктивно неважкі конфлікти в сферах близьких відносин (у родині, школі, групі); конфлікт сприймається, як край значимий і травматичний, викликаючи внутрішню кризу й дра-

матизацію подій; суїцидальний вчинок сприймається в романтично-героїчному ореолі: як сміливий виклик, як рішуча дія, як мужнє рішення й т.п. суїцидальна поведінка демонстративна, у ній є ознаки «гри на публіку»; суїцидальна поведінка регулюється скоріше поривом, афектом, в неї немає поміркованості, виваженості, точного прорахунку.

Серед причини суїцидів серед підлітків є наступні: втрати, розрив романтичних відношень, смерті коханої людини, смерть свійської тварини, втрата «особи» (приниження, сильне почуття сорому), розлучення батьків, психологічне насильство в школі з боку вчителів, однолітків; психологічне насильство в родині з боку батьків, фізичне насильство в освітній установі й родині, низька самооцінка, недолік спілкування, змушена соціальна ізоляція, особливо від родини, друзів (еміграція, змушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків – переїзд на нове місце проживання), безперспективність і безнадійність.

В ході спостереження виявлено синдроми розладів поведінки та емоцій у підлітків, що вказують на готовність до суїциду, а саме – тривожно-ажитована поведінка, зовні навіть схожа на підвищення, однак, із проявами суєти, поспіху; зтяжні порушення сну: підлітка переслідують страшні сновидіння з картинами катаклізмів, катастроф, аварій або лиховісних тварин; напруга афекту, розрядження, періодично зовні з немотивованою агресією; депресія, апатія, безмовність: підліток важкий на підйом, уникає виконання обов'язків, безглуздо проводить час, у поведінці – сонливість; виражене почуття неспроможності, провини, сорому за себе, виразна непевність у собі. Цей синдром може маскуватися навмисною бравадою, зухвалою поведінкою, зухвалістю; патологічний пубертат з вираженими соматичними, ендокринними й нервово-психічними порушеннями; вживання алкоголю, токсикоманія, наркоманія.

Проаналізовано зовнішні умови суїцидального підлітка – неблагополучна родина: важкий психологічний клімат, конфлікти батьків, алкоголізм

в родині, втрата батьків; безпритульність підлітка, відсутність опори на значимого дорослого, який би займався підлітком; несприятливе положення підлітка в родині: відторгнення, настирлива опіка, жорстокість, критичність до будь-яких вчинків підлітка; відсутність у підлітка друзів, відторгнення у навчальній групі; серія невдач у навчанні, спілкуванні, міжособистісних відносинах з родичами та дорослими.

В ході дослідження нами були визначені кроки по запобіганню суїцидальних спроб, що дозволять сформувати навички у підлітків: по зняттю психологічної напруги в психотравмуючій ситуації, зменшенню психологічної залежності від причин, що призвели до суїцидальної поведінки, формуванню компенсаторних механізмів поведінки, формуванню адекватного відношення до життя та смерті.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Усов М. Г. Ранняя диагностика и терапия депрессий – важнейшие факторы профилактики суицидов у подростков [Текст] / М. Г. Усов // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 1997. – Вып. 4. – С. 23-24.
2. Попова Н. М. Суицидальное поведение у подростков [Текст] / Н. М. Попова // Психическое здоровье детей и подростков. – Томск-Кемерово, 1998. – С. 89-92.
3. Prigerson H. G. Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults [Text] / H. G. Prigerson, M. J. Slimack // J. Nerv. Ment. Dis. – 1999. – Vol. 187, N 1. – P. 23-31.
4. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults [Text] / M. B. Stein [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58, N 3. – P. 251-256.
5. Gutierrez P. M. Suicide risk factors for young adults: testing a model across ethnicities [Text] / P. M. Gutierrez, P. J. Rodriguez, P. Garcia // Death Stud. – 2001. – Vol. 25, N 4. – P. 319-340.
6. Жезлова Л. Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков [Текст] / Л. Я. Жезлова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С. 124-133.