

Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями

Н.Н. Петрова, М.С. Задорожная
Санкт-Петербургский государственный университет

Резюме. Было обследовано 60 больных депрессией в возрасте от 16 лет до 21 года, на этапе стабилизирующей терапии. Применялись клинично-катамнестический метод и психометрические методики. Результаты исследования показали, что чаще всего юношеские депрессии дебютируют в возрасте 16–18 лет (69% больных), в 50% случаев представлены умеренной депрессией с преобладанием юношеской астенической несостоятельности (28% случаев). Средний и высокий риски суицида отмечены у 28% и 22% больных соответственно. Наибольшей суицидоопасностью отличаются гебоидный тип депрессии и депрессия с картиной «метафизической интоксикации». Нарушение гендерной аутоидентификации (5% больных) сопряжено с наличием тяжелой и умеренной депрессии и высоким риском суицида.

Ключевые слова: юношеские депрессии, подростковые суициды, гендерная аутоидентификация.

Features suicidal behavior and violation of gender autoidentification in patients with adolescent depression

N. Petrova, M. Zadorozhnaya
Department of Psychiatry and Addiction Medical Faculty of St. Petersburg State University.

Summary. 60 patients with depression at the age of 16–21 were examined at the stage of stabilizing therapy. Clinico-catamnestic method and psychometric techniques were applied. Research results showed that most often adolescent depressions start in teens at the age 16–18 years (69% of patients), 50% of cases are mild depression, 28% of cases are youth asthenic insolvency. Average and high risks of suicide were recorded in 28% and 22% accordingly. Geboid depression and depression with the manifestation of “metaphysical intoxication” have the highest risk of suicide. Violation of gender autoidentification (5% of patients) is along with mild and moderate depressions and high risk of suicide.

Keywords: adolescent depression, teen suicide, gender autoidentification

Введение

Под юношескими депрессиями понимают аутохтонные эндогенные психические расстройства в виде состояний патологически сниженного настроения с манифестацией в юношеском возрасте (16–21 год), длительностью свыше 2 недель, часто приводящие к выраженной социальной и учебной дезадаптации и характеризующиеся различными исходами в зависимости от нозологической принадлежности [22].

Частота депрессивного синдрома той или иной степени выраженности в юношеском возрасте по данным разных авторов колеблется в пределах от 13 до 35,5% [24, 25, 27, 28, 30].

Актуальность проблемы юношеских депрессий обусловлена высоким риском суицидального поведения [7; 8]. Принято считать, что попытки самоубийства являются «барометром тяжести» подростковых депрессий [4]. По результатам скрининговой программы, проведенной психиатрами Колумбийского университета (США) в 2005 году, суицид занимает третье место среди причин смерти молодежи в возрасте 15–19 лет, причем 19% юношей и девушек этого возраста высказывают суицидальные мысли, а 14,8% планируют суицидальные поступки [29].

В начале века Россия занимала лидирующее положение по уровню завершенных суицидов молодых – 22,0 самоубийств на 100 тыс. населения в возрасте 15–19 лет, а в настоящее время занимает третье место после Казахстана и Беларуси [17]. Суицидальная настроенность выявляется у 45% девушек и 27% юношей [6].

К попыткам суицида в юношеском возрасте могут приводить невозможность изменить жизненную ситуацию и сложности социальной адаптации [16].

Согласно моноаминовой теории, развитие депрессии связано с дефицитом биогенных аминов, а именно: серотонина, норадреналина и дофамина [12]. С другой стороны, в последнее время накоплено достаточно фактов, свидетельствующих в пользу влияния изменений в серотониновой системе непосредственно на сексуальное поведение (Sroont et al., 1992). О возможности участия серотонина в дифференцировке полового поведения свидетельствуют данные, полученные при лабораторных исследованиях на животных: выраженные реакции по женскому типу наблюдались у самцов, неонатально получавших р-хлорфенилаланин, являющийся ингибитором синтеза серотонина.

Напротив, при введении ингибиторов моноаминоксидазы, которые способствуют накоплению катехоламинов и серотонина в нервной ткани, у самок отмечалась маскулинизация поведения (Lehtnen et al., 1971). Таким образом, патология серотониновых структур представляет патогенетическую основу расстройств сексуальных функций. Моноамины в значительной мере определяют половую дифференцировку головного мозга в эмбриогенезе, участвуют в становлении нормальной психосексуальной структуры личности [19].

Исходя из данных, свидетельствующие о дисбалансе серотониновой нейромедиации у лиц с нарушениями половой идентичности, можно предположить наличие коморбидности нарушений половой аутоидентификации и юношеской депрессии [26].

Целью исследования явилось изучение особенностей суицидального поведения и нарушения гендерной аутидентификации у пациентов с юношескими депрессиями.

Материалы и методы исследования

Обследовано 60 пациентов с юношеской депрессией, из них 18 юношей и 42 девушки (средний возраст составил $17,9 \pm 1,5$ года). Исследование проводилось на этапе стабилизирующей терапии.

В работе использованы клиничко-психопатологический, катamnестический методы, психометрические методики, Патохарактерологический Диагностический Опросник для подростков [5] и международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В исследовании применялись клиническая шкала депрессии Гамильтона, Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS), методика «Маскулинность и феминность» (МИФ).

Исследование осуществлялось с выделением следующих типов юношеских депрессий: депрессия с юношеской астенической несостоятельностью, юношеская психастеноподобная депрессия, дисморфофобический вариант, депрессивный синдром с картиной «метафизической интоксикации», деперсонализационная депрессия, гебоидный вариант, депрессия с преобладанием обсессивно-фобических расстройств, депрессия с сенестопохондрическими расстройствами, депрессия с «психогенным содержанием» [10, 14, 15].

Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Microsoft Excel — 2010. С помощью функций программы были рассчитаны следующие величины: среднее значение, стандартное отклонение, ошибка среднего, генеральная совокупность, коэффициент корреляции Спирмана (r).

Результаты

Результаты исследования показали, что чаще всего, юношеская депрессия дебютирует в возрасте 16-18 лет (69% больных) (рис. 1).

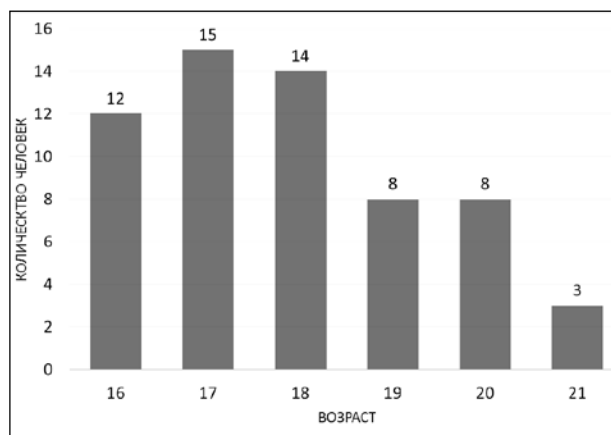


Рис. 1. Распределение пациентов с юношескими депрессиями по возрасту манифестации заболевания

Среди девушек преобладает более раннее по сравнению с юношами начало заболевания: в 26% случаев депрессии дебютировали в 16 лет, в 24% — в 17 лет. У юношей пик заболеваемости приходится на 18 лет (33% случаев) (рис. 2).

Выявленные различия между девушками и юношами, вероятно, можно объяснить влиянием на развитие заболевания гормональной перестройки, пубертатного периода, который заканчивается у девочек к 16–17 годам, а у мальчиков — к 17–18.

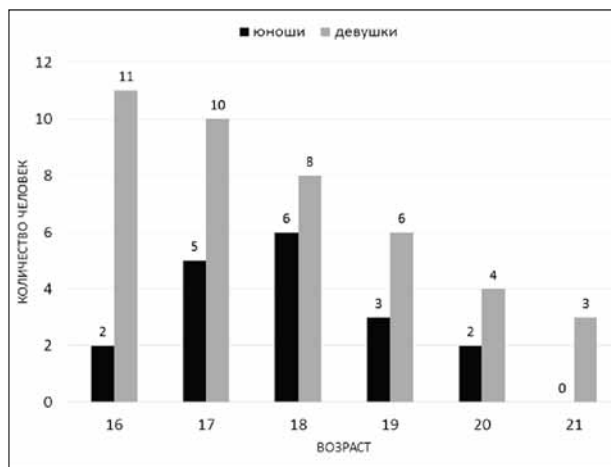


Рис. 2. Распределение пациентов с юношескими депрессиями по возрасту манифестации в зависимости от пола

При оценке степени тяжести юношеских депрессий по Клинической шкале депрессии Гамильтона по группе в целом, было отмечено преобладание депрессивных расстройств средней степени тяжести (50%) при меньшей частоте тяжелых (28%) и легких депрессивных расстройств (18%). Крайне тяжелые депрессивные расстройства среди обследованных пациентов встречались лишь в 4% случаев. Выраженность депрессии по клинической шкале тяжести Гамильтона в среднем по группе составила $17,9 \pm 2,9$ балла.

Отмечены различия выраженности депрессии в зависимости от пола. Так, для девушек были более характерны депрессивные расстройства средней степени тяжести (55% случаев), тяжелые и крайне тяжелые депрессивные расстройства чаще выявлялись среди юношей (33% и 6% случаев соответственно) (рис. 3). Выраженность депрессии по Клинической шкале тяжести депрессии Гамильтона в среднем составила $16,8 \pm 3,9$ балла у юношей и $17,9 \pm 3,0$ балла у девушек.

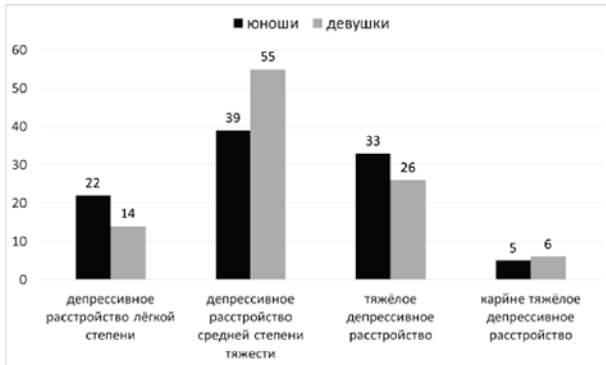


Рис. 3. Распределение пациентов по степени тяжести депрессивного синдрома в зависимости от пола

Среди обследованных больных установлено отчетливое преобладание депрессии с юношеской астенической несостоятельностью — 28% больных. Юношеские психастеноподобные депрессии и дисморфофобический вариант наблюдались примерно с одинаковой частотой (14% и 13% больных). Несколько реже встречались депрессивный синдром с картиной «метафизической интоксикации» и деперсонализационная депрессия (по 10% больных) и депрессия с сенестоипохондрическими расстройствами (8% больных). гебоидный вариант юношеских депрессии и депрессивный синдром с преобладанием обсессивно-фобических расстройств (по 7% больных). Депрессия с «психогенным содержанием» была выявлена только в 3% случаев (рис. 4).

Крайне тяжелые депрессивные расстройства встречались только в рамках депрессивного синдрома с картиной «метафизической интоксикации» (33%). Тяжесть состояния была обусловлена наличием в клинической картине суицидальных тенденций в виде чувства бессмысленности жизни, сверхценных идей о правомочности самоубийства, формирования особого депрессивного мировоззрения.

Легкие депрессивные расстройства преобладали при юношеских психастеноподобных (37%) и деперсонализационных (25%) депрессиях, а также депрессиях с сенестоипохондрическими расстройствами (20%) (табл. 1).

Таблица 1. Характеристика частоты и выраженности депрессии при различных типах депрессии

Тип депрессии	Оценка по клинической шкале депрессии Гамильтона				Среднее значение по шкале Гамильтона (балл)	Достоверность различий (p)
	Депрессивное расстройство легкой степени	Депрессивное расстройство средней степени	Тяжелое депрессивное расстройство	Крайне тяжелое депрессивное расстройство		
Депрессия с юношеской астенической несостоятельностью	18%	29%	53%	-	$18,9 \pm 3,6$	$p < 0,01$
Юношеские психастеноподобные депрессии	37%	50%	13%	-	$15,1 \pm 3,4$	$p < 0,01$
Дисморфофобический вариант юношеских депрессий	13%	50%	37%	-	$17,3 \pm 3,1$	$p < 0,01$
Депрессивный синдром с картиной «метафизической интоксикации»	17%	50%	-	33%	$19,3 \pm 3,8$	$p < 0,01$
Деперсонализационная депрессия	25%	75%	-	-	$17,5 \pm 2,9$	$p < 0,01$
Депрессия с сенестоипохондрическими расстройствами	20%	80%	-	-	$15,6 \pm 2,2$	$p < 0,01$
Гебоидный вариант юношеских депрессий	-	75%	25%	-	$17,3 \pm 1,1$	$p < 0,01$
Депрессии с обсессивно-фобическими расстройствами	-	75%	25%	-	$18,3 \pm 1,0$	$p < 0,01$
Депрессии с «психогенным содержанием»	-	100%	-	-	$17,5 \pm 0,5$	-

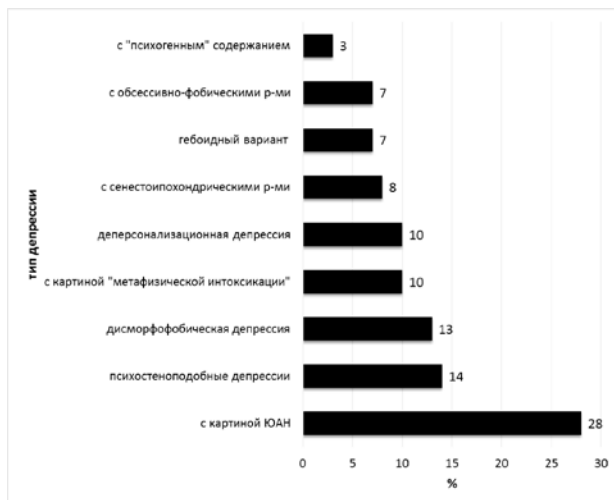


Рис. 4. Распределение больных согласно типологии юношеских депрессий

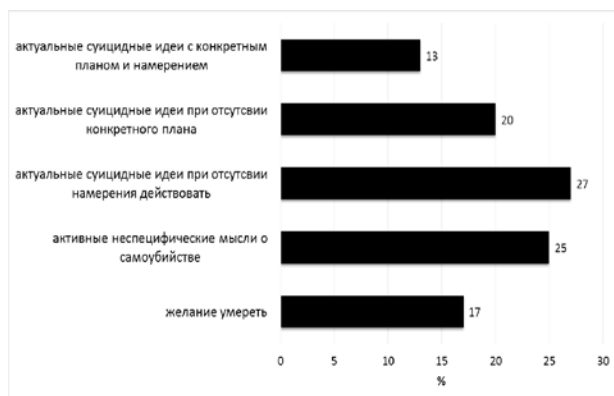


Рис. 5. Распределение пациентов по интенсивности суицидальных идей согласно Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS)

25% пациентов с юношескими депрессиями имели в анамнезе незавершенную суицидную попытку, причем 13,3% пациентов были госпитализированы в психиатрический стационар непосредственно после суицидной попытки.

При обследовании по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) у 50% больных был выявлен низкий риск, у 28% больных – средний риск, и у 22% — высокий риск суицида.

У 50% юношей и девушек определялось наличие суицидных идей. При оценке их интенсивности по первому модулю Колумбийской шкалы тяжести суицида 17% больных подтверждали, что их посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не проснуться. 25% больных имели общие неспецифические мысли о желании покончить с собой при отсутствии размышлений о способах и средствах самоубийства. В 27% случаев пациенты подтвердили, что их посещают мысли о самоубийстве, размышления о хотя бы одном из способов его совершить, но без построения конкретного плана о том, где, когда и как это сделать. Активные

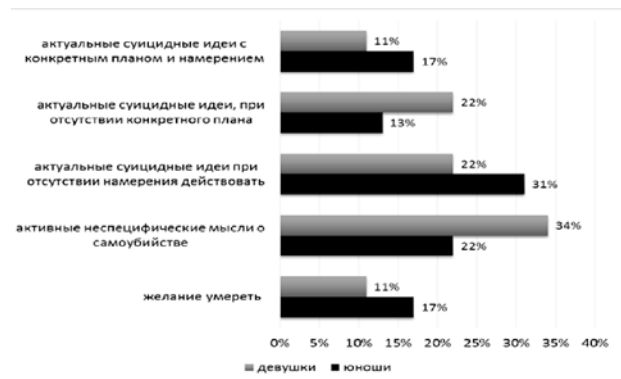


Рис. 6. Распределение пациентов по интенсивности суицидальных идей согласно Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS), в зависимости от пола

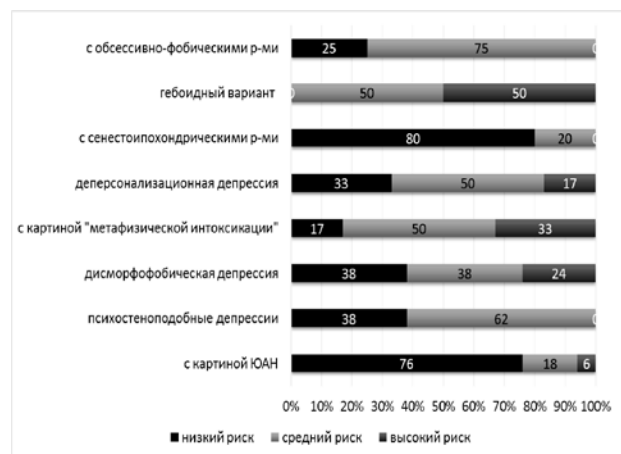


Рис. 7. Оценка степени риска суицида в зависимости от типа юношеских депрессий по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS)

суицидные мысли, при заявлении о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, но при отсутствии конкретного плана, были выявлены у 20% больных, а мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение его осуществить, были установлены у 13% больных (рис. 5).

Среди пациентов, у которых в клинической картине присутствовали суицидные мысли, 27% составили больные юношеского возраста (45% от всех лиц мужского пола) и 73% — женского пола (43% от общего числа девушек).

Среди пациентов, имевших в клинической картине депрессии незавершенную попытку суицида, 40% пациентов составили юноши (33% от общего числа юношей) и 60% пациентов — девушки (21% от общего числа девушек).

На основании полученных данных можно сделать вывод, о том, что суицидные мысли практически в равной степени возникали как у девушек, так и у юношей, страдающих депрессией. Однако юноши заметно чаще, чем девушки, совершали су-

ицидные попытки, что соответствует имеющимся в литературе данным о гендерных особенностях суицидального поведения [2, 7, 8, 13, 22].

При оценке интенсивности суицидных идей в зависимости от пола выявлено, что для юношей, страдающих депрессией, более характерными являлись активные мысли о самоубийстве с размышлений о способах его совершения, но без конкретного плана действия (31% случаев), либо с конкретным планом действия и некоторым намерением осуществить его (11% случаев).

Среди девушек преобладали общие мысли о желании покончить с собой (34% больных) или активные суицидные идеи с некоторым намерением действовать без конкретного плана их осуществления (22% больных) (Рис. 6).

Самыми неблагоприятными с точки зрения риска суицида являлись гебоидный тип юношеской депрессии, при котором высокий риск суицида встречается в половине случаев, депрессия с картиной «метафизической интоксикации» и дисморфофобический вариант юношеской депрессии (высокий риск суицида в 33% и 24% случаев соответственно).

Наиболее благоприятными являлись юношеские психастеноподобные депрессии, депрессии с преобладание обсессивно-фобических расстройств и депрессии с сенесто-ипохондрическими расстройствами. При этих типах юношеской депрессии высокий риск суицида не был выявлен ни у одного пациента, а в большинстве случаев определялся низкий риск суицида.

С точки зрения «суицидальности» деперсонализационная депрессия и депрессия с картиной юношеской астенической несостоятельностью занимали промежуточное положение (рис. 7).

У 5% больных юношеской депрессией было выявлено нарушение гендерной аутоидентификации в соответствии с критериями методики «Мужскость и феминность». Это были пациенты мужского пола в возрасте 17–18 лет, с гебоидным типом депрессии, депрессией с обсессивно-фобическими расстройствами и депрессией с юношеской астенической несостоятельностью, представленными в равных соотношениях.

В 67% случаев было диагностировано депрессивное расстройство средней степени тяжести и высокий риск суицида в рамках аффективного

заболевания. У 33% пациентов было установлено тяжелое депрессивное расстройство и низкий риск суицида в рамках расстройств личности — пубертатной декомпенсацией сенситивной шизоидной психопатии.

На основании этих результатов можно предположить, что наличие нарушения гендерной аутоидентификации сопряжено с большей тяжестью юношеской депрессии: среди этих пациентов преобладали депрессивные расстройства средней и тяжелой степени, легких депрессивных расстройств выявлено не было. Выраженность депрессии в среднем по группе пациентов с нарушениями гендерной аутоидентификации составила $19,4 \pm 2,2$ балла по шкале депрессии Гамильтона, что заметно превышает выраженность депрессивных расстройств у юношей при отсутствии этих психосексуальных нарушений ($5,4 \pm 2,0$ балла; $p < 0,01$).

В группе пациентов с нарушением гендерной аутоидентификации преобладал высокий риск развития суицида (67% случаев), наблюдались активные мысли о самоубийстве при отсутствии конкретного плана его осуществления.

В группе пациентов в возрасте 17–18 лет с депрессией без нарушения гендерной аутоидентификации высокий риск суицида составил 34% случаев. Полученные данные указывают на то, что наличие нарушений гендерной аутоидентификации значительно повышает риск развития суицида у пациентов с юношескими депрессиями.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что возрастной период 16–18 лет связан с повышенным риском развития депрессивных состояний, которые характеризуются преобладанием умеренных депрессий, что может затруднять своевременную диагностику психических расстройств.

Повышенный риск суицида имеется почти у четверти больных юношескими депрессиями. Наиболее высокий суицидальный риск наблюдается при гебоидном типе депрессии и депрессии с картиной «метафизической интоксикации».

Наличие в клинической картине юношеских депрессий нарушения гендерной аутоидентификации сопряжено с повышением тяжести депрессии и риска суицида.

Литература

1. Васильченко Г.С. и соавт. «Нарушения психосексуального развития» // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. — М. — 1990. — С. 405–432.
2. Вроно Е.М. «Особенности суицидального поведения детей и подростков с различными типами депрессий»: дис. канд. мед. наук. — М. — 1984. — 32 с.
3. Воронков Б.В. «Детская и подростковая психиатрия» — СПб: Наука и техника. — 2009. — 240 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: 1933. — 250 с.
5. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический Диагностический Опросник для подростков: методическое пособие — Выпуск 10. М.: Фолиум, 1995, 64 с., 2-е изд.
6. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О. И. и соавт. Ситуация в РФ и мире: самоубийство как глобальная проблема // сборник Смертность российских подростков от самоубийств. — 2011 — С. 8–10
7. Изумнов С.А. «Суицидальные попытки в подростковом возрасте: клинико-психологический анализ» // В кн.: «Вопросы терапии и социаль-

- ной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков». М 1994; С.14-17.
8. Иовчук Н.М., Калинина Л.М., Кивелиович А.М. «Особенности суицидальных тенденций при эндогенных депрессиях у детей и подростков» // В кн.: «Вопросы терапии и социальной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков». М.:1994; С. 50-55.
 9. Кемпер. И. Транссексуалы // Практика сексуальной психотерапии. Том 2. — М., 1994. — С. 146–156.
 10. Копейко Г.И., Олейчик И.В. «Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий» // Журнал неврологии и психиатрии. 2007.: т. 107. № 3; С. 4–17.
 11. Личко А.Е. «Особенности депрессий и депрессивные подростковые эквиваленты» // «Подростковая психиатрия». — Медицина. — 1985. — 416 с.
 12. Мосолов С.Н. Клинико-фармакологические свойства современных антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. — М., Приложение. — 2002. — № 1. — С. 3–7.
 13. Незнанов Н.Г. «Психиатрия»: учебник для студентов высш. учебн. зав. — М.: ГЭОТ-Медиа, 2010.- 496с.
 14. Олейчик И.В. «Синдром юношеской астенической несостоятельности»// Журнал неврологии и психиатрии. 1998.; Т. 98: №2: С.13—19.
 15. Олейчик И.В. «Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование)»: автореф. дис. -ра мед. наук. М.: 2011. 334 с.
 16. Приказ. Министерство Здравоохранения РФ № 311 от 6 августа 1999 г. Об утверждении клинического руководства Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.
 17. Статистический сборник «Дети в странах Содружества Независимых Государств»: / Межгосударственный статистический комитет СНГ. — М., 2002 — 178с.
 18. Тиганов А. С., Снежневский А. В., и др. «Руководство по психиатрии» / Под ред. академика РАМН А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 555-636. — 712 с.
 19. Ткаченко А. А., Дроздов А. З., Пережогин Л. О., Ковалева И.А., Коган Б. М. Нейропсихологические особенности лиц с девиантным сексуальным поведением // Аномальное сексуальное поведение. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1997 — с. 174-217
 20. Цукарзи Э.Э. «Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровней суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS)» // Журнал «Современная терапия психических расстройств». 2011.; №2 С.30-39.
 21. Этингоф А.М. «Юношеские дисморфобические депрессии (типология, диагностика, прогноз)»: дис. канд. мед. наук.- М.: 2004.-с.24
 22. Aalto-Setälä T., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A. et al. «Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment» // Am J Psychiat 2002; 159: №7: P.1235-1237.
 23. Angst J., Dobler-Mikola A. «The Zurich study» // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, V. 234. № 1. — (1984). P. 30–37.
 24. Garrison C.Z., Schluchter M.D., Schoenbach V.J., Kaplan B.K. «Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents» // J Am Acad Child Adolesc Psychiat. — 1989. 28. № 3. P. 343—351.
 25. Kandel D.B., Davies M. «Epidemiology of depressive mood in adolescents» // Archives of General Psychiat. — 1982. — t. 39. — P. 1205–1212.
 26. Lothstein LM. «The aging gender dysphoria (transsexual) patient» // Arch Sex Behav. 1979 Sep; 8(5): 431–44.
 27. Marcell D. «Depression de l'adolescent» // Perspective Psy 1998; t.37: №4: P. 241–248.
 28. Riolo S.A. «Depression Common in Teens, but Few Seek Help»// Abstracts of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's annual meeting. 2002. -P. 207-218
 29. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G-X. «Global suicide young people aged 15—19» // World Psychiatry 2005; 4: №2: P. 114–120.
 30. Weber A. «Psychiatrische Durchuntersuchungen der Schulkinder eines Kantonal-Brnischen Schulkreises» // Z Psych Neurol 1952; 124: № 1: P. 22–38.

Сведения об авторах

Наталья Николаевна Петрова — д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Мария Сергеевна Задорожная — клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: mari_zadorozhnaya@mail.ru