

3-20-2019

ANALISYS OF PSICHOSOCIAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SUICIDAL TENDENCIES AT ADOLESCENTS

S.B. Babarakhimova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan., ndm2@mail.ru

V.K. Abdullaeva

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics>

Recommended Citation

Babarakhimova, S.B. and Abdullaeva, V.K. (2019) "ANALISYS OF PSICHOSOCIAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SUICIDAL TENDENCIES AT ADOLESCENTS," *Central Asian Journal of Pediatrics*: Vol. 2 : Iss. 1 , Article 47.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol2/iss1/47>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Pediatrics by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact brownman91@mail.ru.

ANALISYS OF PSICHOSOCIAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SUICIDAL TENDENCIES AT ADOLESCENTS

Cover Page Footnote

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

УДК: 616.89-008.441.44: 616.895.4

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Резюме

В статье представлены результаты исследования, которые позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи в формировании гармонично развитой личности.

Ключевые слова: подростки, семейные взаимоотношения, суицидальное поведение.

ЎСМИРЛАРДАГИ СУИЦИДАЛ ХУЛҚ - АТВОРНИ ШАКЛЛАНТИРИШНИНГ ПСИХОЛОГИК ВА ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРИ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Резюме

Мақолада оилавий муносабатларнинг турларини ҳисобга олган ҳолда ўсмирлар ўртасида суицидал хулқ-атворнинг хавф гуруҳларини аниқлаш ва ота-оналар ҳамда болаларга тиббий-психологик ва психокоррекцион ёрдам кўрсатиши, унинг шаклланишининг дастлабки босқичларида суицидал хулқ-атворни прогноз қилиш имконини берадиган тадқиқот натижалари келтирилган. Ўсмирларда суицидаларнинг олдини олиш, баркамол шахсни шакллантиришида оиланинг тарбиявий аҳамияти муҳим роль ўйнайди.

Таянч сўзлар: ўсмирлар, оилавий муносабатлар, суицидал хулқ-атвор.

ANALISYS OF PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SUICIDAL TENDENCIES AT ADOLESCENTS

Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Resume

The article presents the results of the study that allows identifying risk groups for suicidal predisposition among adolescents, taking into account the types of family relationships and provides early medical, psychological and psycho-correctional aid to parents and children, to predict suicidal behavior at the earliest stages of its formation. In the prevention of teenage suicides, an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Key words: adolescents, family relationships, suicidal behavior.

Актуальность

Рост числа суицидальных тенденций среди детско-подросткового контингента населения определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как отечественных, так и зарубежных [1,10]. Изучение роли психосоциальных факторов в формировании суицидального поведения подростков является дискуссионным вопросом научной и практической медицины. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате пагубного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета [3]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом [2,10]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как

варианта патохарактерологической реакции протеста внутрисемейных взаимоотношений. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, амбивалентным и деструктивным стилями воспитания, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами вызывают необходимость детального исследования влияния роли семьи на развитие суицидальных тенденций [1]. В проблеме суицидального поведения подростков одним из факторов, обуславливающих формирование и развитие этого способа поведения, усвоение его моделей, являются семейные взаимоотношения [4]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказывать важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [9]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностиро-

ванных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье [3]. Эпидемиологические и клинико-психопатологические исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности депрессивных расстройств в детском и подростковом населении [5]. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине суицидальных тенденций встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста [6]. Суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [7]. По данным российских учёных, для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство покинутости, переживание собственной несостоятельности, физического отставания; избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [8].

Цель исследования: изучить роль психосоциальных факторов на формирование суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы

Обследовано 60 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра со склонностью к побегам и бродяжничеству. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катamnестический. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован тест Шмишека-Леонгарда. Степень выраженности синдрома бродяжничества оценивалась с помощью «Шкалы уходов и бродяжничества».

Результат и обсуждение

В ходе исследования установлено, что большинство обследованных подростков (70%) были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 45% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагоприятной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У

53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки» -16%), семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения (14%). Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 36 мальчиков и 24 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% слу-

чаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 58% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилберга-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. На инициальном этапе исследования первоначальной задачей явилось установление типов характерологических особенностей подростков, склонных к суицидальным тенденциям и побегам из дома. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациентов с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 6 больных (10%), застревающий тип личности у 15 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 43% случаев (26 обследованных), тревожно-боязливый тип у 7 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался дистимическим типом. У этих подростков отмечались такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению, рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 6 пациентов с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмотивном типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациентов была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациентов на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к

аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных тревожно-боязливый тип личности встречался в 12% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что подростки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и стероидными чертами (31%) – в 13–14 лет. Подростки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациента были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациентов, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациентов выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявило, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала нали-

чие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 6% пациентов со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациенты наносили неглубокие порезы на предплечье, 17% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 10% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентов домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациентов депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 56% больных, дисфорических реакций у 23% обследованных, тревожно-депрессивных состояний у 11% обследованных, тревожные расстройства наблюдались у 10% подростков, склонных к побегам и бродяжничеству.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование психосоциальных факторов, влияющих на формирование суицидальных тенденций у подростков, определило, что деструктивный тип семейных взаимоотношений приводит к развитию дистимической и тревожно-боязливой акцентуации личности подростков с наличием в клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, провоцирующих суицидальное поведение подростков.

Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи в формировании гармонично развитой личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» Научно-практический журнал №6(52)март 2019. С. 54-59.
2. Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков // «Юбилейные Сухаревские чтения». Научно-практическая конференция «Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям» / Сборник тезисов под общей ред. М.А. Бебчук. - М. – 2016. – С. 7-8.
3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью // Сборники конференций НИИ Социосфера. 2014. №23 С.45-48.
4. Герасимчук М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии. //Суицидология – актуальные проблемы,

вызовы и современные решения: Сборник научных статей I научно-практической конференции Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. – СПб. : СИНЭЛ, 2016.- С. 17-20.

5. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.

6. Григорьева Д.П., Егорова В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Журнал «Казанская наука». 2016. № 12. С. 151-154.

7. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2017. № 4 (17). С. 27-33.

8. Каршибаева Г.А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Журнал «Молодой ученый». — 2015. — № 7. - С. 663-665.

9. Abdullayeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents // Journal «Sciences of Europe» / (Praha, Czech Republic) VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

10. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. // BMJ, 349: pg. 50-54.

Поступила 15.05. 2019