

Comorbidity depression and self-destructive behavior in adolescence: comparative sex analysis of clinical cases

B. A. Pukhovskiy, G. Ya. Pyliagina

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Today, there is a trend of intentional self-harm, suicide and injury among teenagers. Doctors pay attention that among the reasons for this situation are the depressed state of society, cruelty and indifference in the family, maladjustment in the educational institution, low neuropsychological stability of children and young people, inability to constructively solve personal problems, lack of sustainable interests and interesting organized leisure time, impossibility self-expression and self-realization, etc.

The comorbid combination of depressive disorders (DD) and self-destructive behavior (SDB) in adolescence is one of the most important and global problems of modern clinical psychiatry. The gender specifics of such an aggravating variant of DD in boys and girls requires additional research.

The objective: to analyze the sexual characteristics of DD in a comorbid combination with SDB in youth.

Materials and methods. In the pilot study 48 boys and girls aged 15–18 years with DD (according to ICD-10) and manifestations of SDB were examined in outpatient clinic, namely: 11 (22.91%) boys and 37 (77.08%) girls. The patient health questionnaire (PHQ-9) was used in the study.

Results. According to the results of the study, patients were diagnosed with different variants of clinical syndromes of DD. The level of severity of DD had no gender characteristics. Such syndromes as hysterical-depressive, depressive-hypochondriac, depressive-dysphoric syndrome were found only in girls. At the same time, hysterical-depressive syndrome occurred most often – in 29.2% of all cases in both groups.

The results of the study indicate a tendency towards the predominance of bisexual identification among girls (21.6%) compared to 9.1% among boys.

Conclusions. It has been proven that in youth DD have 100% comorbidity with SDB. The presented clinical cases demonstrated severe DD in youth, taking into account gender characteristics. The significant predominance of depressive-obsessive and anxiety-depressive syndromes in young men is an important factor in the comorbid development of SDB (suicidal activity) in these patients.

Keywords: diagnosis of mental disorders, depressive disorders, depressive behavior disorder, self-destructive behavior, comorbidity, gender-specific mental disorders, mental health assessment, men's health, adolescence.

The problem of affective pathology, in general, depressive disorders (DD) in young youth, is extremely relevant for modern Ukrainian psychiatry. First of all, the need for a thorough study of these problems applies to young men and adolescents as the most important part of our social capital. Because the prevalence of depression increases significantly in adolescence / young adulthood and has negative consequences for mental health in adulthood.

According to modern research, the combination of DD with other comorbid (behavioral) disorders has the highest risk of adverse outcomes in the age at 24 years [1]. For example, the onset of somatoform disorders with various «bodily complaints» in adolescence is directly related to the development of anxiety and depressive symptoms in young adulthood [2]. Self-destructive behavior (SdB) and suicidal behavior as part of it is the main comorbid, cumulative, or secondary behavioral pathological characteristic of adolescence with DD [3]. Thus suicide is one of the most common causes of death among adolescents, and suicidal thoughts, self-harm increase risk of mental disorders and suicide in the future [4]. Also eating disorders are comorbid disturbances with depression in adolescents as equivalent to SdB [5, 6].

In the scientific literature, correlation sex with DD is one of important topic of research. For example, the prevalence of depression among women is widespread and clearly visible. A higher level of depression in women is determined by factors such as increased neuroticism, stress reactivity, or hyperactivity of the limbic system, that is based on the stress diathesis model [7]. However, the prevalence and characteristics of male depression are also thoroughly researched and discussed by scientists. Generally, masked depression in men (young men as well) can be concealed by substance abuse, somatization [8].

Traditional masculinity is the main risk factor for male vulnerability – the development under stress of maladaptive coping strategies, such as emotional suppression, reject of seek help, or substance abuse (especially alcohol). In our opinion, this basic male attitude exacerbates psychosocial stress vulnerability and explains the correlation between DD and high rates of behavioral disorders, delinquency, and suicide for young men [9].

The objective: to analyze the sexual characteristics of DD in a comorbid combination with SDB in youth.

MATERIALS AND METHODS

At the pilot study we examined 48 outpatients (15–18 years old) at the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine in 2023 (Shupyk NHU of Ukraine): 11 (22.9%) men and 37 (77.1%) women. 16.6±1.6 average age (Me±SD).

The including criteria in the study were: (a) the young age as 15–18; (b) symptoms of DD due to the International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 10th Revision (ICD-10) and high score on the Patient Health Questionnaire (PHQ9, ≥ 10). All participants hadn't an experience or current of psychotic episodes, organic brain disorders, substance use within the past 3 months.

For diagnostic reasons, we used a semi-structured clinical interview and evaluated patients' depression rating by PHQ-9. The study upheld ethics, protecting participants' rights, welfare, and confidentiality by bio-ethic guidelines of Shupyk NHU of Ukraine.

Statistical analysis of the data was performed using IBM SPSS Statistics. In our study between two sex groups were compared using the Chi-squared test.

RESULTS AND DISCUSSION

According to the results of the depression level in boys and girls using the PHQ9 scale, the groups were comparable: respectively on average 17.2±1.06 and 16.46±1.77 points (Me±SD). This showed that there was no sex difference in the severity of depression. Even a comparison of the frequency highest scores on the scale (the moderately severe depression, ≥ 20) did not reveal a significant sex difference: 15 cases among girls (40.5%) and 2 cases among boys (18.2%; p=0.1734). However, among girls there was a tendency for moderate and severe depression to prevail. But these figures require further study, as this study included a much smaller number of boys than girls.

The inclusion criteria for the study did not include the presence of manifestations of SdB. However, in the diag-

nosis all patients, taking into account the severity of their depression, were found to have some manifestations of SdB (Tab. 1).

The data obtained in middle adolescence showed that most often DD is accompanied by external forms of SdB, specifically non-suicidal self-harm or excoriation, which are significantly almost twice as prevalent in girls (p=0.0099). In all cases of cutting or excoriation, patients reported about the repeated suicidal thoughts or persistent suicidal tendencies at the severe onset of DD.

All other SdB' features had no statistical difference in the groups by sex. But persistent suicidal tendencies and suicidal fantasies prevailed among boys, and suicidal thoughts and multiple suicide attempts prevailed among girls. Also, one-off suicide attempt was found only among girls (10 cases).

All patients (n=30) under the age of 18 were diagnosed with depressive conduct disorder (DCD, F92.0). 19 patients aged 18 years were diagnosed with major depressive episode (F32.1-2), dysthymia (F34.1), and adjustment disorder (F43.2), mainly prolonged depressive reaction (Tab. 2). No sex differences in the nosologic DD variants were found.

Important data were obtained when analyzing the distribution of clinical syndromes in the examined patients (Tab. 3). That we found such syndromes as hysterical-depressive, depressive-hypochondriacal, depressive-dysphoric, and dysphoric syndromes only in girls. And hysterical-depressive syndrome was the most common - in one third of all cases in both groups (29.2%).

According to the sex differences, the study also revealed a statistically significant prevalence of depressive-obsessive syndrome among young men (45.4%) compared to women (8.1%; p=0.0035). In addition, statistically significant results were received for the prevalence of cases depressive syndrome in comorbidity with anxiety-phobic and obsessive symptoms as sum among young men – 7 people (63.64% in this subgroup) compared to girls – 5 people (13.51% in this subgroup; p=0.00075). This indicates the advantage of a comorbid combination of depres-

Table 1

SdB' features in the patients by sex, abs (%)

SdB' features	Total, n=48	Young men, n=11	Girls, n=37	χ ² -test, p-value
Non-suicidal self-cutting, excoriation	36 (75.0)	5 (45.5)	31 (83.8)	0.0099*
Suicidal thoughts	29 (60.4)	6 (54.5)	23 (62.2)	0.650
Suicidal attempt	10 (20.8)	-	10 (6.3)	-
Permanent suicidal tendencies	8 (16.6)	3 (27.3)	5 (13.5)	0.282
Suicidal fantasies	7 (14.5)	3 (27.3)	4 (8.3)	0.174
Repetive suicidal attempts	6 (12.5)	1 (9.1)	5 (13.5)	0.63

Note. * – χ²-square test; p<0.01.

Table 2

Variants of DD in the patients by sex, abs (%)

Variants of DD	Total, n=48	Young men, n=11	Girls, n=37
Depressive conduct disorder (DCD, F92.0)	30 (62.5)	6 (54.5)	24 (64.7)
Dysthymic Disorder (F34.1)	8 (16.6)	2 (18.2)	6 (16.2)
Major Depressive disorder (F32.1-2)	6 (12.5)	2 (18.2)	4 (10.8)
Adjustment disorder with depressed mood (F43.21)	4 (8.3)	1 (9.1)	3 (8.1)

Clinical syndromes in the patients by sex, abs (%)

Syndromes	Total, n=48	Young men, n=11	Girls, n=37	χ ² -test, p-value
Hysterical-depressive	14 (29.2)	-	14 (37.9)	-
Depressive	9 (18.8)	3 (27.3)	6 (16.2)	0.109
Depressive-obsessive	8 (16.6)	5 (45.4)	3 (8.1)	0.0035*
Depressive-depersonalization/ derealization	7 (14.5)	1 (9.1)	6 (16.2)	0.567
Anxiety-depressive	4 (8.3)	2 (18.2)	2 (5.4)	0.178
Depressive-hypochondriacal	3 (8.1)	-	3 (8.1)	-
Depressive-dysphoria	3 (8.1)	-	3 (8.1)	-

Note. * – χ²-square test; p<0.05.

sive syndrome with a spectrum of anxiety-phobic-obsessive symptoms among youngsters in middle adolescence. Such examples are given in clinical cases.

A serious variant of DD is a comorbid burden of depressive syndrome with depersonalization-derealization syndrome, which is often a complication of hysterical-depressive syndrome by the mechanism of dissociation. In our study, the combination of hystero-depressive, depressive-depersonalization-derealization and depressive-dysphoria syndromes in girls amounted to 24 cases (64.86%), and in boys – only 1 case (9.1%) with depressive-depersonalization-derealization syndrome as a burden of severe depression (p=0.00115).

An unexpected outcome of the study was the tendency to predominance of bisexual identification among girls (n=8; 21.6%), compared to one case among boys (9.1%; p=0.35).

All these data are an important result for further study and the appropriate focusing for complex psychopharmacological and psychotherapeutic interventions.

The following are clinical cases of sex differences in middle adolescence that were identified in the study.

Case study 1

Male V., 16 years old, 11th grade of the Lyceum.

He is the only child in the family. In the family, he has a closer relationship with his mother. His relationship with his father is distant, without emotional manifestations: *«I do not communicate with him. He only controls how I'm studying, he is not interested in anything else, scolded me for my grades and punishes me when I did not want to do my homework»*. V. notes that from elementary school until now he always felt anxiety of failing regarding school duties.

Previously, he had friends, but now he prefers to be alone and rarely communicates with them. He doesn't use alcohol or drugs.

Periods of depressed mood and suicidal thoughts first appeared when V. was still in elementary school: *«Once, when I was 9 years old, in the third grade, a new very strict teacher gave me a «D» in three subjects in one day. I knew my father would beat me. I felt hopeless at the time. I was exhausted from being scolded for my grades any times. I thought it would be better to die»*.

His first psychological help with a positive effect was about three years ago due to *«moral fatigue and melancholic mood»*. Within half a year before this visit, he noticed a sig-

nificant decrease in activity, difficulties in studying, unwillingness to engage with his favorite hobbies (*«For the last few months I haven't been interested in the things I loved: photography and cycling»*), sleep disturbances. His mental health significantly worsened after the school year began: *«I must be admitted to a university, pass my exams successfully, but I have neither desire nor energy for studying. Basically, I have no idea that I want in the future, I can't even imagine my future»*. He stopped studying, socializing, or even leaving a room. The majority of the time was spent in his phone: *«I was listening music, browsing, sometimes chatting with someone... I don't want to communicate with anyone anytime, especially my parents. It's to me only feel sorry for mom»*. V. notes permanent suicidal thoughts during these past three months: *«I was burned out. I had suicide thoughts practically everyday, I couldn't handle them, and wanted them to be over at the fast time»*. He had planned suicide one week before the diagnostic interview: *«I was planning hanging himself, had a rope ready, but mom called, I talked with her, and I became relieved so I didn't do it»*.

At the diagnostic exam, he responds unwillingly to the questions, pausing for a while. The mood is significantly depressed. Facial expressions frozen. Cognition was logical but slow. He expresses strong suicidal tendencies as well as ideas of self-humiliation: *«I constantly feeling tired. I'm so annoyed that I've lost any interest in life, I can't handle it. I wanna leave these worries... Thoughts of hanging myself almost daily. There's nothing to help me»*. Deeply immersed in own feelings without reflexivity and critical self-attitude. A score of 25 (severe depression) on the PHQ9 was founded.

This case study represents typical examples of Severe Melancholic Depression as variant of DCD in adolescent male with previous depressive episodes on background fathers' excessive demands, loneliness, and a combination of fear and pessimism about future. He had been hypothyroid mood, sadness for several years, and met certain clinical criteria for Dysthymia. This depressive episode might be considered Hikikomori syndrome according to manifestations as reclusiveness, abandonment of aspirations, lack of socialization and social phobia. Importantly, manifestative features of SdB appeared in V.'s childhood. Therefore, in the severe depression his suicidal thoughts were transformed into persistent suicidal intentions and with a suicide decision was made. In this case, suicidal behavior is a complicating comorbidity of relatively severe DCD.

Case study 2

Male S., 17 years old. A 1st-year university student.

Has good and trusting relations with his mother and stepfather, however, he doesn't believe that they can do anything for him: «*They are tolerating me already and do everything possible for me*». There is no relationship with his own father. He has two older siblings, 27 and 23 years old, with whom he communicates with formally.

Until he was 15 or 16, he was quite shy and withdrawn, therefore his relationships with his peers were quite difficult: «*I wanted to be cool, likeable, and the center of attention*». He takes any kind of criticism by other people sharply. In his childhood and adolescence, he was prone to constantly «*scrolling and rethinking in his head*» any of his actions, often feeling anxiety and guilt of oneself. S. doesn't complain to his parents and teachers about bullying or reproach, but he has always «*wanted to be better to achieve success later in life, helping his mom who is working hard and to prove his brothers that he could achieve more than they could, that I'm better than they are*».

As a 9-year-old child, S. hardly survived the death of his beloved grandfather, who had been struggling with cancer: «*I witnessed a human being dying for the first time. After this there were fears for a long time that it could happen to me, I tried to somehow protect ourselves against these thoughts, I often wept, and had nightmares, there were thoughts that I would rather be dead, to avoid suffering*», that could be considered as suicidal fantasies.

The first time was two months before the exam with a suspicion of DD: «*I felt like everything I did didn't matter anymore. I couldn't sleep due to negative thoughts about the future. I don't like studying. I can't achieve anything in life. Why should I keep living like that?*».

A few weeks later his mental state worsened because he had broken up with his girlfriend: «*When I felt terrible, she was became irritated and abusive. Afterwards, I had thoughts that I wasn't good enough, boring and unattractive, I couldn't be together with anybody, there wouldn't be anything good in future, I had neither willingness nor energy to deal with those life. I thought poorly about my girlfriend after breaking up, but then I heard she had broken her arm. Then I started thinking that it was my fault, even knowing it wasn't*». On the background of further exacerbation of depression and obsessions: «*I have a «feeling that I can't keep my thoughts controlled. I'm scared of wishing anything wrong to anyone – family members, or friends, or even acquaintances - in case of something happening to them. Even more, I'm scared such thoughts might sneak unnoticed. What if this wish is realized, can I deal with it, knowing that it happened due to my thoughts? I understand that it's something morbid – these thoughts are the opposite of me, but I can't rest even for a minute because I'm afraid of forgetting that I thought about someone or remembered them. To deal with all this at least a little bit, I started to attach memories of people to a certain place, then try to avoid them around to prevent them from affecting anyone. I can't stand this pressure anymore, I'd rather die*».

There were depressive symptoms with ideas of self-blame and self-abasement, acute obsessive-compulsive syndrome, and suicidal thoughts as dominated features at the diagnostic clinical exam – 22 points for PHQ9 (severe depression). He understands the morbid background of his

obsessions and compulsive behaviours. He actively seeks help, however, but doesn't believe in their effectiveness.

This clinical case is a typical illustration of severe DCD development with acute comorbid obsessive-compulsive syndrome and exacerbation with suicidal thoughts due to an additional psychological trauma – relation breakup. The personal background of S.' developing DCD is also important: a tendency to obsessions on the background of long-term anxiety and hypothyria caused by the emotional overtense, loneliness (despite having good family relationships), adolescence ambitions with intolerance of criticism and non-acceptance, and infantile idealizations about one's own success and disappointment in reality. Important point is that S. has been experiencing all neurotic symptoms and manifestations of SdB (such as suicidal fantasies and thoughts) since childhood. In this case, the suicidal thoughts are the secondary complicating comorbidity component of the combination of severe depressive syndrome and acute obsessive-compulsive syndrome as part of complex comorbid DCD (F 92.0).

Case study 3

Girl O., 17 years old, is studying in the 11th grade, then in the 1st year of college.

She is the only child in the family. In her opinion, the family relationships were not warm and trusting. The parenting style was authoritarian. O. notes that it was never accepted to show emotions in the family: «*The word 'family' makes me sick*». She believes that her father often devalues her problems and mental state. He is constantly scolding her and accusing that she has bad attitude towards school, and he's saying that she manipulates her mental disturbances: «*They're saying any times that if it weren't for us, I wouldn't have succeeded in anything. Everything I have is thanks to them*». However, at the diagnostic meeting father emphasizes that daughter «*does nothing at home, does not help and does not want to study – I don't understand whether it's laziness or illness*». He doesn't believe that this is mainly due to the daughter's mental problems and the family situation. Father believes there are no reasons for that: «*We already make everything for her*». The patient's mother takes an interest in the life of her daughter, but according to O.: «*I don't trust her, so I'll never share anything with her*». The relationship with the girl's grandmothers is also negative.

O. noticed that in elementary school she was not like others, so she wasn't treated well by peers: «*It wasn't only abuse, but fights, once I was fighting against five boys*». The patient notes that «*in this school it was accepted that boys are against girls, so I started to be afraid of boys*». She notes the teacher's bad attitude: «*Sometimes she would beat me and others with a wet rag when I didn't understand something or couldn't answer anything correctly. I thought it was normal, then I told my parents, but they did nothing*». Between the ages of 12 and 14, O. was forced to change schools due to her mother's business trip to one of the post-Soviet countries. Her parents chose a religious school for her, although she considered herself an atheist: «*I was very far from anything religious*». While studying at this school, she again faced bullying from her peers: «*I was*

a stranger there, not like them, and they always bullied me». After the move, she felt very lonely. When she returned with family to Ukraine, in high school, her relationships with her peers became difficult again: *«I just wanted it to be over as fast as possible»*.

She first sought help from a psychologist in 14 years old because of with her problems with family' and peers' relationships difficulties. This psychiatric diagnostic was referred by a psychologist and the parents' request that O. refuses to study at school, has sleep disturbances, severe irritability, and poor appetite. A week before this diagnostic meeting, she had already been examined by a psychiatrist with a conclusion of severe depression and personality disorder, but her father decided to get a second opinion.

At the diagnostic exam extremely tense, suspicious: *«I keep thinking about how to hide every time, in case I am attacked»*. Pose *«twisted into a knot»*. The mood is depressed but she obviously demonstrative in self-expression with over-valued ideas of self-deprecation and self-justification: *«I'm extremely blunt and I just can't cope with everything in my head, I don't want to live anymore, I'm not good for anything anyway and only a burden to my parents»*. Girl confessed that she has self-harmed: *«It happens almost every day, but I hide it»*.

O. talked more openly about anamnesis and herself ideas at her second visit (while on antidepressants). In the childhood she couldn't express her emotions because *«it would upset my parents, and I would hide at night and cry»*, and when O. was already 12 years old, she found a way to relieve severe anxiety and mental anguish: *«I was cutting my arms or legs, and my parents didn't even know about it because they weren't looking to me»*. Meanwhile girl fantasized about suicide at the first time. Later, she began *«fantasizing»* another way: *«I was about 13 when I imagined myself at bedtime, it was my own way to escape from reality's hell. Then I named the first face as 'personality', it had all my negative characteristics: aggressiveness, tearfulness, trustingsness»*. Later, the patient distributed these characteristics among other *«personalities»*. The past 6 months before exam O. had developed about 30 internal personalities: *«They are all different. And I cannot understand the way they will appear. Sometimes personalities can interact with each other without me, but I am the main leader. Sometimes I cannot always control them, because some of them try to destroy the negative in me and me in total as well»*. At the meeting the girl said that she had 41 personalities, which she divided into certain groups: *«aggressive, vulnerable, music addicted, etc»*. *«Sandra is the most aggressive, she intervenes when there is a risk of a fight and she has to defend me»*.

O. identifies himself as a bisexual person: *«Most of my personalities are female, but there are also bisexual ones»*. Her first sexual attraction to a girl-friend occurred when she was 14 years old, and shortly afterwards O. told her parents about it. They didn't support her: *«Although mom accepted it, she still has hopes that I'll become 'normal'. Father actually considers that I'm healthy and lazy, and when I tell him about my passions, he says that they're fiction»*. O. has a relationship with a transgender girl now.

At the second meeting, she demonstrated intense emotion when talking about problems in the relationship with

parents and the school. She had demonstrative behaviour with emotional gestures, tends to use rude speaking and swearing. Laughs at her inner feelings, which looks like an emotional paradox. She expressed like suicidal ideas: *«I've had enough of life»*, but at the same time notes that *«as long as I can control my head in some way, there is not a time to do anything with myself, but I can break down at any time»*. Her last time self-harm was a weeks ago, when she had conflicts with a friend and then with her parents. The PHQ9 score was 21 (severe depression).

This case is a typical example of the development of a severe hystero-depressive variant of DCD (F 92.0) in a girl, with depersonalization symptoms, suicidal fantasies, and self-injuries were comorbid. Constant misunderstandings in relations with parents, especially their nullification of the girl's feeling and numerous long-term psycho-traumatic circumstances with bullying in different school groups became the basis for the gradual development of multiple personality disorder with bisexual identity. In this case, the manifestations of dissociative disorder and SdB developed as a burdensome pathological variant of the girl's psychological defense in long-term distress. The severity of this case is associated with the bad prognosis towards the development of borderline personality disorder and the risk of an impulsive suicidal decision against the background of any additional psychotraumatic challenge.

All of these clinical cases demonstrate the critical importance of family history in the development of severe DD in middle adolescence, namely the deviant child-parent relationships, including repeated psychotraumatic situations as the bullying in the family and at school.

CONCLUSIONS

According to the results of the our pilot study, it can be argued that DD have 100% comorbidity with SdB in middle adolescence.

Despite the comparability of groups of boys and girls by nosologies and severity of depression, significant sex differences were found in the formation and course of DD with comorbid manifestations of SdB. Thus, most often, non-suicidal self-injury or excoriation was combined with DD, which significantly prevailed in girls.

The data on the diagnosed clinical syndromes in the groups showed that hysterical-depressive, depressive-hypochondriacal, and depressive-dysphoric syndromes were detected only in girls with hysterical-depressive symptoms dominating among them. The combination of cases of hysterical-depressive and depressive-depersonalization-derealization and and depressive-dysphoria syndromes syndromes as a severe variant of DD was significantly more common among girls as well. They also showed a tendency to predominance of bisexual identification. In contrast, the depressive-obsessive and anxiety-depressive syndromes was more typical for young men.

These clinical cases present typical examples of severe DD in adolescence, taking into account sex specificity of them, as well as the incredible importance of psychotraumatic family history in their development and course.

Conflict of interests: authors have no conflict of interest to declare.

Information about the authors

Pukhovskiy Bohdan A. – MD, PhD-student, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; tel.: (044)463-68-11. *E-mail: bohdan.puhovskiy@gmail.com*
ORCID ID 0009-0003-4652-669X

Pyliagina Galyna Ya. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, tel.: (044)463-68-11. *E-mail: gpil.doctor@gmail.com*
ORCID ID 0000-0003-0169-1256

Коморбідність депресії та самодеструктивної поведінки в підлітковому віці: порівняльний статевий аналіз клінічних випадків

Б. А. Пуховський, Г. Я. Пилягіна

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

На сьогодні спостерігається тенденція навмисних самоушкоджень, суїциду, травматизму серед підлітків. Лікарі зазначають, що серед причин такого становища – депресивний стан соціуму, жорстокість та байдужість у сім'ї, дезадаптованість у навчальному закладі, низька нервово-психологічна стійкість дітей та молоді, невміння конструктивно вирішувати особистісні проблеми, відсутність стійких інтересів, цікавого організованого дозвілля, неможливість самовираження, самореалізації тощо.

Коморбідне поєднання депресивних розладів (ДР) та саморуйнівної поведінки (СрПв) у підлітковому віці є однією з найважливіших та глобальних проблем сучасної клінічної психіатрії. Статеві особливості такого обтяжливого варіанту ДР у юнаків та дівчат потребує додаткових досліджень.

Мета дослідження: аналіз статевих особливостей ДР у коморбідному поєднанні із СрПв в юнацькому віці.

Матеріали та методи. У плотному дослідженні амбулаторно було обстежено 48 юнаків та дівчат віком 15–18 років з ДР (згідно з МКХ-10) та проявами СрПв, а саме: 11 (22,91%) юнаків і 37 (77,08%) дівчат. У дослідженні використовували опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9).

Результати. За результатами дослідження у пацієнтів було діагностовано різні варіанти клінічних синдромів ДР. Рівень тяжкості ДР не мав статевих особливостей. Такі синдроми, як істерично-депресивний, депресивно-іпохондричний, депресивно-дисфоричний, були виявлені тільки у дівчат. Водночас істерично-депресивний синдром зустрічався найчастіше – у 29,2% серед усіх випадків в обох групах.

Результати дослідження свідчать про тенденцію до переважання бісексуальної ідентифікації серед дівчат (21,6%) порівняно з 9,1% серед юнаків.

Висновки. Доведено, що в юнацькому віці ДР мають стовідсоткову коморбідність із СрПв. Наведені клінічні випадки продемонстрували важкі ДР в юнацькому віці з урахуванням статевих особливостей. Суттєве переважання депресивно-обсесивного та тривожно-депресивного синдромів саме у юнаків є важливим чинником коморбідного розвитку СрП (суїцидальної активності) у цих пацієнтів.

Ключові слова: діагностика психічних розладів, депресивні розлади, депресивний розлад поведінки, саморуйнівна поведінка, коморбідність, специфічно статеві психічні розлади, оцінка психічного здоров'я, чоловіче здоров'я, підлітковий вік.

Проблема афективної патології, зокрема депресивних розладів (ДР) у підлітковому віці є вкрай актуальною для сучасної української психіатрії. Насамперед, необхідність ретельного дослідження цих проблем стосується юнаків та молодих чоловіків як найважливішої складової нашого суспільного капіталу, позаяк поширеність депресії значно зростає в підлітковому/ранньому дорослому віці та має негативні наслідки для психічного здоров'я в дорослому віці.

За сучасними дослідженнями, поєднання ДР з іншими коморбідними (поведінковими) порушеннями мають найвищий ризик несприятливих наслідків у віці до 24 років [1]. Так, виникнення соматоформних порушень з різноманітними та «тілесними скаргами» в підлітковому віці безпосередньо пов'язані з розвитком тривожно-депресивної симптоматики у ранньому дорослому віці [2]. Основною коморбідною або сукупною чи вторинною поведінковою патологією, що

характерна для підліткового віку в усьому світі, є саморуйнівна поведінка (СрПв), а також суїцидальна поведінка як його частина [3]. Так, самогубство є однією з провідних причин смерті серед підлітків, а наявність в них суїцидальних думок і самоушкоджень потенціую підвищений ризик психічних розладів і самогубств у майбутньому [4]. Також коморбідними до депресивних станів у підлітків є розлади харчової поведінки, що також є еквівалентними формами СрПв [5, 6].

У науковій літературі постійну увагу приділяють особливостям перебігу ДР, які пов'язані зі статтю. Так, вважається, що переважання депресії у жінок є загальним і суттєвим. За сучасними даними, що ґрунтуються на моделі стрес-діатезу, вищий рівень депресії у жінок визначається такими чинниками, як підвищений рівень нейротизму, реактивності на стрес або гіперактивності лімбічної системи [7]. Проте розповсюдженість та особливості чоловічої депресії також ретельно

вивчаються та обговорюються науковцями. Зокрема, маскована депресія у чоловіків, зокрема молодого віку, може бути прихована зловживанням психоактивними речовинами, соматизацією [8].

Традиційна маскулітність як ключовий чинник ризику чоловічої вразливості спричинює розвиток таких дезадаптивних стратегій подолання, як емоційне придушення (невиразність), небажання звертатися по допомогу або зловживання психоактивними речовинами (насамперед, алкоголем) за наявності стресових впливів. На нашу думку, така базова чоловіча схильність посилює психосоціальний стрес та пояснює статево вразливість молодих чоловіків, що проявляється у кореляційному зв'язку депресії з високим рівнем розладів поведінки, правопорушень і самогубств [9].

Мета дослідження: вивчення статево особливостей ДР у коморбідному поєднанні із СрПв у юнаків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗ України ім. П. Л. Шупика) у 2023 р. було проведено пілотне дослідження 48 амбулаторних пацієнтів віком 15–18 років, а саме: 11 (22,9%) юнаків та 37 (77,1%) дівчат, середній вік яких становив $16,6 \pm 1,6$ року ($M \pm SD$).

Критерії включення у дослідження:

- вік 15–18 років,
- симптоми ДР відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб для статистики смертності та захворюваності 10-го перегляду (МКХ-10),
- високий бал за опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ-9 ≥ 10).

Критерії виключення з дослідження:

- наявність в минулому або в теперішньому психічних епізодів,
- органічні розлади головного мозку,
- вживання психоактивних речовин протягом останніх 3 міс.

З діагностичною метою було використано напівструктуроване клінічне інтерв'ю та оцінено рівень депресії пацієнтів за допомогою PHQ-9.

Дослідження проводили з дотриманням етики, захисту прав, добробуту та конфіденційності учасників відповідно до рекомендацій комісії з біоетики НУОЗ України ім. П. Л. Шупика.

Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Значення між двома гендерними групами порівнювали за допомогою Хі-квадрат тесту.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами визначення рівня депресії у юнаків та дівчат за допомогою шкали PHQ9 групи були співставні: у середньому $17,3 \pm 2,96$ бала та $18,35 \pm 3,94$ бала ($Me \pm SD$) відповідно. Це свідчило про відсутність статево відмінностей у рівні тяжкості депресії. Навіть порівняння випадків з найвищими балами за шкалою «рівень помірно важкої депресії» («moderately severe») не виявило достовірної статевої різниці, а саме: 15 (40,5%) випадків серед дівчат та 2 (18,2%) випадки серед юнаків ($p=0,17$). Проте спостерігають наявну тенденцію до переважання випадків помірно важкого та важкого рівня депресії серед дівчат. Однак ці показники потребують подальшого вивчення, позаяк у дослідженні увійшло значно менше юнаків, ніж дівчат.

До критеріїв включення у дослідження не було введено наявності проявів СрПв. Проте під час діагностування в усіх пацієнтів, з урахуванням важкості депресії в них, було виявлено ті чи інші прояви СрПв (табл. 1).

Виявлені дані у середньому підлітковому віці засвідчили, що найчастіше ДР супроводжувалися зовнішніми формами СрПв, а саме: несуйцидальними самопорізами чи ексکورіаціями, які достовірно майже вдвічі переважали у дівчат ($p=0,0099$). В усіх випадках катингу або ексکورіацій пацієнти зазначали одночасну наявність періодичних суїцидальних думок чи стійких суїцидальних тенденцій на вістрі ДР.

Усі інші прояви СрПв не мали статистичної різниці у групах за статтю. Але серед юнаків переважали стійкі суїцидальні тенденції та суїцидальні фантазії, а серед дівчат – суїцидальні думки та неодноразові суїцидальні спроби. Також одноразову реалізацію суїцидальної спроби було виявлено тільки серед дівчат (10 випадків).

У всіх пацієнтів (30 осіб) віком до 18 років було діагностовано депресивний розлад поведінки (ДПР, F92.0) (табл. 2). Серед 19 пацієнтів віком 18 років було діагностовано великий депресивний епізод (F32.1-2), дистимію (F34.1) та розлад адаптації (F43.2), насамперед пролонговану депресивну реакцію.

Статево відмінностей у нозологічному розподілі виявлено не було.

Таблиця 1

Розподіл обстежених хворих за варіантом СрПа, абс. число (%)

Варіант СрПв	Усього, n=48	Юнаки, n=11	Дівчата, n=37	χ^2 -тест, p
Несуйцидальні самопорізи, ексکورіації	36 (75,0)	5 (45,5)	31 (83,8)	0,0099*
Суїцидальні думки	29 (60,4)	6 (54,5)	23 (62,2)	0,650
Суїцидальна спроба	10 (20,8)	-	10 (27,0)	-
Стійкі суїцидальні тенденції	8 (16,6)	3 (27,3)	5 (13,5)	0,282
Суїцидальні фантазії	7 (14,5)	3 (27,3)	4 (8,3)	0,174
Неодноразові суїцидальні спроби	6 (12,5)	1 (9,1)	5 (13,5)	0,63

Примітка. * – Критерій χ^2 -квадрат ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Розподіл обстежених хворих за варіантом ДР, абс. число (%)

Варіант ДР	Усього, n=48	Юнаки, n=11	Дівчата, n=37
Депресивний розлад поведінки (F92.0)	30 (62,5)	6 (54,5)	24 (64,7)
Дистимія (F34.1)	8 (16,6)	2 (18,2)	6 (16,2)
Великий депресивний епізод (F32.1-2)	6 (12,5)	2 (18,2)	4 (10,8)
Розлад адаптації (F43.2)	4 (8,3)	1 (9,1)	3 (8,1)

Таблиця 3

Розподіл обстежених хворих за провідним клінічним синдромом, абс. число (%)

Клінічний синдром	Усього, n=48	Юнаки, n=11	Дівчата, n=37	χ ² -тест, p
Істеро-депресивний	14 (29,2)	-	14 (37,9)	-
Депресивний	9 (18,8)	3 (27,3)	6 (16,2)	0,109
Депресивно-обсесивний	8 (16,6)	5 (45,4)	3 (8,1)	0,0035*
Депресивно-деперсоналізаційний / дереалізаційний	7 (14,5)	1 (9,1)	6 (16,2)	0,567
Тривожно-депресивний	4 (8,3)	2 (18,2)	2 (5,4)	0,178
Депресивно-іпохондричний	3 (8,1)	-	3 (8,1)	-
Депресивно-дисфоричний	3 (8,1)	-	3 (8,1)	-

Примітка. * – Критерій χ²-квадрат; p<0,05.

Важливі дані були отримані під час аналізу розподілу обстежених пацієнтів за провідним клінічним синдромом (табл. 3).

Такі синдроми, як істерично-депресивний, депресивно-іпохондричний, депресивно-дисфоричний, були виявлені тільки у дівчат. При цьому істерично-депресивний синдром зустрічався найчастіше – у третини (29,2%) серед усіх випадків в обох групах.

Також під час дослідження з точки зору статевих розбіжностей було виявлено статистично достовірне переважання серед юнаків випадків депресивно-обсесивного синдрому (45,4%) порівняно з дівчатами (8,1%; p=0,0035). Окрім цього, отримано статистично достовірні результати переважання випадків сукупності депресивного синдрому у коморбідній обтяженості з тривожно-фобічною та обсесивною симптоматикою серед юнаків – 7 осіб (63,64% у цій підгрупі), а порівняно з дівчатами – 5 осіб (13,51% у цій підгрупі; p=0,00075). Зазначене свідчить про перевагу коморбідного поєднання депресивного синдрому із спектром тривожно-фобічно-обсесивної симптоматики серед юнаків у цій віковій групі.

Важким варіантом ДР є коморбідне обтяження депресивного синдрому із синдромом деперсоналізації-дереалізації, яке часто є ускладненням саме істеро-депресивного синдрому за механізмом дисоціації. У цьому дослідженні сукупність випадків з істеро-депресивним, депресивно-деперсоналізаційно-дереалізаційним та депресивно-дисфоричним синдромами виявлено у 24 (64,86%) дівчат, а у хлопців – лише 1 (9,1%) випадок з депресивно-деперсоналізаційно-дереалізаційним синдромом як обтяження важкої депресії (p=0,00115).

Неочікуваним результатом дослідження стало виявлення тенденції до переважання бісексуальної ідентифікації серед дівчат – 8 (21,6%) осіб порівняно з одним випадком серед юнаків (9,1%, p=0,35).

Усі ці дані є важливим результатом для подальшого вивчення та формування відповідних фокусів для комплексного психофармакологічного та психотерапевтичного втручання.

Наведено клінічні випадки статевих відмінностей у середньому підлітковому віці, які було виявлено в дослідженні.

Клінічний випадок 1

Пацієнт В., 16 років, 11 клас ліцею.

Єдина дитина в сім'ї. В родині більш довірчі стосунки має з матір'ю. З батьком стосунки дистантні, без емоційних проявів: «Я з ним не спілкуюсь. Він тільки контролює як я навчаюсь, інше його не цікавить, він часто сварив мене за оцінки та бив мене, коли я не хотів виконувати домашнє завдання». Зазначає, що з молодших класів до сьогодні завжди мав відчуття тривоги «не впоратися з поставленим завданням» щодо шкільних обов'язків.

Мав друзів, але віддав перевагу бути на самоті, за раз спілкується з ними вкрай рідко. Алкоголь чи наркотичні речовини не вживає.

Вперше періоди пригніченого настрою із суїцидальними думками В. були ще в молодшій школі: «Одного разу, коли мені було 9 років, у третьому класі нова дуже строга вчителька поставила за один день двійки з трьох предметів. Я знав, що мій батько мене поб'є. В той час у мене було відчуття безвиході. Мені набридло, що мене часто сварили за оцінки. Думав, що краще померти».

Вперше звернувся по психологічну допомогу близько трьох років тому через «моральну втому» та знижений настрій – зазначив, що це мало позитивний ефект. Протягом півроку до сьогодні відчував значне зниження активності, складнощі в навчанні, небажання займатися улюбленим хобі («Останні декілька місяців мене зовсім не цікавить те, що люблю: фотографувати та їздити на

велосипеди»), погіршення сну з частими прокиданнями та без відчуття відпочинку. Після початку навчального року психічний стан суттєво погіршувався: «Мені треба поступати в інститут, гарно скласти іспити, а я вже не маю ні бажання, ні сил навчатися. Я в принципі не знаю, що я хочу в майбутньому, а його і не бачу для себе». Пацієнт перестав навчатися, спілкуватися та майже не виходив з кімнати. Більшість часу проводив у телефоні: «Слухаю музику, щось передивляюсь, іноді спілкуюсь з кимось... Хоча я ні з ким не хочу спілкуватися, особливо бачити батьків. Маму тільки жалко».

У ці три місяці в хлопця почастишали суїцидальні думки: «Я наче вигорів. Думки про суїцид були майже кожного дня, не було сил їх терпіти, хотів, щоб все закінчилось». За тиждень до огляду юнак планував скіти самогубство: «Хотів повіситися, підготував мотузку, але зателефонувала мама, поговорив, стало легше – не зробив цього».

На момент діагностичного огляду на питання відповідає неохоче, після певної паузи. Настрій значно знижений. Міміка застигла. Мислення логічне, сповільнене. Висловлює стійкі суїцидальні ідеї та надцінні ідеї самоприниження: «Я постійно відчуваю себе втомленим. Мені це настільки набридло, що я перестав відчувати жагу до життя, я не можу з цим впоратися... Я хочу піти від цих турбот... Думки, що хочу повіситися в мене майже кожного дня... Мені вже ніщо не допоможе». Занурений у власні переживання. Критичного ставлення до власного стану не має. Зафіксовано 25 балів (важка депресія) за РНQ9.

Даний випадок є характерним прикладом розвитку важкої меланхолічної депресії як варіанту ДР поведінки (F 92.0) у юнака, котрий вже мав попередні депресивні епізоди на тлі завищених вимог з боку батька, відчуття самотності, поєднання остраху та песимізму щодо майбутнього. Гіпотимія тривала у хлопця декілька років, що певною мірою відповідає клінічним критеріям дистимії. Останній депресивний епізод за проявами можна вважати синдромом хікікоморі (відлюдкуватість, відмова від прагнень, небажання соціалізації до соціофобії). Важливим є те, що прояви СРПв виникали у В. у дитинстві. Саме тому на вістрі депресивного стану суїцидальні думки перетворилися в стійкі суїцидальні інтенції з моментом прийняття суїцидального рішення. У цьому випадку суїцидальна поведінка є обтяжуючим коморбідним синдромом відносно важкого ДР.

Клінічний випадок 2

Пацієнт С., 17 років. Студент 1-го курсу університету.

З мамою та вітчимою стосунки досить гарні і довірливі, але не вважає, що вони можуть йому чимось допомогти: «Вони і так терплять мене і роблять для мене все, що можуть». З рідним батьком не спілкується. Має двох старших братів 27 та 23 років, з якими спілкується досить формально.

До 15–16 років був досить сором'язливим, замкненим, тому в нього були досить складні взаємини з однолітками, «а мені хотілося бути класним, подобатися, бути в центрі уваги». Зазначив, що гостро сприймає будь-яку критику з боку інших людей. І в дитинстві, і в старшій школі був схильним постійно «прокручувати в

голові» будь-які свої вчинки, часто відчував тривогу та провинув за себе: «Майже постійно думав, що я сказав або зробив не так». Водночас С. не скаржиться на батьків чи вчителів за цькування чи докори, але зазначає, що завжди «хотів бути кращим, щоб досягти у майбутньому успіху, допомогти мамі, яка важко працює, і довести братам, що можу більше, ніж вони, я краще за них».

Коли С. було 9 років, він важко пережив смерть свого улюбленого дідуса, який важко хворів на онкопатологію: «Я вперше побачив, як людина вмирає. Довго були жахи, що зі мною може так бути, намагався якось внутрішньо захиститися від цих думок, часто плакав, снилися кошмари, були думки, що краще вмерти самому, щоб не було так погано», що можна розцінити як суїцидальні фантазії.

Вперше звернувся по допомогу до психолога за два місяці до огляду з підозрою на ДР: «Тоді відчував, що все, що я роблю, більше не має сенсу. Я перестав спати через постійні негативні думки про майбутнє. Навчання мені не подобається – поступив аби поступити і не йти в армію, і я нічого не зможу досягти в житті. Навіщо так жити?».

Але за декілька тижнів психічний стан суттєво погіршився на тлі розставання з дівчиною: «Мені було погано, а вона почала дратуватися, ображати мене. Після цього в голові постійні думки, що я не такий якійсь, нудний і некрасивий, що я не зможу ні з ким бути разом, що нічого хорошего в майбутньому не буде, не маю ні бажання, ані сил впоратися і з думками, і з таким життям. Після розставання я погано думав про дівчину, а потім дізнався, що вона зламала руку. Став думати, що це я винен, хоча розумію, що це не так».

На тлі ще більшого загострення депресивного стану та нав'язливостей: «В мене з'явилося «відчуття, що не можу контролювати свої думки. Я боюся побажати комусь щось погане – рідним, друзям і навіть просто знайомим, бо з людиною може щось трапитися. Але боюсь це більше, що такі думки можуть проскочити якось непомітно. А якщо це бажання здійсниться, то як мені впоратися, що це відбулося за моїх думок? Розумію, що щось хворобливе – ці думки повна протилежність мені, але не можу розслабитися ні на мить – боюсь забути, що про кого подумав чи згадав. Щоб хоч трохи впоратися з усім цим, став прив'язувати спогади про людей до певного місця, а потім намагатися їх обходити чи об'їжджати, аби мої думки ні на кого ніяк не вплинули. Я вже не можу витримувати це напруження, краще вмерти».

На момент діагностичного огляду в клінічній картині переважає депресивна симптоматика з ідеями самозвинувачення та самоприниження, прояви гострого обсесивно-компульсивного синдрому і суїцидальні думки – 22 бали за РНQ9 (важка депресія). Розуміє хворобливе підґрунтя своїх нав'язливих думок та компенсаторної ритуальної поведінки, активно шукає допомоги, але не вірить в її ефективність.

Цей клінічний випадок є характерним прикладом розвитку важкого ДР з гострим коморбідним приєднанням обсесивно-компульсивного синдрому та загострення суїцидальних думок внаслідок додаткової психотравми – розриву стосунків з дівчиною. Важливим є особистісне підґрунтя розвитку ДР поведінки у С. – схильність до нав'язливості на тлі тривалих епізо-

дів тривоги та гіпотимії внаслідок емоційного напруження та відчуття самотності (не дивлячись на наявність досить гарних відносин у родині), інфантильних ідеалізацій про власну успішність з розчаруванням у дійсності, загостреного самолюбства з психологічним несприйняттям критики чи відторгнення. Також важливим є те, що всі невротичні симптоми та прояви СрПв у вигляді суїцидальних фантазій та думок періодично виникали у С. ще з дитячого віку. У даному випадку прояви СрПв (суїцидальні думки) є вторинним обтяжуючим компонентом складного коморбідного стану – поєднання важкої депресії з гострим обсессивно-компульсивним синдромом у межах ДРП (F 92.0).

Клінічний випадок 3

Пацієнтка О., 17 років, 11-й клас, пізніше – 1-й курс коледжу.

Єдина дитина в сім'ї. Сімейні стосунки, з точки зору О., без теплих та довірчих стосунків. Стиль виховання – авторитарний. Вказує, що в сім'ї ніколи не було прийнято проявляти емоції: *«Мене нудить від слова сім'я»*. Вважає, що батько часто знецінює її проблеми та психічний стан, про що постійно їй каже та висловлює докори про погане ставлення до навчання та намагання маніпулювати своїм станом: *«Вони щодня кажуть, що якщо би не ми, в тебе нічого не вийшло. Все, що ти маєш – це наша заслуга»*. Але батько в діагностичній бесіді наголошує, що донька *«нічого не робить вдома, не допомагає і навчатися не хоче – я не розумію, це ледарство чи хвороба»*, не вірить, що це здебільшого обумовлено психічним станом дівчини та ситуацією в родині, вважає, що підстав для цього немає: *«Ми і так робимо все для неї»*. Мати пацієнтки проявляє зацікавленість життям доньки, але зі слів О.: *«Я їй не довіряю, тому ніколи нічого не розповім»*. Відносини з бабусями в дівчини також негативні.

Ще в молодшій школі О. почала помічати, що вона не така як всі, тому однолітки до неї погано ставилися: *«Це не тільки були образи, а й бійки, одного разу билася проти п'яток хлопців»*. За словами пацієнтки, *«в цій школі, було звично, що хлопці були проти дівчат, тому я почала боятися хлопців»*. Відзначає кепське ставлення з боку вчительки: *«Було таке, що вона била мене та інших мокрою ганчіркою, коли я щось не знала чи не могла відповісти біля дошки. Я думала, що так і треба, і це у нормі речей, а потім говорила батькам, але вони нічого не зробили»*.

У 12–14 років пацієнтка була змушена змінити школу через відраження матері в одну з пострадянських країн. Батьки обрали їй для навчання школу з релігійним нахилом, хоча дівчина вже тоді вважала себе атеїсткою: *«Я геть була далека від усього релігійного»*. Під час навчання в цій школі пацієнтка знову зіштовхнулася з булінгом від однолітків: *«Я там була чужа, не така як вони, і мене гнобили весь час»*. Після переїзду відчувала себе вкрай самотньою – не мала друзів. Після повернення до України в старших класах гімназії стосунки з однолітками знову були тяжкі: *«Я хотіла тільки одного, щоб це вже закінчилося»*.

Вперше звернулася по допомогу психолога в 14 років у зв'язку із проблемами з однолітками та складнощами в сімейних відносинах. Теперішнє звернення до пси-

хіатра – теж за направленням психолога та бажанням батьків у зв'язку з її відмовою навчатися, порушенням сну, роздратованістю, поганим апетитом. За тиждень до огляду вже відбувся огляд психіатра з висновком про важку депресію та розлади особистості, але батько вирішив дізнатися думку ще одного фахівця.

На момент діагностичного огляду дуже напружена, недовірлива: *«Я завжди думаю як сховатися, а якщо зараз на мене нападуть?»*. Поза: «скручена у вузол». Настрій знижений. Демонстративна у проявах себе. У висловлюваннях звучать надцінні ідеї самоприниження та самовиправдовування: *«Я тупа і просто не можу впоратися зі всім у моїй голові, і жити вже не хочу, все рівно я ні на що не здатна, лише тягар для батьків»*. Дуже коротко говорить про травматичні факти минулого, але призналася, що є самопоризи: *«Це майже через день, але я це ховаю»*.

При повторній зустрічі (на тлі вживання антидепресантів) О. більш відверто розповіла про себе. У дитинстві вона не могла висловити свої емоції, тому що *«це засмучувало батьків, а щоб не було зайвих питань, то я ховалася та вночі плакала»*. Вже в 12 років вона знайшла спосіб вгамовувати інтенсивну тривогу та душевний біль: *«Я різала собі руки чи ноги, батьки не знали, бо не дивилися»*. У цей період у пацієнтки вперше з'явилися думки про самогубство, але без намірів дійсно це зробити. Трохи пізніше вона почала «фантазувати»: *«Мені було десь 13, коли я стала вигадувати про себе по ночах, я так могла сховатися від пекла в реальності. Тоді з'явилася перша «особистість» – я її так назвала, в неї було все погане: агресивність, плаксивість, довірливість»*. Надалі ці характеристики, пацієнтка розподілила серед інших «особистостей». О. зазначила, що за останні 6 міс до звернення створила близько 30-ти внутрішніх особистостей: *«Вони всі різні, і я навіть не розумію, але вони з'являються, вони спілкуються, іноді можуть взаємодіяти між собою навіть без мене, але я – головна, однак не завжди можу їх контролювати, бо деякі з них хочуть знищити погане в мені і мене теж»*. На момент огляду дівчина зазначила, що в неї існує 41 особистість, які поділяються на певні групи: «агресивні», «вразливі», «прив'язані до музики» тощо. Дівчина розповіла, що *«Сандра – головна серед агресивних, вона включається, коли є загроза бійки і треба захищатися»*.

О. визначила себе як бісексуальну особистість: *«Більшість моїх особистостей жіночої статі, але є бісексуальні теж»*. Вперше статевий потяг до своєї подруги відчула у 14 років, невдовзі повідомила про це батькам. Підтримки з боку батьків не знайшла: *«Мама, хоч і змірилася, але все рівно має надію на те, що я стану «нормальною» за її думкою. А батько взагалі вважає, що я здорова та ледача, а на мої вподобання каже, що це вигадки»*. Зараз О. знаходиться у стосунках з дівчиною трансгендером.

Під час повторного огляду виявляє бурхливу емоційність у розповіді про непорозуміння з батьками та про школу. Демонстративна у жестикуляції, схильна до використання грубої та ненормативної лексики. Внутрішні переживання засміює, що схоже на емо-

ційну парадоксальність. Висловлює антивітальні ідеї: «життя вже дістало», але водночас зазначає, що «поки можу контролювати голову хоч як, то ще не час, аби зробити щось з собою, але я можу не витримати в будь-який момент». Відзначає, що в останнє самопорізи були тиждень тому після конфлікту з подругою, а потім з батьками. При тестуванні за РНQ9 було встановлено 21 бал (важка депресія).

Цей випадок є характерним прикладом розвитку важкого істеро-депресивного варіанту ДРП (F 92.0) у дівчини, в перебігу якого коморбідно приєдналася деперсоналізаційна симптоматика, суїцидальні фантазії, самопорізи. Постійне непорозуміння у стосунках із батьками з їх знеціненням переживань дівчини та численні тривалі психотравмуючі обставини з булінгом у різних шкільних колективах стали основою для поступового розвитку розладу множинної особистості з бісексуальною ідентифікацією. В цьому випадку прояви дисоціативного розладу і СрПв розвинулися як обтяжливий патологічний варіант психологічного захисту дівчини у стані багаторічного дистресу. Важкість цього випадку пов'язана з прогнозом розвитку межового розладу особистості та можливості прийняття імпульсивного суїцидального рішення на тлі будь-яких додаткових психотравмуючих впливів.

Усі наведені клінічні випадки свідчать про критичну значущість сімейної історії у формуванні важких варіантів ДР в юнацькому віці, а саме: наявність девіантних дитячо-батьківських відносин, численних психотравм на тлі булінгу у родині та в школі.

Відомості про авторів

Пуховський Богдан Анатолійович – аспірант, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044)463-68-11. E-mail: bohdan.puhovskiy@gmail.com

ORCID ID 0009-0003-4652-669X

Пілягіна Галина Яківна – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044)463-68-11. E-mail: gpil.doctor@gmail.com

ORCID ID 0000-0003-0169-1256

REFERENCES/ПОСИЛАННЯ

- Morales-Muñoz I, Mallikarjun PK, Chandan JS, Thayakaran R, Uptegrove R, Marwaha S. Impact of anxiety and depression across childhood and adolescence on adverse outcomes in young adulthood: a UK birth cohort study. *Br J Psychiatry*. 2023;222(5):212-20. doi: 10.1192/bjp.2023.23.
- Grigorian K, Östberg V, Raninen J, Åhlén J, Brolin Låftman S. Prospective associations between psychosomatic complaints in adolescence and depression and anxiety symptoms in young adulthood: A Swedish national cohort study. *SSM Popul Health*. 2023;24:101509. doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101509.
- Cantor N, Kingsbury M, Warner E, Landry H, Clayborne Z, Islam CI. Young Adult Outcomes Associated With Adolescent Suicidality: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2023;151(3):e2022058113. doi: 10.1542/peds.2022-058113.
- Basta M, Skourti E, Simos P, Soumaki E, Li Y, Gerostergios G, Samiotakis G, Dafermos V, Drakaki M, Papadakis N, Vgontzas AN. Associations between sleep complaints, suicidal ideation and depressive symptoms among adolescents and young adults in Greece. *J Sleep Res*. 2023;32(5):e13900. doi: 10.1111/jsr.13900.
- Trafford AM, Carr MJ, Ashcroft DM, Chew-Graham CA, Cockcroft E, Cybulski L, et al. Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(8):44-554. doi: 10.1016/S2352-4642(23)00126-8.
- Loose T, Geoffroy MC, Orri M, Chadi N, Scardera S, Boonij L, et al. Pathways of association between disordered eating in adolescence and mental health outcomes in young adulthood during the COVID-19 pandemic. *Can J Public Health*. 2023;114(1):22-32. doi: 10.17269/s41997-022-00715-8.
- Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-36. doi: 10.3109/09540261.2010.492391.
- Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *Am J Mens Health*. 2018;12(1):78-89. doi: 10.1177/1557988316630953.
- Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64(2):265-83. doi: 10.1007/s00038-018-1196-1.

Стаття надійшла до редакції 08.11.2023. – Дата першого рішення 14.11.2023. – Стаття подана до друку 19.12.2023