

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ЮНОШЕСКИХ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

И.В. Олейчик, Г.И. Копейко, П.А. Баранов

ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва
Кафедра психиатрии ГБОУ ДПО РМАПО, Москва

В ходе проведенного клинико-психопатологического исследования 393 больных юношеского возраста (16–25 лет), страдающих эндогенными депрессиями, были выявлены различия в частоте суицидальных попыток и особенностях суицидального поведения в зависимости от психопатологической структуры и типологической принадлежности данных состояний. Наиболее часто суицидальное поведение отмечалось при метафизических и дисморфобических типах юношеских депрессий, наиболее редко – при сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических их вариантах. Показано патопластическое влияние возрастного фактора на особенности суицидального поведения в данном периоде онтогенеза.

Ключевые слова: юношеский возраст, суицидальное поведение, суицидальные попытки, эндогенная депрессия.

Наблюдающийся в последние десятилетия рост количества самоубийств и покушений на самоубийство в подростково-юношеском возрасте, недостаточная теоретическая и практическая разработанность данной проблемы, а также настоятельная необходимость поиска новых, более совершенных форм помощи этой категории лиц ставят задачи дальнейшего изучения причин и особенностей возникновения суицидальных тенденций с целью их профилактики, выявления групп риска, предупреждения рецидивов [1, 5, 6, 9, 16–18, 20, 24, 25, 29]. Это тем более важно, что суицидальные мысли, связанные с депрессией, в юношеском возрасте, по данным E.L. Golberg [23], встречаются в два раза чаще, чем в общей популяции. Среди американских старших подростков доля совершавших суицидальные попытки достигает 7,1 % [15]. Причем, по данным C.Z. Garrison [22], частота самоубийств среди подростков в этой стране за период с 1955 по 1985 гг. выросла более чем в три раза – с 4,1 до 12,9 на 100 тыс. населения. N. Meghan опубликовал 9 июня 2012 г. в газете New York Daily News доклад Центра по контролю и профилактике заболеваний, в котором сообщается, что в США уровень самоубийств среди подростков-школьников возрос в последние несколько лет с 6,3 % в 2009 г. до 7,8 % в 2011 г. При этом в докладе отмечается, что 1 из 6 школь-

ников серьезно задумывался о самоубийстве, и 1 из 12 пытался суицид совершить. В Российской Федерации в последние годы, по данным ряда исследователей [6–8], также отмечается рост аутоагрессивных тенденций в молодежной среде.

В настоящее время в научной литературе чаще всего применяется термин «суицидальное поведение», под которым, согласно дефиниции E. Stanley и J. Barter [30], понимаются все проявления суицидальной активности — мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные попытки, покушения на самоубийство, завершённые суициды. Использование данного понятия является особенно актуальным и обоснованным в применении к подростково-юношескому возрасту, когда суицидальные проявления характеризуются выраженным многообразием, имеют ряд отличительных признаков, обусловленных онтогенетическими особенностями соматопсихического состояния организма во время пубертатной перестройки, когда специфика физиологических, психологических и психопатологических процессов, свойственных периоду социально-психологического становления развивающейся личности, обуславливает известное возрастное своеобразие СП [2].

Клинически значимую взаимосвязь между депрессиями и суицидальными проявлениями констатировал еще в конце XIX века основоположник суицидологии E. Durkheim [21], ссылаясь на клинические наблюдения J. Esquirol и J. Falret. Многочисленные исследования, проведенные в течение XX века, позволили утвердиться в мысли, что суицидальная опасность, являющаяся одним из основных спутников депрессивных состояний, вытекает из проявлений депрессий в целом и зависит от выраженности и клинического варианта депрессивного синдрома. Более того, по мнению ряда авторов, в пубертатном возрасте суицидальное поведение нередко оказывается единственным признаком депрессии [3, 14, 19, 26]. Таким образом, в многогранной проблеме суицидологии особое место принадлежит изучению суицидального поведения при депрессиях, так как наиболее тяжелые проявления аутоагрессии (в том числе завершённые суициды) приходятся в юношеском возрасте на психопатологические синдромы, в структуре

которых депрессивная симптоматика является первостепенной [29].

Проведенное нами в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАМН, профессор А.С. Тиганов) НЦПЗ РАМН клинико-психопатологическое исследование 393 больных мужского пола юношеского возраста (16–25 лет), страдавших эндогенными депрессиями и госпитализированных по этому поводу в клинику, позволило установить ряд особенностей суицидального поведения, присущих этой когорте пациентов. При этом феноменология суицидального поведения у изученных больных в значительной степени зависела от типа (клинического варианта) депрессивного состояния, т. е. от его психопатологических особенностей.

Следует отметить, что, как показали наши исследования, даже при нахождении больного с теми или иными проявлениями депрессии на излечении в психиатрическом стационаре, над лечащим врачом практически постоянно довлеет угроза совершения пациентом попытки самоубийства. Наши данные свидетельствуют о том, что у 64,4 % больных с юношескими эндогенными депрессиями обнаруживались в анамнезе или фиксировались в течение наблюдения в стационаре суицидальные мысли, намерения или соответствующие высказывания. Более чем у половины из этих больных (59,7 %) суицидальное поведение реализовывалось в суицидальных попытках. При этом характерно, что 48,7 % больных, совершивших в состоянии депрессии попытки самоубийства, пытаются повторить их вновь. По мнению X. Rommegeau и соавт. (1995), три четверти молодых людей, пытавшихся покончить с собой и имевших рецидивы суицидального поведения в течение трех месяцев, не были госпитализированы после первой попытки. Данному факту придается очень большое значение, поскольку именно госпитализация юношей или подростков после попытки самоубийства является важнейшим средством предотвращения фатального исхода.

Сравнивая младшую (16–20 лет) и старшую (21–25 лет) группы исследуемых больных, следует отметить, что между ними были обнаружены определенные различия психологической значимости факторов риска, определяющих вероятность совершения суицидальных попыток. Так, например, для пациентов младшей возрастной группы наибольшую значимость имеют семейные разногласия, развод родителей с последующей разлукой с одним из любимых людей, школьная дезадаптация, ссоры с друзьями и другие микросоциальные конфликты.

Для группы пациентов старшего юношеского возраста в качестве суицидогенных факторов выступают психотравмирующие ситуации, имеющие более высокую личностную значимость, труднее поддающиеся коррекции: изменение жизненного уклада с ломкой привычных стереотипов при поступлении в вузы, призыве на службу в армию; неудачный сексуальный опыт и разрывы отношений с половыми партнерами; сложности самоутверждения в

новых коллективах; неудачи на профессиональном поприще; увлечение мистическими концепциями, членство в тоталитарных сектах и т. д.

В процессе проведенного исследования нам удалось установить положительную корреляцию между суицидальным поведением в анамнезе, тяжестью клинических проявлений, наличием коморбидных заболеваний, терапевтической резистентностью депрессии, принадлежностью к старшей возрастной группе, длительностью течения болезни и вероятностью (частотой) совершения суицидальной попытки. Исходя из полученных данных мы пришли к выводу, что наличие у больного двух или большего количества факторов риска, а тем более совершавшаяся ранее суицидальная попытка существенно увеличивают опасность суицида.

В данной работе представлены результаты изучения особенностей суицидального поведения больных с различными типологическими разновидностями юношеских эндогенных депрессий, к которым, согласно классификации, разработанной школой М.Я. Цуцурковской [10, 12, 13 и др.], относятся депрессии с картиной юношеской астенической несостоятельности, метафизические, дисморфофобические, гебоидные, деперсонализационные, психастеноподобные, сенесто-ипохондрические и обсессивно-фобические депрессии. Для большей наглядности мы сочли целесообразным расположить каждый из типов депрессий в порядке убывания доли (в %) больных с суицидальными мыслями (намерениями, высказываниями). В той же последовательности мы приводим и краткие результаты анализа суицидальных тенденций при депрессиях, отнесенных к каждой из типологических разновидностей.

Чаще всего суицидальные мысли выявлялись у больных, страдающих юношескими **метафизическими депрессиями**. Доля таких пациентов составляла 79,6 %. Из них 66,7 % совершили суицидальные попытки, называемые нами первичными, что составляло 53,1 % от общего числа наблюдений. Характерно, что 28,3 % пациентов прибегали к суицидоопасным действиям неоднократно. Как правило, при метафизических депрессиях суицидальное поведение обуславливалось доминированием в клинической картине сверхценных пессимистических построений, касающихся ценностно-смысловой сферы в виде идей бессмысленности собственного или человеческого существования в целом, и тесно связанных с этими концепциями размышлений о сущности смерти и правомочности самоубийства, приобретающих при данном типе состояний характер депрессивного мировоззрения, навязчивого бесплодного мудрствования, негативно аффективно окрашенного и несущего в себе элементы «пассивного согласия на смерть» [3]. Так, один из больных предпринял суицидальную попытку (ввел себе несколько граммов смеси героина с кокаином и запил бутылкой водки) из «духа противоречия, нежелания следовать фатальности судьбы», с целью «экспериментальной попытки перехода в другой мир».

Мотивы суицидального поведения варьировали в зависимости от синдромальных особенностей данных депрессивных состояний. Так, при варианте метафизических депрессий, протекающих по типу «экзистенциального невроза», больные, постоянно испытывая тревогу, тоску, чувство собственной бесперспективности, «духовной ущербности», трагически воспринимали неудачи в общении с окружающими, провалы в учебе, горестные события и находили в этом повод для совершения суицидальных попыток. Причем последние нередко становились в дальнейшем «привычным ответом» на конфликтную или драматическую ситуацию.

Например, больной 3-й С.С. (18 лет) пребывал в уверенности, что окружающие его люди фальшивы в проявлении своих эмоций, их поведение носит утрированный, неискренний характер, интересы студенческой среды приземлены и примитивны, в то же время сам он нуждается в усиленном самосовершенствовании, чтобы не слиться с серой массой, не потерять своего «Я». После смерти любимого деда на похороны ехать отказался, мотивируя это тем, что все будут «изображать» чувства, которых не испытывают. Спустя некоторое время возникло острое чувство отчаяния, «понял», что он не такой, как остальные люди, и его адаптация к окружающему обществу приведет к «утрате своего «Я». Возникло острое желание покончить с собой. Купил в аптеке шприц, пытался ввести себе в вену воздух, испытал разочарование, что ничего не произошло. В течение нескольких дней многократно пытался повторить суицидальную попытку, но не мог попасть в вену. Решив, что у него недостаточно медицинских навыков, решил осуществить суицидальную попытку с помощью электрического тока. С помощью сетевого распределителя подключался к току, получил сильные ожоги рук, но остался жив. Неудачей был расстроен, обвинял себя в малодушии, трусости. Решил, что если не может покончить с собой, то может погибнуть от несчастного случая. Ездил на велосипеде по оживленной трассе, ходил определенным маршрутом по улицам Москвы, надеясь, что с ним что-то произойдет. В дальнейшем предпринял еще несколько суицидальных попыток: вновь подключал себя к электрическому току, пытался перерезать вены, но порезы были неглубокие, и кровотечение прекратилось без медицинской помощи, несколько раз пытался повеситься, но не смог оттолкнуть ногой табуретку. Суицидальные попытки в итоге прекратились лишь после купирования депрессивного состояния в процессе длительного стационарного лечения.

Суицидальное поведение в группе больных с метафизическими депрессиями, протекающими по типу «собственно метафизической интоксикации», не было связано с конфликтной ситуацией и не имело психологически понятного повода. Покушение на самоубийство являлось нередко результатом длительных размышлений о смысле жизни

и сущности смерти с философски-религиозной точки зрения. При неудаче суицидальные попытки, как правило, повторялись. Так, больной Б-н Г.А. (21 год), не найдя ответов на свои «экзистенциальные вопросы» в религиозно-мистической литературе, пришел к убеждению в своей несостоятельности, стал помышлять об уходе из жизни, поскольку в ней «все равно нет ничего хорошего, вокруг одна серость», и прибег к неоднократным суицидальным попыткам (венесекции, приему большого количества снотворных), повторявшимся вплоть до госпитализации в клинику НЦПЗ РАМН.

Доля пациентов с суицидальными мыслями среди больных с депрессиями, в клинической картине которых на первый план выходили сверхценные образования **дисморфобического** содержания, составляла 76,8 %. Из них 62,8 % пациентов совершили суицидальные попытки, что составляло 48,2 % от общего числа наблюдений. К повторным суицидальным попыткам прибегали 48,1 % пациентов.

Основными причинами суицидального поведения у больных с дисморфобическими депрессиями были развивавшиеся на высоте депрессии отчаяние и неверие в возможность исправления своих мнимых «дефектов». Больные говорили о невозможности продолжать жить, будучи «такими уродами». Как правило, суицидальные действия совершались в момент резкой актуализации сверхценных образований. Больные видели в совершении суицида возможность избавления от нравственных страданий.

Больной Н.А. (18 лет) был фиксирован на своей внешности, заявлял родителям, что у него маленький рост, жаловался на наличие угревой сыпи. Не нравились нос, щеки, худоба тела, лицо казалось непропорциональным. Считал себя умственно неполноценным, заявлял, что его надо поместить в больницу «Кащенко». Старался как можно реже выходить из дома, так как казалось, что все люди «это море зеркал, в которых он отражается». Замечал на себе осуждающие взгляды, по жестам незнакомых прохожих или кивкам продавцов понимал, насколько он плохо выглядит. Часто смотрелся в зеркало. Хотел снять себя на видеокамеру, чтобы удостовериться, что «не совсем урод». Возникло чувство отчаяния, безысходности. Пытался утопиться в ванной, отравиться крысиным ядом, неоднократно поднимался на крышу многоэтажного дома, брал в руки лезвие бритвы, чтобы вскрыть себе сонную артерию, побрился наголо, был тревожен, суетлив. В таком состоянии был стационарирован в клинику НЦПЗ РАМН.

Суицидальные мысли при **деперсонализационных** депрессиях были выявлены у 76,1 % больных. 47,8 % больных с депрессиями данного типа совершили суицидальные попытки, а 54,5 % из них пытались повторить покушения на самоубийство. Подобное поведение было обусловлено в первую очередь стремлением избавиться себя от тягостного

чувства собственной измененности и связанных с этим душевных страданий. Акцентируя внимание на сопровождавшемся мучительной рефлексией ощущении нарушения «целостности», «идентичности», потери своего «Я», на утрате собственного мировоззрения, своих эстетических интересов и жизненных ценностей, больные с явлениями аутопсихической деперсонализации приходили в некоторых случаях к мнению о бессмысленности, бессодержательности, невозможности собственного существования. Однако желание умереть являлось непосредственным мотивом суицидального поведения лишь у 32,4 % совершивших суицидальные попытки больных. У остальных пациентов суицидальное поведение носило характер намеренно предпринятых рискованных для жизни поступков, в основе которых лежало стремление «разбудить себя от спячки», избавиться от сновидности происходящего, убедиться в реальности собственного существования [4].

Так, больной Н-в Р.В. (19 лет), для того чтобы получить острые ощущения, способные, по его мнению, «вернуть в мир нормального восприятия жизни», висел на решетке балкона 9-го этажа, пока родители не пришли к нему на помощь, а больной С-н Д.И. (17 лет) дважды пытался вскрыть себе вены в области локтевых и коленных сгибов, проверяя собственную «жизнестойкость». Больной С.В. (21 год) с целью «разбудить себя от спячки, пробить деперс» выстрелил себе в область сердца из охотничьего ружья и остался жив лишь по счастливой случайности. Подобные примеры можно было бы продолжить, однако достаточно и этих трех случаев, чтобы сделать вывод, что реальная возможность тяжелых последствий таких поступков вплоть до летального исхода определяет их оценку в качестве серьезных суицидальных попыток, а также свидетельствует о высоком уровне суицидоопасности больных с депрессиями данного типа.

Суицидальные тенденции были отмечены у 75,6 % больных, страдающих депрессиями, отнесенными нами к так называемому **гебоидному** типу. 41,5 % больных совершили первичные суицидальные попытки, 19,5 % пациентов – повторные. Суицидальное поведение у больных этой группы носило грубый истероформный характер, отличалось нарочитостью, вычурностью, имевшей своей целью «наказать родителей», досадить им. Так, больные демонстративно, на глазах у родителей, наносили себе резаные раны, затягивали на шею полотенце, глотали горстями любые попавшие под руку таблетки, стояли в проеме окна, демонстрируя намерение выпрыгнуть из него. Вместе с тем почти у половины этих больных были отмечены серьезные, заранее продуманные суицидальные попытки (отравление большими дозами нейролептиков, сознательная передозировка наркотических средств, самоповешение), которые оказывались неожиданными для окружающих и приводили нередко к трагическим последствиям.

Так, больной П.И. во время учебы в 11 классе (16 лет) на перемене нанес себе на левом предплечье глубокий порез, в последствии сам себе зашил рану, объяснил это тем, что хочет доказать, что может терпеть боль. Впоследствии неоднократно наносил себе порезы с целью «разрядиться». Заявлял, что хочет служить в армии и непременно в горячей точке, чтобы быстрее погибнуть. В один из дней, когда чувствовал себя особенно плохо, пытался повеситься вдвоем с приятелем, который находился, по-видимому, в подобном же состоянии. Был вынут из петли приятелем, несколько месяцев сохранялась странгуляционная борозда. Был мрачным, замкнутым, отгороженным, с родителями практически не разговаривал или целыми днями твердил об отсутствии смысла жизни, своих поступков не объяснял, часто уходил из дома, возвращался с запахом перегара, подолгу отсыпался. В этот период неоднократно наносил себе порезы в области предплечий. Разговаривал только с бродячей кошкой, которую подобрал на улице. Далее в течение года состояние практически не менялось: был мрачным, неразговорчивым, раздражительным. Много времени проводил за чтением мрачной, пессимистической литературы. На фоне периодических алкогольных эксцессов специально пренебрегал гигиеническими процедурами, порядком в одежде с целью эпатирования окружающих. Нецензурно бранился, дрался при малейшей возможности, любое несогласие воспринимал как повод для выяснения отношений, полагал, что таким образом борется с «прогнившим буржуазным обществом». Задерживался милицией за разрисовку зданий и заборов граффити мрачного содержания с оппозиционными лозунгами. В разговоре с родителями твердил об отсутствии смысла жизни. Перед госпитализацией написал предсмертную записку, разослал ее в социальных сетях, после чего в ванной перерезал вены.

Некоторые больные, совершая повторные суицидальные попытки, упорно стремились достичь своей цели (т. н. суицидомания). Показательным в этом плане может быть анамнез болезни Г-а И.В. (21 год), совершившего на высоте депрессии целую серию суицидальных попыток. Так, в течение года он пытался покончить с собой, приняв большое количество медикаментов, затем мышьяка, прибегал к венесекции, ел бледные поганки, выбрасывался из окна четвертого этажа, пытался утопиться, заплыв далеко в море, однако по различным причинам каждый раз оставался жив. Суицидальные мысли и намерения преследовали больного и во время стационарного лечения, прекратившись лишь после курса комплексной фармакотерапии.

Суицидальные мысли при депрессивных состояниях с картиной юношеской астенической несостоятельности были зафиксированы у 70,9 % больных. 39,9 % больных с депрессиями данного типа совершили суицидальные попытки (причем 49,2 % из них прибегали к повторным попыткам самоубийства). Особенность суицидальных прояв-

лений у больных данной группы состояла в том, что лежащие в основе суицидальных мыслей жестокие самоупреки и самобичевание являлись не только непосредственными симптомами болезненного состояния, но в очень большой степени были проявлением психологической реакции на ощущение собственной несостоятельности, «интеллектуального краха», «необратимого отупения». В отдельных (тяжелых) случаях при данном типе депрессий суицидальные тенденции могут приобретать стойкий характер, что проявляется в цепи последовательных эпизодов.

Так, например, больной Б-й И.Н. (22 года), страдавший депрессией с картиной юношеской астенической несостоятельности, совершил первую суицидальную попытку, приняв большое количество снотворных и психотропных препаратов на фоне усиления депрессивных переживаний, тоски и подавленности, связанных с полным отсутствием работоспособности, ощущением творческой несостоятельности. В последующем, несмотря на проведенный курс лечения в суицидологическом отделении ПБ № 4, больной вновь пытался отравиться психотропными препаратами, после чего был госпитализирован в институт скорой помощи, а затем в МКПБ № 1 им. Н.А. Алексеева. Через пять месяцев, не почувствовав улучшения состояния, совершил третью суицидальную попытку, вскрыв вены на предплечьях обеих рук, после чего проходил повторный курс лечения в МКПБ № 1. После очередного резкого ухудшения состояния, выразившегося в углублении депрессивных переживаний, появлении душевной боли, чувства «полного отупения» и дисфории, был госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН.

Суицидальные мысли зафиксированы в анамнезе у 62,7 % больных, страдавших психастеноподобными депрессиями, 23,7 % совершили суицидальные попытки, 42,9 % из них прибегали к повторным попыткам самоубийства. Как показал анализ, суицидальное поведение при данном типе депрессий в основном было связано с пессимистическим мироощущением и депрессивным содержанием господствующих представлений исследуемых больных, которые считали себя неудачниками, размышляли о собственной неустроенности, ощущали одиночество и заброшенность, тягостный дискомфорт. Психологическое состояние больных усугублялось депрессивными идеями самоуничтожения и малоценности, обуславливающими неуверенность в себе, нерешительность, робость.

Так, больной В-в Н. (21 год) на фоне длительного снижения настроения, резкого усиления сензитивности, невозможности общаться даже с хорошо знакомыми людьми, тревоги, навязчивого самоанализа, повышенной утомляемости стал ощущать собственную ущербность, неполноценность, бесперспективность. Воспринимая будущее в самых мрачных красках, пришел к мысли об утрате смысла

жизни, начал обдумывать способ самоубийства, избрав для этой цели отравление медикаментозными средствами. После совершенного суицида по путевке ПНД был стационарирован в клинику НЦПЗ РАМН, где получал лечение по поводу затяжного депрессивного состояния.

Важную роль в формировании СП у некоторых других больных с психастеноподобными депрессиями играли доминирующие в их сознании обостренная рефлексия и самоанализ депрессивного содержания. Идеи самоуничтожения в ряде случаев достигали такой выраженности, что реализации суицидальных намерений мешали лишь моторная заторможенность и астения. Необходимо отметить, что при терапии психастеноподобных депрессий состояние больного оказывается особенно суицидоопасным в период, когда в результате лечения моторная заторможенность уменьшается, а прочая депрессивная симптоматика сохраняется на прежнем уровне. При отсутствии надзора и адекватного лечения суицидальные попытки, как правило, повторяются.

У больных с сенесто-ипохондрическими юношескими депрессиями истинные суицидальные попытки были нечасты (17,6 % наблюдений). В то же время у 55,2 % больных отмечались лишь демонстративные суицидальные действия.

Так, у больного К.Д. (22 года) после контакта с малознакомой девушкой появилось опасение, что, возможно, болен СПИДом, резко снизилось настроение, появились суицидальные мысли, неоднократно сдавал кровь на анализ. Вирус ВИЧ обнаружен не был. В последующем посещал различных врачей-соматологов, 11 раз сдавал анализы на ВИЧ-инфекцию. Заверениям врачей верил, на одну-две недели успокаивался, но в дальнейшем опять появлялись сомнения, что он болен СПИДом, а врачи «недоглядели». Нашел у себя уплотнения на верхнем нёбе, чувствовал, что «из этих шишек ударяет столб боли в глаза», испытывал боли во всем теле, как будто «жилы тянут», головные боли в виде разрядов в правой половине головы. С целью облегчения состояния начал самостоятельно принимать феназепам, алкоголь в небольших дозах, пробовал курить марихуану. Настроение было постоянно сниженным, расстроился сон, стало трудно учиться, не понимал прочитанного. Угрожал родителям самоубийством, если не будет продолжено обследование, требовал лечения в зарубежной клинике. При этом бил посуду, ломал мебель, рвал на себе одежду, царапал осколком тарелки себе предплечье, залезал на подоконник и подолгу стоял там, предварительно тепло одевшись. Особенно плохо себя почувствовал за неделю до стационарирования, когда после мастурбации резко ухудшилось самочувствие, заметил, что побелела кожа, появилась общая заторможенность, нарушилась чувствительность кожи рук. Еще более резко снизилось настроение. По направлению психиатра был осмотрен в амбулаторном отделении и стационарирован в клинику НЦПЗ РАМН.

Основным мотивом суицидального поведения у больных с сенесто-ипохондрическими депрессиями было неверие в возможность излечения. Как правило, суицидальные действия совершались на высоте депрессии в момент резкой актуализации сверхценных образований и телесных сенсаций. Больные видели в совершении самоубийства возможность избавиться от физических и нравственных страданий. Кроме того, на высоте ипохондрической депрессии, когда у больных появлялась уверенность в наличии у них тяжелой неизлечимой болезни, как правило, резко усиливались тревога, страх, отчаяние и появлялась (или усиливалась) суицидальная готовность.

Для больных, страдавших обсессивно-фобическими юношескими депрессиями, суицидальные тенденции были, как правило, не характерны. Фабула фобий часто была связана со страхом совершить самоубийство, с навязчивыми, часто контрастными представлениями на эту тему. Суицидофобии сопровождалась, как правило, яркими образными представлениями трагических сцен, которые могут последовать в случае реализации суицидальной попытки. Эти явления носили чуждый для больных характер, воспринимались ими как болезненные и на высоте состояния нередко сопровождалась паническими атаками со страхом передвижения на транспорте. Редкие суицидальные попытки (6 % наблюдений) были обусловлены малой эффективностью терапии и чувством безнадежности, безысходности в связи с «неизлечимым психическим заболеванием».

Так, больной Р.А. (18 лет) постепенно утратил интерес к учебе, появились трудности в усвоении материала, снизилось настроение, приходя домой, сразу ложился спать. Кроме того, стали беспокоить разнообразные навязчивые представления и страхи, например в голове возникали картины физического насилия над ним или его близкими, сцены пыток, казни. Испытывал страх, но чтобы избавиться от представлений, обязательно должен был «завершить сюжет издевательства». Это подразумевало под собой развитие сюжетов до благополучного разрешения и спасения всех страдающих. При этом сюжет не должен был прерываться на какие-либо бытовые действия. Если по каким-то причинам отвлекался от развития сюжета, возникал страх, что что-то случится с близкими, чувство дискомфорта, тревоги. Приходилось начинать всю последовательность мыслей заново, из-за чего возникали конфликты с родственниками, так как подолгу задерживался в ванной, загораживал выход из квартиры, вход в другие комнаты. Кроме того, появилось ощущение, что каждое действие должно быть доведено до логического завершения: дверь хлопнута до полного щелчка, предметы разложены в определенном порядке и убраны в определенной последовательности, мытье также должно проводиться в строго определенном порядке, нарушив

который, больной остается «грязным». В голове помимо воли возникали обрывки фраз, целых предложений нейтрального или бессмысленного содержания, которые постоянно повторялись и которые он должен был привести в гармонию, т. е. фраза должна быть последовательной, нейтральной по содержанию, совершенной и четкой. Добиваясь этого, порой останавливался в любом месте, в том числе на проезжей части, невзирая на опасность быть сбитым машиной. Полностью понимал бессмысленность всего вышеописанного, патологический его характер, часто плакал, не знал, где найти помощи, винил себя в создании неудобств для близких, порой обдумывал план самоубийства. В последующем ухудшился сон и аппетит, отмечал более частое возникновение нежелательных мыслей в вечернее время, жаловался, что из-за данных размышлений стал замкнутым, неловким, неуклюжим, не мог усвоить учебный материал, так как «неправильные мысли перебивают нормальные». Говорил о том, что ни на что не годен, боялся попасть в армию, плакал, один раз устроил истерику, разбил магнитофон, появились суицидальные высказывания, начал прогуливать занятия, нарастали задолженности. В дальнейшем усилилась тревога, особенно выраженная по вечерам, временами возникали эпизоды тоски с тяжестью на сердце, обдумывал способ самоубийства, пытался облегчить свое состояние длительными прогулками, употреблением алкоголя, но становилось еще хуже, похудел на несколько килограммов. Перестал выходить из дома, много лежал, стал плохо спать. После консультации психотерапевта обратился в ПНД и по его путевке был стационаризован в клинику НЦПЗ.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о различиях в частоте и особенностях суицидального поведения у больных с юношескими эндогенными депрессиями в зависимости от их типологической принадлежности. Наиболее высокая частота суицидальных попыток выявлена при метафизических, дисморфофобических и гебоидных депрессиях, а наименьшая – при сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических вариантах депрессивного синдрома. Полученные данные могут иметь определенное практическое значение в плане оценки вероятности возможных суицидальных действий и уточнения их характера у данного контингента больных.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В. Суицидологические исследования в СССР: состояние и проблемы // Труды МНИИ психиатрии. – 1981. – Т. 92 (Актуальные проблемы суицидологии). – С. 6–26.
2. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 10. – С. 1557–1560.
3. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. – Т. 83. – С. 35–41.

4. Баранов П.А. Психопатология анестетических депрессий в клинике приступообразно-прогредиентной шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 23 с.
5. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики / Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: сб. науч. тр. – М.: МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. – С. 135–142.
6. Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – Т. 1. – С. 33–38.
7. Корнетов А.Н. Распространенность и клинко-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1999. – 23 с.
8. Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Угушев Е.В. Информация о деятельности Кемеровской муниципальной суицидологической службы // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – Вып. 3. – С. 115–117.
9. Мягков А.Ю., Журавлева И.В. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социол. журн. – 2003. – № 1. – С. 48–70.
10. Олейчик И.В., Копейко Г.И. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – № 3. – С. 4–17.
11. Олейчик И.В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинко-психопатологическое, клинко-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 34 с.
12. Цуцурьковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимиров Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 21–28.
13. Цуцурьковская М.Я., Олейчик И.В., Владимиров Т.В. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение): пособие для врачей. – М., 2000. – 34 с.
14. Alessi N., Robbins D.L. Symptoms and subtypes of depression among adolescents distinguished by the dexamethasone suppression test: A preliminary report // Psychiatry Research. – 1984. – Vol. 11. – P. 177–182.
15. Andrews J.A., Lewinsohn P. M. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1992. – Vol. 31. – P. 655–662.
16. Bille-Brahe U., Jensen B. and Jessen G. Suicide among the Danish elderly: Now and in years to come // Crisis. – 1994. – Vol. 15. – P. 37–43.
17. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 1996. – Vol. 35. – P. 1427–1432.
18. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G. et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study // Journal of the American Academy of Child and Adolescent. – 1993. – Vol. 32. – P. 521–529.
19. Carlson G.A., Cantwell D.P. Diagnosis of childhood depression: A comparison of the Weinberg and DSM-III criteria // J Am Acad Child Psychiatry. – 1982. – Vol. 21. – P. 247–250.
20. Crumley F. Adolescent suicide attempts // JAMA. – 1979. – Vol. 241. – P. 2404–2407.
21. Durkheim É. Le Suicide et la morale contemporaine // Rivista scientifica del Diritto. – 1897. – Vol. 1. – № 3. – P. 137–150.
22. Garrison C.Z., Demographic predictors of suicide. In: Assessment and prediction of suicide. Eds.: Maris R.W., Berman A.L., Maltzberger J.T., Yufit R.I. // New York, USA: Guilford Press. – 1992. – P. 484–498.
23. Goldberg E.L. Depression and suicide ideation in the young adult // American Journal of Psychiatry. – 1981. – Vol. 138. – P. 35–40.
24. Hallfors D.D., Waller M., Ford C.A. et al. Adolescent depression and suicide risk: association with sex drug behavior // American Journal of Preventive Medicine. – 2004. – Vol. 27. – P. 223–231.
25. Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence // Br Med Bull. – 2001. – Vol. 57. – № 1. – P. 47–60.
26. Jellinek M.S., Snyder J.B. Depression and suicide in children and adolescents // Pediatrics in Review. – 1998. – Vol. 19. – № 8. – P. 255–64.
27. Meghan N. 1 in 12 teens have attempted suicide: report // New York Daily News. – 2012. – June 9: <http://www.nydailynews.co>. DOI 1.1092622
28. Platt S., Bille-Brahe U., Kerkhof A. et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989 // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1992. – Vol. 85. – P. 97–104.
29. Prinstein M.J., Boergers J., Vernberg E.M. Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims // Journal of Clinical Child Psychology. – 2001. – Vol. 30. – P. 479–491.
30. Stanley E.J., Barter J.T. Adolescent suicidal behavior // American Journal of Orthopsychiatry. – 1970. – Vol. 40. – № 1. – P. 87–96.

Features of suicidal behavior in different types of endogenous depression in youth

I.V.Oleynik, G.I.Kopeyko, P.A.Baranov

PHCC of RAMS, Moscow

Department of Psychiatry, PMAPE, Moscow

In clinical and psychopathological trial 393 patient of youth age (16-2y.o.) with endogenous depressions were involved. This trial revealed the difference in suicide attempts and suicide behavior depending on psychopathological structure and typology of the disease. Suicide behavior was mostly observed in metaphysical and dismorphofobic types of youth depressions, and rarely in senesto-hypochondriac and obsessive-phobic depressions. Age factor pathoplastic impact on the suicide behavior features has been shown.

Keywords: youth, suicide behavior, suicide attempts, endogenous depression.