

И.А. Рычкова, О.В. Палехова,  
Е.Ю. Абриталин, В.Ю. Тегза

## Структура психических расстройств и суицидальный анамнез подростков, совершивших попытку самоубийства

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Изучены 123 случая совершения суицидальных попыток среди подростков. Выявлено наличие у них психопатологической симптоматики в диапазоне от острых реакций на стресс до тяжелых психотических состояний. Среди пациентов с пограничными психическими расстройствами в более чем половине наблюдений имел место выраженный диссоциативно-конверсионный компонент ведущего психопатологического синдрома. У лиц с психотическими расстройствами в половине случаев обнаружены болезненные сенестопатии, имеющие первичный характер при депрессивно-параноидном и вторичный при депрессивном синдроме. Обнаружена тенденция нарастания тяжести депрессивной симптоматики, и соответственно тяжести психического расстройства, от совершивших суицидальную попытку при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации к суицидентам, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике активной психотической симптоматикой, в то время как выраженность тревоги такой тенденции не имела. Установлено преобладание случаев суицидальных действий у родственников суицидентов с пограничными психическими расстройствами по сравнению с пациентами с психотическими нарушениями. Доказана значимость механизма поведенческого «научения» в формировании суицидального реагирования среди лиц с пограничными психическими расстройствами. Подтверждена точка зрения об эндогенной суицидальности, как отдельном феномене в общей структуре саморазрушающего поведения. Результаты исследования могут быть использованы в разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для подростков, совершивших попытку самоубийства.

**Ключевые слова:** суицидальная попытка, суицидальный анамнез, депрессия, сенестопатия, психические расстройства, острая реакция на стресс, депрессивно-параноидный синдром, психотическое расстройство.

**Введение.** Самоубийства и суицидальные попытки у детей и подростков являются актуальной, противоречивой по ряду аспектов и до конца не изученной научной проблемой [2, 5–6, 8–13, 15, 18]. В частности, недостаточно исследованным является вопрос о структуре психических нарушений у данного возрастного контингента, как в нозологическом, так и клинико-синдромальном плане [1, 3, 4, 21]. Несмотря на то, что синдромальная структура психических расстройств, при которых подростки совершают самоубийства и суицидальные попытки, описана в ряде научных работ [1, 3, 7, 19, 20], спорным остается вопрос удельного веса каждого синдрома или нозологической единицы в предикции суицида. Не менее актуальной является проблема наследственной суицидальной отягощенности подростков, совершающих аутоагрессивные действия, ее влияние на принятие фатального решения и его реализацию.

**Цель исследования.** Изучить структуру психических расстройств и суицидального анамнеза подростков, совершивших попытку самоубийства.

**Материалы и методы.** С помощью клинико-психопатологического и клинико-анамнестического (с использованием специально разработанной анкеты) методов обследованы 123 подростка (47 юношей и 76

девушек в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст –  $16,41 \pm 1,12$  лет), которые совершили суицидальную попытку и были госпитализированы в психиатрическую больницу на протяжении 2012–2013 гг. С целью изучения степени тяжести психопатологической симптоматики суицидентов и валидизации клинико-психопатологического обследования применялся пакет психометрических методик. Для верификации и определения выраженности депрессивной симптоматики и тревоги применяли шкалы Гамильтона: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21) и Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) [16, 17]. Для оценки выраженности психического расстройства применяли шкалу глобального клинического впечатления для оценки тяжести заболевания – Clinical Global Impression Scale Severity (CGI-S) [14]. Все обследуемые были разделены на три группы. В первую группу вошло 52 пациента, которые совершили суицидальную попытку при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытку самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и (или) зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ) (F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43). В третью группу вошло 22 суицидента, которые страдали различными пси-

хическими расстройствами с имеющейся в клинике активной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3).

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что все обследованные ранее совершали суицидальные действия. Одну суицидальную попытку в прошлом совершили 64 (52,03%) пациента, две попытки – 37 (30,08%) обследованных и более двух попыток – 22 (17,88%) подростка. У 64 (52,03%) обследованных в анамнезе суицидальные попытки и завершённые суициды имели место у родственников.

Исследование клинко-психопатологических особенностей и суицидальной наследственной отягощенности детей и подростков с суицидальным поведением проводилось отдельно по каждой клинко-нозологической группе.

Пациенты 1-й группы совершили суицидальные попытки в диагностических рамках реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации при неотягощенном психическими и наркологическими заболеваниями преморбиде. 7 (13,46%) суицидентов данной группы злоупотребляли алкоголем, однако без признаков сформированной зависимости (F 10.1). Острая реакция на стресс выявлена в 35 (67,31%) случаях, смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) – в 14 (26,92%), посттравматическое стрессовое расстройство – у 3 (5,77%) пациентов. При этом в 24 (46,15%) случаях наблюдался истеро-дисфорический синдром, в 12 (23,08%) – тревожно-истерический, в 7 (13,46%) – астено-депрессивный, в 5 (9,62%) – депрессивный, у 4 (7,69%) – тревожно-депрессивный.

Нозологическое и синдромальное распределение суицидентов 1-й группы согласно разделу V – «Психические расстройства» Международной статистической классификации заболеваний, травм и причин смерти 10-го пересмотра [5] представлено в таблице 1.

Из таблицы 1-й следует, что в рамках острой реакции на стресс встречались практически все психопатологические синдромы, кроме тревожно-депрессивного, причем доминировал истеро-дисфорический. Смешанное расстройство эмоций и поведения также представлено большинством синдромологических групп за исключением истеро-дисфорической. Клиника посттравматического

стрессового расстройства определялась тревожно-депрессивной симптоматикой.

Депрессивная симптоматика у суицидентов 1-й группы была преимущественно легкой и умеренной степени выраженности, за исключением 4 (7,69%) случаев, когда она была тяжелой. По шкале HDRS-21 средний балл у пациентов первой клинической группы составил 18,2. По шкале HARS – 28,5. По шкале CGI-S средний балл составил 3,88, т. е. тяжесть заболевания у них была между легкой и умеренной.

Суицидальные действия у родственников 1-й группы наблюдались по отцовской линии в 21 (40,38%) случае, по материнской – в 12 (23,08%), причем заведомо летальные способы самоубийства в роду (самоповешение, падение с высоты) имели место у большинства (75,76%) обследованных. В прошлом 24 (46,15%) суицидента совершили одну попытку самоубийства, две попытки имели место в анамнезе 18 (34,62%) подростков и у 10 (19,23%) обследованных было более двух суицидальных попыток в анамнезе.

Все госпитализированные 2-й группы совершили суицидальные действия на фоне реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации, причем острая реакция на стресс (F 43.0) выявлена в 25 (51,02%) случаях, смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) (F 43.25) – в 21 (42,86%), посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1) – у 3 (6,12%) пациентов. Коморбидными психическими расстройствами у суицидентов данной группы были расстройства личности и зависимости от ПАВ, представленные эмоционально неустойчивым расстройством импульсивного типа (F 60.30) у 10 (20,41%) обследованных, расстройствами личности органического происхождения (F 07) – у 14 (28,57%), психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя (F 10.2) – у 13 (26,53%), психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиатов (F 11.2) – у 7 (14,29%), психическими и поведенческими расстройствами вследствие комбинированного употребления наркотических и других веществ (алкоголь и каннабиноиды, алкоголь и опиаты) (F 19.2) – у 5 (10,20%) обследованных. В 4 (8,16%) наблюдениях имело место сочетание расстройства личности и химической зависимости. Таким образом, у суицидентов второй группы коморбидные расстройства адаптации

Таблица 1

Нозологическое и синдромальное распределение суицидентов 1-й группы

Психическое расстройство	Ведущий психопатологический синдром, абс. (%)					Всего
	Стеро-дисфорический	Тревожно-истерический	Астено-депрессивный	Депрессивный	Тревожно-депрессивный	
Острая реакция на стресс (F 43.0)	24 (46,1)	8 (15,38)	1 (1,92)	2 (3,85)	–	35 (67,31)
Смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) (F 43.25)	–	4 (7,69)	6 (11,54)	3 (5,77)	1 (1,92)	14 (26,92)
Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1)	–	–	–	–	3 (5,77)	3 (5,77)

психические нарушения представляли собой исключительно патологию личности разной этиологической природы, а зависимость от ПАВ наблюдалась у большинства (59,18%) обследованных.

Показано, что у 20 (40,82%) суицидентов 2-й группы наблюдался астено-депрессивный синдром, у 16 (32,65%) – истеро-депрессивный, у 7 (14,29%) – депрессивный и у 6 (12,24%) – депрессивно-тревожный симптомокомплекс. Таким образом, у всех пациентов в структуре ведущего синдрома имел место депрессивный компонент преимущественно тяжелой и умеренной степени выраженности. Только в 3 (6,12%) случаях истеро-депрессивного синдрома депрессия имела легкие клинические проявления.

Верифицирование тяжести депрессии по шкале HDRS-21 подтвердило клиническую оценку: средний балл у обследованных 2-й группы составил 28,56. По шкале HARS – 18,12, т. е. тревога у суицидентов данной группы была несколько выше пограничного уровня (17 баллов). По шкале CGI-S средний балл во 2-й группе составил 4,55, т. е. тяжесть заболевания у пациентов приближалась к средней.

Суицидальные действия у родственников обследованных 2-й группы наблюдались по линии отца в 19 (38,76%) наблюдениях, по материнской линии – в 9 (18,37%), причем заведомо летальный способ самоубийства в роду (утопление) имел место у 1 обследованного. В анамнезе у 18 (36,73%) суицидентов была одна попытка самоубийства, у 19 (38,78%) – две и 12 (24,49%) подростков в прошлом совершили более двух суицидальных попыток.

Выявлено, что большую часть обследованных 3-й группы (81,82%) составили пациенты, страдавшие острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении и подростки с тяжелым эпизодом психотической депрессии. Данные диагнозы были установлены пациентам впервые. Первичная диагностика имела место и у одного подростка с психогенным параноидным психозом. В трех наблюдениях психическое расстройство было диагностировано у суицидентов ранее, и было представлено двумя случаями параноидной шизофрении и одним биполярного аффективного расстройства (табл. 2).

Установлено, что депрессивно-параноидный синдром наблюдался у 9 (40,90%) обследованных, депрессивный – у 7 (31,82%), галлюцинаторно-параноидный – у 5 (22,73%) и параноидный – у 1 (4,55%) подростка. Таким образом, большая часть

суицидентов (72,72%) в структуре психического расстройства имела ведущую депрессивную симптоматику. Степень выраженности депрессии во всех случаях определялась как тяжелая. Депрессивный синдром сопровождался конгруэнтными аффекту бредовыми идеями самоуничтожения, греховности, ущерба. У 4 (18,18%) пациентов депрессия сопровождалась анестетическим компонентом (anaesthesia psychica dolorosa). Параноидная симптоматика заключалась в бредовых идеях отношения, преследования, влияния, а также ипохондрического характера (неизвестное «неизлечимое» соматическое заболевание, рак, синдром приобретенного иммунодефицита).

У 11 (50%) обследованных в рамках депрессивно-параноидного и депрессивного синдромов наблюдались сенестопатии. Они предшествовали развитию аффективно-бредовых и аффективных расстройств в 6 (66,67%) случаях депрессивно-параноидного и в 3 (42,86%) случаях депрессивного синдрома. Пациенты жаловались на нестерпимые ощущения жжения кожи в области спины, груди, половых органов, острые боли в животе, за грудиной, в голове. Все сенестопатии имели мигрирующий характер, были резистентными к приему анальгетиков, принимаемых в догоспитальный период, не имели функционально-органической основы (по результатам дополнительных параклинических исследований). Характерной особенностью такой боли был своеобразный «термический» компонент ее субъективного восприятия. Подростки практически однотипно описывали сенестопатии: «спину жжет, словно горячим утюгом», «огнем печет в груди», «раскаленные иглы» и т.п. У всех юношей с депрессивно-параноидной симптоматикой в сочетании с сенестопатиями (5 наблюдений – 55,56%) болевые ощущения наблюдались в области гениталий и имели вышеуказанные свойства. Путем анамнестического опроса и дальнейшего клинко-психопатологического анализа установлено, что появление болезненных стойких сенестопатий в начале развития психического расстройства получало в дальнейшем бредовую трактовку (тяжелая неизлечимая болезнь, колдовство, «энергетическое» действие аппаратуры или экстрасенсов, искусственное заражение венерическим заболеванием). Аффективные расстройства возникали практически одновременно с появлением боли. У 2 (28,57%) пациентов с ведущим депрессивным синдромом, наоборот, развитие аффективной симптоматики предшествовало появлению сенестопатий: на

Таблица 2

Нозологическое распределение суицидентов 3-й группы

Психическое расстройство	Абсолютное число пациентов	Относительный показатель, %
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1)	10	45,45
Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами (F 32.3)	8	36,36
Шизофрения, параноидная форма (F 20.0)	2	9,09
Биполярное аффективное расстройство, тяжелый депрессивный эпизод (F 31.5)	1	4,55
Психогенный параноидный психоз (F 23.3)	1	4,55

фоне угнетенного настроения, ангедонии, идей вины и греховности, диссомнических расстройств появлялись разнообразные болевые ощущения средней интенсивности, преимущественно локализовавшиеся в области спины, воротниковой зоны, груди и в области сердца. Они также отвечали всем характеристикам сенестопатий, однако субъективно описывались как ощущения сжатия, тяжести, распирания и не имели «термической» окраски.

Галлюцинаторно-параноидная симптоматика проявлялась вербальным псевдогаллюцинозом императивного характера, бредовыми идеями воздействия и преследования, психическими автоматизмами (2 наблюдения – 40%) в рамках синдрома Кандинского – Клерамбо.

Верифицирование степени выраженности депрессии по шкале HDRS-21 подтвердило предшествующую клиническую оценку: средний балл у пациентов в 3-й группы составил 33,77, что соответствует тяжелой степени депрессии. По шкале HARS средний балл составил 36,66, т. е. тревога у была наиболее выраженной. По CGI-S средний балл составил 5,77, т. е. выраженность заболевания приближалась к тяжелому состоянию.

Суицидальные действия у родственников пациентов 3-й группы наблюдались в 3 (13,64%) случаях, причем все по материнской линии. При этом все они имели летальный характер (самоповешение). В прошлом все обследованные данной группы совершили одну суицидальную попытку.

**Заключение.** Установлено, что в структуре психических расстройств обследованных суицидентов имеет место психопатологическая симптоматика в диапазоне от острых реакций на стресс до тяжелых психотических состояний. Выявлено, что у суицидентов 1-й группы (F 43) в 69,23% случаев был выраженный диссоциативно-конверсионный компонент ведущего психопатологического синдрома, в то время как у обследованных 2-й группы (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу) он имел место у 32,65%, а среди пациентов 3-й группы (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F 31.5, F 32.3) не наблюдался вообще. Кроме того, обнаружена тенденция нарастания тяжести депрессивной симптоматики, и соответственно тяжести психического расстройства, от 1-й к 3-й группе, в то время как выраженность тревоги такой тенденции не имела.

У половины суицидентов с психотическими нарушениями обнаружено присутствие болезненных сенестопатий в рамках ведущего психопатологического синдрома. Оказалось, что при депрессивно-параноидной симптоматике болезненные сенестопатии предшествуют развитию аффективно-бредовых расстройств, имеют высокую интенсивность, субъективно характеризуются как нестерпимые ощущения «термической» окраски, приобретая в дальнейшем бредовую трактовку. Сенестопатическая боль в случае депрессивного синдрома возникала на фоне основной

депрессивной симптоматики, характеризуясь средней интенсивностью и отсутствием «термических» ощущений. Полученные данные позволяют считать депрессивно-параноидную симптоматику с первичными болезненными сенестопатиями расстройством катестетического происхождения, в то время как сенестопатии на фоне депрессивного синдрома имеют второстепенный, подчиненный аффективному спектру психопатологии характер.

Показано, что случаи аутоагрессии у родственников суицидентов наиболее часто встречались в 1-й и наименее часто в 3-й группе (63,64 против 13,64%,  $p < 0,01$ ), в то время как их частота во 2-й группе приближалась к таковой в первой. Это может свидетельствовать о важности механизма поведенческого «научения» в формировании суицидального реагирования среди лиц с пограничными психическими расстройствами, а также подтверждает мысль об эндогенной суицидальности, как отдельном феномене в общей структуре саморазрушающего поведения.

Таким образом, в отношении ряда клинико-анамнестических и клинико-психопатологических показателей все суициденты обнаружили общие характеристики, а в отношении других – существенные различия. Результаты проведенного исследования могут быть использованы в разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для подростков, совершивших попытку самоубийства.

#### Литература

- Бровина, Н.Н. Особенности структуры завершенных суицидов у лиц с психическими заболеваниями / Н.Н. Бровина // Укр. мед. альманах. – Луганск, 2000. – Т. 3, № 2. – С. 13–14.
- Глоссарий суицидологических терминов: метод. пособие. – Киев, 1998. – 54 с.
- Горюнов, А.В. Клинические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков / А.В. Горюнов // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 11. – С. 25–28.
- Демчева, Н.К. Депрессии у несовершеннолетних правонарушителей с органическими психическими расстройствами (клинический и судебно-психиатрический аспекты) / Н.К. Демчева, Э.С. Наталевич // Росс. психиатр. журн. – 2001. – № 4. – С. 31–35.
- Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
- Козидубова, В.М. Вопросы диагностики реактивной депрессии у подростков / В.М. Козидубова // Таврич. журн. психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 2. – С. 48–49.
- Корнетов, А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте / А.Н. Корнетов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 75–90.
- Липанов, Р.Г. К вопросу о психическом состоянии суицидентов / Р.Г. Липанов // Таврич. журн. психиатрии. – 2000. – Т. 4., № 2 (13). – С. 62–70.
- Морозов, А.М. Суицидология. Теория и практика / А.М. Морозов. – Киев: КИВД, 1998. – 187 с.
- Чуприков, Е.Г. Депрессии и суициды у детей и подростков / Е.Г. Чуприков, О.О. Древицкая, А.П. Чуприков // Тавр. журн. психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 2 (13). – С. 49–51.
- Шипицина, Л.М. Мотивы суицидального поведения у подростков / Л.М. Шипицина, Е.С. Иванов, Н.В. Стеценко // Росс. психиатр. журн. – 2000. – № 5. – С. 40–44.

12. Beautrais, A.L. Gender issues in youth suicidal behavior / A.L. Beautrais // Emerg. Med. (Fremantle). – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 35–42.
13. Bell, C.C. Adolescent suicide / C.C. Bell, D.C. Clark // Pediatric Clin. North Am. – 1998. – Vol. 45, № 2. – P. 365–380.
14. Bille-Brage, U. Conduites suicidaires des adolescents: la situation en Europe: Adolescence et suicide. – Paris: Masson, 1995. – P. 18–38.
15. Endicott, J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance / J. Endicott [et al.] // Archives of General Psychiatry, 1976. – № 33. – P. 766–771.
16. Gould, M.S. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years / M.S. Gould [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2003. – № 42. – P. 386–405.
17. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // British Journal of Medical Psychology, 1959. – 32. – P. 50–55.
18. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1960. – Vol. 27. – P. 56–62.
19. McClure, G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998 / G.M.G. McClure // British Journal of Psychiatry. – 2001. – № 178. – P. 469–474.
20. Olsson, I.G. Adolescent depression and stressful life events. A case control study within diagnostic subgroups / I.G. Olsson [et al.] // Nordic Journal of Psychiatry. – 1999. – № 53. – P. 339–346.
21. Rubenstein, J.L. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts / J.L. Rubenstein [et al.] // Am. J. Orthopsychiatry. – 1998. – Vol. 68, № 2. – P. 274–284.
22. Waechter, F. Paroxetine must not be given to patients under 18 / F. Waechter // BMJ. – 2003. – № 326. – P. 1282.

I.A. Rychkova, O.V. Palekhova, E.Yu. Abritalin, V.Yu. Tegza

### Structure of psychiatric disorders and suicidal anamnesis of adolescents with suicide attempts

**Abstract.** 123 cases of suicide attempts among adolescents were investigated. Presence of psychopathological symptoms in diapason from acute stress reactions till hard psychotic states were revealed among them. In more than half cases of borderline disorders the dissociative and conversive leading syndrome's component was found out. In adolescents with psychotic disorders in half of all cases the painful senestopathies were revealed. These senestopathies has primary genesis for depressive-paranoid syndrome and secondary for depressive syndrome. A tendency of increase of the severity of depressive symptoms, and therefore the severity of mental disorder, from committing suicide attempt in reactions to severe stress and adjustment disorders to suicide victims who suffered from various mental disorders with the existing clinic active psychotic symptoms, while the severity of anxiety does not have such trends. Importance of behavioral «teaching» mechanism for suicidal reaction forming among the patient with borderline psychic disorders was proved. Hypothesis of endogenic suicidality as separate phenomena in common structure of autodestruction behavior was confirmed. Results of the investigation can be used for elaboration of differential care and rehabilitation programs towards the adolescents with suicidal attempts.

**Key words:** suicide attempt, suicidal anamnesis, depression, senestopathia, psychiatric disorders, acute stress reaction, depressive-paranoid syndrome, psychotic disorder.

Контактный телефон: 8-911-172-33-32; e-mail: ksulloret-19@mail.ru