

*На правах рукописи*

Мыльникова Юлия Андреевна

Клинические и социально-психологические предикторы  
аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста

14.01.06 - Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Москва - 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук

**Бойко Елена Олеговна**

**Официальные оппоненты:**

**Положий Борис Сергеевич** - доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья

**Симуткин Герман Геннадьевич** - доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний

**Ведущая организация:**

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

Защита состоится «\_\_»\_\_\_\_\_ 2016 года в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.07 при ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1 и на сайте организации [www.mma.ru](http://www.mma.ru).

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Дамулин Игорь Владимирович**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

В течение последнего десятилетия в РФ уровень самоубийств в стране остается на высоком уровне (20,8 случаев на 100 тыс. населения в 2012г.), что превышает критическое значение ВОЗ (Иванова А.Е. и соавт.,2011; Панченко Е.А., Положий Б.С.,2012).

По показателям смертности в России от детских и подростковых суицидов на 2012 год Россия занимает одну из лидирующих позиций. Суициды у подростков в РФ составили 24,1 на 100 тыс. населения у мальчиков и 8,1 на 100 тыс. – у девочек. В течение последнего десятилетия эти показатели остаются достаточно стабильными (Положий Б.С., Гладышев М.В., 2006; Ильяшенко О.А., 2007; Войцех В.Ф., 2008; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Иванова А.Е. и соавт., 2011, Положий Б.С., 2012).

Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов у детей и подростков, отмечается и увеличение количества суицидальных попыток. Соотношение суицидов, суицидальных попыток и суицидальных тенденций составляет в среднем 1:10:100 (Войцех В.Ф., 2008; Иванова А.Е. и соавт., 2011; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012; Blasco-Fontecilla H., 2010).

Высокие показатели распространенности аутоагрессивного поведения в детско-подростковой популяции указывают на актуальность этой проблемы и в наше время, несмотря на то, что многие исследователи занимались изучением этого феномена на протяжении не одного десятка лет (Амбрумова А. Г. , Тихоненко В. А., 1980; Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989; Кутько И. И. и др., 1989; Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1991; Лапицкий М. А., Ваулин С. В., 2000; Пилягина Г. Я., 2002; Aldridge D., 1999; Wasserman D., 2002). Со временем изменяются формы аутоагрессивного поведения, социально-психологические предикторы, а также клинико-психопатологические особенности суицидентов, механизмы формирования

аутоагрессивного поведения остаются недостаточно полно разработанными (Юрьева Л.Н., 2006; Бруг А.В., 2007; Руженков В.А., Боева А.В., Лобов Г.А., 2007; Войцех В.Ф., 2008; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Богданов С.В., 2009, Закондырина В.А., 2009, Вострокнутов Н.В., 2009; Панченко Е.А., Положий Б.С., 2012; Цыганков Б.Д., 2012).

Не менее важной проблемой диагностики аутоагрессивного поведения является отсутствие однозначных критериев оценки вероятности его формирования, и, следовательно, помимо изучения клиничко-психопатологических, личностных, социальных факторов подростковой аутоагрессии большое значение имеет комплексный анализ взаимовлияния этих факторов, с определением конкретного вклада каждого из них.

Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость изучения аутоагрессивной активности у призывного контингента лиц, определения клиничко-психопатологических и социально-психологических предикторов аутоагрессивного поведения, а также их комплексного влияния на возникновение аутоагрессивного поведения, определяет актуальность диссертационного исследования.

**Цель исследования:** выявление и комплексная оценка клинических и социально-психологических предикторов аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста для разработки мероприятий направленных на снижение риска возникновения аутоагрессивного поведения.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить клиническую структуру психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10;
2. Выявить индивидуально-личностные характеристики у лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе;
3. Определить основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения, а также преимущественные способы причинения себе вреда;

4. Провести комплексную оценку биологических и социально-психологических предикторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения;
5. На основе полученных результатов разработать комплекс мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

### **Научная новизна исследования**

Впервые на клинически репрезентативном материале выявлены клинико-психопатологические, социально-психологические и индивидуально-личностные предикторы аутоагрессивного поведения, проведена их комплексная оценка. Выявлен спектр психических расстройств в соответствии с современной классификацией (МКБ-10). Определены основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения, а так же преимущественные способы причинения себе вреда. Впервые на основе полученных данных разработан комплекс мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Теоретическая значимость работы заключается в накоплении, обобщении и систематизации знаний по исследуемой проблеме, обусловлена его направленностью на научно-методическое обеспечение практической психиатрии. Состоит в возможности использования полученных данных в практике военно-врачебных экспертных комиссий, психиатрами стационарной и амбулаторной служб, и улучшения клинической и экспертной оценки риска развития аутоагрессивного поведения у лиц допризывного и призывного возраста. Результаты исследования позволят проводить более дифференцированную (с учетом личностных особенностей, социальных факторов) профилактику, направленную на снижение рисков аутоагрессивных форм поведения.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Для своевременной диагностики и улучшения клинической и экспертной оценки риска развития аутоагрессивного поведения у лиц допризывного и призывного возраста, необходимо выделить факторы, оказывающие влияние на возникновение аутоагрессивного поведения.
2. Клиническая структура психопатологических расстройств у лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе представлена преимущественно личностными расстройствами, органическими расстройствами и умственной отсталостью легкой степени.
3. Индивидуально-психологические характеристики подростков с аутоагрессивным поведением представлены демонстративным, возбудимым, гипертимным типами акцентуациями характера с ярко выраженными чертами экстраверсии - интроверсии, высокими показателями нейротизма.
4. Преимущественными типами аутоагрессивного поведения являются инфантильные формы, включающие в себя конфликты в сфере гендерных отношений, самоутверждения под влиянием сверстников, а так же желание повлиять на близких родственников. Реализация аутоагрессивной настроенности совершается путем нанесения самопорезов.
5. Предикторы аутоагрессивного поведения оказывают комплексное совокупное действие.
6. Терапевтические и реабилитационные программы должны строиться комплексно, сочетая психофармакологическое психотерапевтическое воздействие, а также психокоррекционные мероприятия.

### **Личный вклад автора**

В работе представлены результаты исследований, выполненных самим автором. Личный вклад состоит в постановке задач исследования, разработке методов их решения, обработке, анализе, обобщении полученных результатов и формулировке выводов.

### **Внедрение результатов**

Результаты работы внедрены в диагностическую, лечебную и профилактическую деятельность ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

### **Публикации результатов исследования**

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них в изданиях, рекомендованных ВАК, 3 статьи.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации доложены на научно-практических конференциях: «Актуальные проблемы реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами» (Краснодар, 2012); «Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков: проблемы диагностики, клиники, реабилитации» (Краснодар, 2013); «Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в Краснодарском крае» (Краснодар, 2014); Краевой научно-практической конференции (Краснодар, 2014). Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедры психиатрии, кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России 06 мая 2015г. (протокол №11).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертация соответствует шифру специальности 14.01.06 – психиатрия, занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации

психических больных. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, а именно – пункту 4 специальности психиатрия.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 2 глав, отражающих результаты собственных наблюдений, заключения, выводов, списка литературы, включающего 168 отечественных и 76 иностранных источников, приложения. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами и 4 рисунками, 4 клиническими случаями.

### **Материалы и методы исследования**

В исследовании приняли участие 200 юношей в возрасте 16-27 лет ( $19,4 \pm 0,4$ ), с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленные на стационарное обследование в ГБУЗ «СКПБ№1» Минздрава России районными военкоматами Краснодарского края в период трех призывов с 2010 по 2011 гг.

Исследование включало получение согласия на проведение обследования у лиц призывного и допризывного возраста. При сборе анамнестических данных использовалась информация, полученная из личных дел призывников, с которыми подростки поступали на обследование, амбулаторных карт, а также от самих подростков и их родственников.

Для систематизации данных была разработана «Карта-опросник по выявлению факторов риска аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста», составленная в соответствии с целью и задачами исследования. Карта включает следующие блоки: «Анкетные данные», «Анамнестические сведения», «Социальный и материально-бытовой статус», «Семья и внутрисемейные отношения», «Личностно-психологические особенности», «Характеристика аутоагрессивного поведения».

Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании и в соответствии с критериями Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Исследование индивидуально-психологических особенностей проводилось с помощью экспериментально-психологических методик: характерологический опросник К. Леонгарда – Шмишека, личностный опросник Айзенка, личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчина).

Статистический анализ данных был реализован в среде пакета статистических программ STATISTICA 10. Были использованы такие методы как: частотный анализ, угловое преобразование Фишера (φ-критерий), непараметрический корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена, статистика гамма), многомерный частотный анализ (таблицы сопряженности), кластерный анализ.

Обследуемые были в возрастном диапазоне от 16-27 лет ( $19,4 \pm 0,4$ ). В возрасте до 18 лет - 20 человек (средний возраст 17 лет) и 180 человек в возрасте от 18 до 27 ( $19,6 \pm 0,6$ ).

### **Результаты исследования**

Рубрике «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» соответствовала группа обследуемых с диагнозом «Органическое эмоционально-лабильное/астеническое расстройство» различной этиологии (F06.6) - 14,5% наблюдений. Рубрике «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» соответствовала группа подростков с диагнозами «Неврастения» (F48.0), «Обсессивно-компульсивное расстройство» (F42) - 1% наблюдений. В рубрику «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» были включены обследуемые с диагнозами «Транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности пограничного и импульсивного типов» (F60.31; F60.30) - 71,0% наблюдений. «Транзиторное инфантильное расстройство личности» (F60.8) - 0,5% наблюдений, «Транзиторное астеническое

расстройство личности» (F60.7) - 1% наблюдений, «Транзиторного шизоидное расстройство личности» (F60.1) - 0,5% наблюдений. Диагностическую группу «Умственная отсталость» составили обследуемые с диагнозом «Умственная отсталость лёгкой степени» различного генеза (F70.0), с коэффициентом IQ 50-69 - 5,0% наблюдений. На момент обследования в 6,5% наблюдений юноши были признаны психически здоровыми.

Подавляющее большинство эпизодов аутоагрессивного поведения совершалось в возрасте 13-18 лет - 83,0%. Из них: в 13-14 лет –19,0%, 15-16 лет – 33,5%, 17-18 лет – 30,5% (рисунок 1). Гораздо меньше аутоагрессивных актов совершается после 19 лет - 19-20 лет -11,5%, старше 21 года – 5,5%.

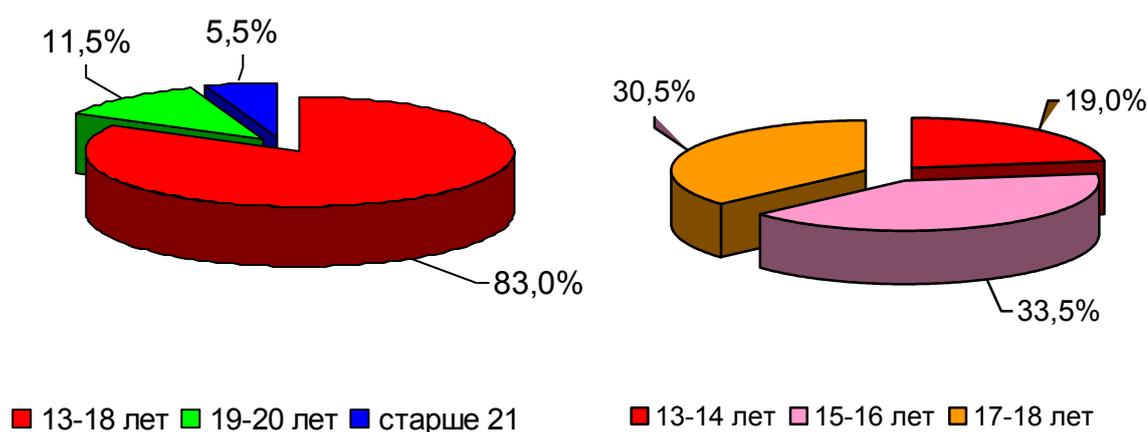


Рисунок 1 – Возраст совершения аутоагрессивных актов

Большинство обследуемых – 79,5% - нанесли себе повреждение однократно, в 20,5% случае имели место повторные эпизоды аутоагрессии. Употребление алкоголя на момент совершения самоповреждения было в 58,0% случаях. Чаще всего призывник употреблял алкоголь в компании и после этого в одиночестве причинял себе вред. В ряде случаев алкоголь использовался для притупления чувства страха.

Для совершения аутоагрессивных попыток подростки применяли самопорезы предплечий в 88,5% случаев. Значительно реже встречались

самоотравления медикаментами, самоповешения и прижигания сигаретой, составившие в общей сложности 11,5% наблюдений.

В большинстве случаев - 56,0% - мотивом аутоагрессивного поведения была ссора с девушкой, с целью «доказать свою любовь». В компании сверстников, во время «обряда братания», «на слабо», «чтобы доказать отсутствие страха перед болью», аутоагрессивный поступок совершили 16,5% обследуемых. Для 19,5% обследуемых мотивом послужили плохие взаимоотношения с родителями и близкими родственниками, из них 5,0% человек нанесли себе повреждения после смерти кого-то из родственников. Чувство одиночества, как мотив, указал 2,5% обследуемых. Затруднились указать какую-то определенную причину 5,5%.

Основным типом аутоагрессивного поведения стал инфантильно-демонстративный, который включает в себя мотивы доказательства любви, самоутверждения, «на спор», «как все», представленный в 57,5% случаев. В 15,5% случаев типом аутоагрессивного поступка явился релаксационный, основной целью которого было снятие эмоционального напряжения. Инфантильно-подражательный тип представлен в 10,0%, основной целью которого являлось доказательство своей «силы воли» в компании сверстников. По 7,5% разделили поведение по типу «призыв» и манипулятивный, которые совершались в основном после конфликтов с ближайшими родственниками с целью обратить на себя внимание или повлиять на их поведение посредством причинения себе вреда. По типу симуляции суицидального поведения нанесли самоповреждения 2,0% испытуемых. Из них 1,5% обследуемых из-за страха пойти в армию и 0,5% из-за страха издевательств со стороны сверстников.

Диагноз «Транзиторное эмоционально-неустойчивое расстройство личности» был выставлен 142 респондентам (71,0% случаев). Обследуемые воспитывались в неблагоприятных семейных условиях (злоупотребление одного или обоих родителей алкоголем) встретилось в 23,2% семей, воспитание в неполных семьях, а так же в условиях гипопротекции 63,4%, в

конфликтных семьях – 18,3%, в условиях неустойчивых взаимоотношений в семье 16,9%. В дошкольный период обследуемые формировались раздражительными, конфликтными. К подростковому возрасту наблюдались частые колебания настроения, особых интересов и увлечений не имели, учебной интересовались поверхностно, глубоких знаний не приобретали. Часто наблюдались патохарактерологические реакции: в 35,9% случаев это были реакции оппозиции, в 35,2% - реакции группирования, в 26,1% - реакция эмансипации. Имели место побеги из дома - 14,1% случаев, ранняя алкоголизация - 25,4% случаев. На момент обследования продолжали употреблять алкоголь 90,2% юношей. По анамнестическим сведениям употребляли каннабиноиды 27,4% обследуемых. Приводы в полицию имели место у 30,3% призывников, судимость имели 23,9% обследуемых юношей, 7,0% юношей стояли на учете в комнате по делам несовершеннолетних и на внутришкольном учете. Обследуемые юноши отличались негативным отношением к службе в армии - 64,1%.

Аутоагрессивные действия совершались в возрасте 15-18 ( $17\pm 0,3$ ) лет. В большинстве случаев аутоагрессивное поведение реализовывалось путем нанесения самопорезов – 88,0% случаев, самоотравление и прижигание сигаретой встретилось в 4,9% и 2,1% самоповешение. Все эпизоды аутоагрессии имели демонстративный характер, самоповешение совершалось так, чтобы помощь была оказана своевременно. Перед совершением акта самоповреждения принимали алкогольные напитки 63,4% лиц призывного возраста с данным диагнозом.

Основным мотивом аутоагрессивного поведения были конфликты в сфере гендерных взаимоотношений, «доказательство своей любви» - 62,0% юношей. В 14,1% случаев мотивом стало подражание неформальному лидеру. Вследствие плохих семейных взаимоотношений, ссор и конфликтов с родственниками аутоагрессивный акт совершили 12,0% юношей. С демонстративной целью аутоагрессивные действия совершили 62,7%, релаксационной - 13,4%, с целью манипуляции близким окружением - 7,7%.

По 7,0% совершили аутоагрессивные действия по типу «призыв» и «подражание».

Тест Леонгарда-Шмишека установил высокие показатели по шкалам гипертимность - 28,2%, демонстративность - 28,2%, возбудимость - 21,8%. Личностный опросник Айзенка выявил высокие показатели по шкале экстраверсия. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) большинство призывников показали средний с тенденцией к низкому уровню проявлений тревоги (5-15 баллов) – 66,2%. Высокий уровень (25-40 баллов) и тенденция к высокому уровню (15-25 баллов) встретились у 6,3% и 19,0% соответственно.

«Транзиторное астеническое расстройство личности» выявлено в 1% случаев. Юноши с детства обнаруживали такие черты характера, как пугливость и боязливость, с неохотой вовлекались в подвижные и массовые игры, учеба давалась с трудом из-за быстро возникающего чувства утомления, усталости. Аутоагрессивный акты совершились по типу «призыв» и инфантильно-демонстративного поведения. Самоповреждения были совершены импульсивно, путем нанесения сапопорезов, на высоте сильного эмоционального переживания брошенности, одиночества в сочетании с заниженной самооценкой.

Тест Леонгарда-Шмишека выявил склонность к «застреваниям» на собственных чувствах, переживаниях, обидчивости. Тест Айзенка выявил высокий уровень впечатлительности, эмоциональности. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявила средний уровень тревожности с тенденцией к низкому (5-15 баллов), но в то же время высокий показатель по шкале лжи.

При «Транзиторном инфантильном расстройстве личности» наследственность юноши была отягощена наркоманией отца. С детства формировался пугливым, ведомым, предпочитал дружбу с более младшими ребятами. В шестнадцатилетнем возрасте, находясь дома, нанес порезы гвоздем на кожу внутренней поверхности левого предплечья. Наличие

суицидальных мыслей на момент совершения поступка отрицает, мотив и причину объяснил тем, что «не хотел забыть о важном». Тест Леонгарда-Шмишека выявил чрезмерную чувствительность, ранимость, повышенную сенситивность к замечаниям, неудачам. Тест Айзенка выявил склонность к интроверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности (25-40 баллов).

Юноша с клиническим диагнозом «Транзиторное шизоидное расстройство личности» с детства был замкнутым, необщительным, отсутствовало стремление к игре с другими детьми, держался «особняком», временами проявлял отсутствие такта, неумение считаться с интересами окружающих. Аутоагрессивный поступок был совершен в 19 лет, после смерти матери, носил релаксационный характер, имел целью «ослабить душевную боль» и был реализован путем нанесения порезов на область предплечья. Тест Леонгарда-Шмишека выявил склонность к «застреванию» на своих чувствах, мыслях, повышенную обидчивость, несговорчивость. Тест Айзенка показал склонность к интроверсии. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности (25-40 баллов).

«Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F06) выявлено у 14,5% призывников. Анте-, пери- и постнатальная патология встретилась в 72,4% случаев. С раннего возраста они наблюдались у невролога с диагнозом «Энцефалопатия». У 41,4% обследуемых травма головы была однократная, у 24,1% - две и более. В дошкольном возрасте лица с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством отличались неустойчивостью эмоциональной сферы, повышенной вспыльчивостью, раздражительностью. Рано вовлекались в употребление алкогольных напитков и продолжали периодически его употреблять 69,0% обследуемых. Большинство

аутоагрессивных попыток было совершено в состоянии алкогольного опьянения - 58,6%.

Большинство призывников (34,5% наблюдений) совершили аутоагрессивную попытку в 15-16 ( $15\pm 0,6$ ) лет возрасте. Основным мотивом аутоагрессивного поведения были межгендерные конфликты: ссоры с девушками и последующее «доказательство» своей любви - 44,8% наблюдений. В 17,2% случаев аутоагрессивный поступок совершен в результате подражания неформальному лидеру. Вследствие плохих семейных взаимоотношений, ссор и конфликтов с родственниками совершили самоповреждения 20,7% обследуемых.

В большинстве случаев аутоагрессивное поведение реализовывалось путем нанесения самопорезов – 89,7% наблюдений, прижигание сигаретой встретилось в 6,9% наблюдений и отравление медикаментами - 3,4% наблюдений. Надо отметить, что все эпизоды имели демонстративный характер, при самоотравлении использовались небольшие дозы относительно безопасных препаратов. В большинстве случаев (55,2% наблюдений) аутоагрессивные действия носили инфантильно-демонстративный характер. В данной нозологии высок процент совершения аутоагрессивных поступков релаксационного типа - 20,7% случаев. Инфантильно-подражательный тип имел место в 13,8%, по типу призыв было совершено 6,9% аутоагрессивных актов, с целью манипуляции наносила повреждения 3,4% юношей.

Тест Леонгарда-Шмишека установил высокие показатели по шкале циклотимия – 24,1% наблюдений, эмотивность – 13,8% наблюдений, возбудимый, гипертимный, дистимический, тревожный типы акцентуаций характера – по 10,3%, демонстративный, застревающий, экзальтированный – в 6,9% наблюдений. Тест Айзенка – выявил высокий уровень нейротизма и экстраверсии. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) большинство призывников показали средний с тенденцией к высокому уровню проявлений тревожности (15-25 баллов) –

37,9% наблюдений. Высокий уровень тревожности (25-40 баллов) выявлен в 13,8% случаев.

«Умственная отсталость легкой степени» (F70) была выявлена у 5,0% юношей. Обследуемые отставали в психическом развитии, позже начинали ходить, разговаривать. Половина обследуемых воспитывалась в условиях гипопротекции, в условиях конфликтных взаимоотношений между родителями - 30%. Из-за слабой успеваемости дублировали классы 50,0% юношей, 70,0% переводились по решению медико-педагогической комиссии на обучение по программе VIII вида, из них 30,0% не были переведены на предложенное обучение по коррекционной программе вследствие отказа родителей, они продолжили обучение по общеобразовательной программе и формально переводились из класса в класс. Девяти классов не окончили 40,0% призывников с диагностированной умственной отсталостью. После окончания школы нигде не работали или неофициально подрабатывали разнорабочими не имея никакой профессии 50% обследуемых. Один человек окончил ПУ по строительной специальности. Каких либо интересов и увлечений они не имели. Часто встречались побеги из дома – у 40,0% обследуемых, учет в инспекции по делам несовершеннолетних и приводы в полицию были у 50,0%. Правонарушения также совершались под влиянием сверстников.

Самоповреждения, в 90,0% случаев это были самопорезы и 10,0% самоожоги кожи руки сигаретой, совершались в 30,0% случаях из-за плохих семейных взаимоотношений, с целью доказательства любви 40,0%. С целью доказательства «силы воли», подражая неформальному лидеру – 30,0% обследуемых, в этом случае аутодеструктивное поведение было обусловлено незрелостью эмоционально-волевой сферы, несамостоятельностью, склонностью к подражательству, ведомостью и повышенной подчиняемостью. Они наносили самоповреждения, подражая неформальному лидеру.

Тест Леонгарда-Шмишека выявил акцентуации характера возбудимого круга. Тест Айзенка высокий уровень по шкалам впечатлительность и импульсивность. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) большинство испытуемых показали тенденцию к низкому уровню тревожности.

Клинические проявления при обследовании двух человек соответствовали невротическим расстройствам. Самопорезы были совершены юношами в 16 и 18 лет, аутоагрессивный акт носил в одном случае инфантильно-подражательный характер в другом – симуляцию суицидального поведения. Тест Леонгарда-Шмишека выявил склонность к излишней робости, боязливости, неуверенности в себе, повышенной сенситивности к угрозам, насмешкам, склонности к страхам. Тест Айзенка выявил склонность к интраверсии и высокий уровень нейротизма. По личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) выявлен высокий уровень тревожности.

На момент обследования 6,5% обследуемых призывников были признаны «психически здоровыми». Все призывники не имели наследственной отягощенности по психическому заболеванию, развивались по возрасту, не имели травм головы. У 30,8% юношей родители злоупотребляли алкоголем. Большинство обследуемых воспитывались в гармоничных семьях - 53,8% наблюдений, такой тип воспитания как потворствующая гиперпротекция встретился в 15,4% случаев, такие типы воспитания как гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение и воспитание вне семьи наблюдались в 7,7%. Употребление эпизодическое алкоголя встретилось в 46,2% случаев, 7,7% употребляли каннабиноиды.

При совершении аутоагрессивного поступка использовались колюще-режущие предметы. В 13-14 лет совершили самопорезы 53,8% обследуемых, в 15-16 лет – 30,8% обследуемых, в 17-18 лет – 15,4% обследуемых. Перед аутоагрессивным актом алкоголь употреблялся в 30,8% случаев. Мотивом

аутоагрессивного поведения у 15,4% обследуемых послужили плохие семейные взаимоотношения, целью нанесения самопорезов было привлечение к себе внимания, попытка манипулировать родителями. У 46,2% юношей типом аутоагрессивного поведения явился инфантильно-демонстративный, цель которого «доказательство своей любви». Аутоагрессивный паттерн носил релаксационный характер в 7,7% случаев и имел целью уменьшения «невыносимой душевной боли». В 30,8% случаев юноши совершили самопорезы в компании сверстников «на спор», «чтобы не быть хуже других». Во всех этих случаях аутоагрессивные попытки носили инфантильно-подражательный характер.

При анализе акцентуаций характера в 46,2% случаев выявлена гипертимная акцентуация, в 23,1% - эмотивный тип акцентуации. У 30,8% обследуемых акцентуации характера не выявлено, что говорит о гармоничности характера. При оценке уровня проявлений тревожности у 76,9% был выявлен низкий уровень, у 15,4% - средний с тенденцией к низкому и в 7,7% - средний с тенденцией к высокому. Тест Айзенка выявил высокие показатели по шкалам импульсивность и впечатлительность.

При проведении ретроспективного анализа анамнеза установлено, что аутоагрессивные попытки у них обусловлены не психопатологическими расстройствами, а психогенно обусловленной декомпенсацией акцентуаций характера с формированием транзиторных депрессивных и психопатических нарушений. В период стационарного обследования они проявляли эмоционально-волевую зрелость, были способны руководить своим поведением, подчиняться правилам, прогнозировать отдаленные результаты своих поступков. Психологическое обследование не выявило у них никаких отклонений от нормы, что позволило признать их на период призыва психически здоровыми.

В результате проведенного скрининга факторов по критерию силы связи с ведущим диагнозом были выявлены факторы, для которых корреляция Спирмена и гамма имеют статистически значимую корреляцию

( $p < 0,05$ ) с переменной «ведущий диагноз»: неполная семья, асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования родителей и обследуемого, наличие патохарактерологических реакций, отсутствие увлечений, отношение к службе в армии, алкоголизация, высокий уровень тревожности, ЧМТ в анамнезе, патология перинатального периода. Таким образом, подростка с аутоагрессивным поведением характеризует комплекс из 15 признаков – клинических, социальных и личностных.

С целью более наглядного отражения корреляций между признаками разных блоков проведён кластерный анализ. Полученная этим методом дендрограмма представлена на рисунке 2.

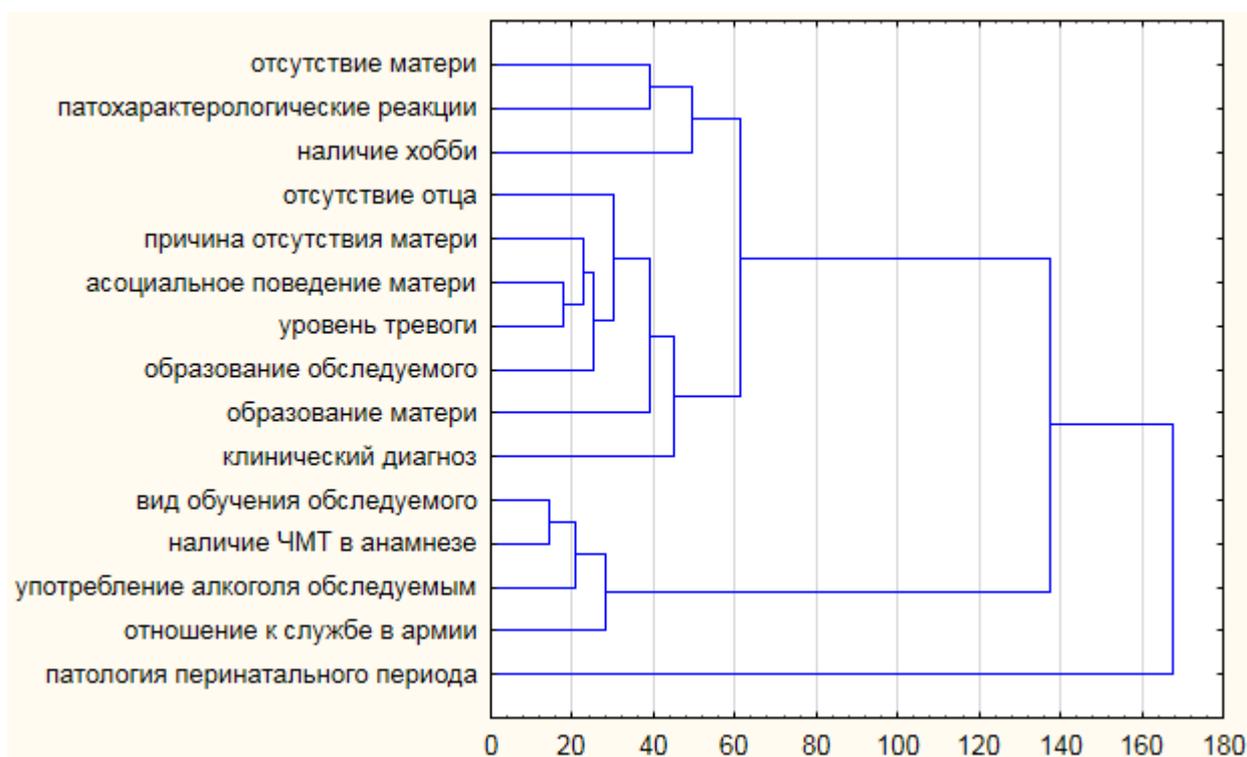


Рисунок 2 – Кластеризация признаков

Проведенный анализ позволил сгруппировать кластеры по рангу максимальной значимости признаков разных блоков, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения

Для кластера первого ранга характерна наибольшая разнородность признаков: отношение к службе в армии, вид обучения обследуемого, а также экзогенно-органические вредности (употребление алкоголя обследуемым, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе). Такой

смешанный кластер нельзя не учитывать, так как входящие в него признаки могут существенно дополнять влияние друг друга.

Кластер второго ранга представлены как социальными факторами (уровни образования матери и обследуемого, воспитание в неполной семье и асоциальное поведение матери), так и личностными (уровень тревожности), и клиническими (наличие психического заболевания).

Кластер третьего ранга представлены только такими социальными факторами как состав родительской семьи, наличие патохарактерологических реакций и занятость в свободное время.

Такой фактор как патология перинатального периода, оказывает наименьшее влияние на возникновение аутоагрессивного поведения, хотя и вносит значительный вклад в формирование психических расстройств.

Выявленные ранги кластеров привели к доказательству того, что возникновение аутоагрессивного поведения является результирующей воздействия комплексов взаимосвязанных характеристик разных категорий - когда личностные характеристики, клинические проявления и микросоциальные факторы определяют склонность к аутоагрессивному поведению.

Диагностика психических расстройств, а так же ранговая значимость предикторов, необходима для разработки комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий для лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.

Комплекс мероприятий, направленный на снижение рисков аутоагрессивного поведения, включает следующие этапы: диагностика психических расстройств и выявление факторов, оказывающих влияние на формирование аутоагрессивного поведения, оказание специфической психофармакологической, психотерапевтической, психокоррекционной и социально-реабилитационной работы с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации.

## Выводы

1. Определена клиническая структура психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10 у лиц допризывного и призывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Преимущественно клиническая структура представлена личностной патологией 73,0%, с преобладанием эмоционально-неустойчивых форм, органические расстройства 14,5%; умственная отсталость легкой степени 5,0%; тревожно-фобические расстройства - 1,0%; были признаны психически здоровыми - 6,5%, которые ретроспективно на момент совершения аутоагрессивного акта обнаруживали кратковременные психогенные депрессивные реакции.
2. Выявлены индивидуально-психологические характеристики у подростков с аутоагрессивным поведением: преимущественно это демонстративный, возбудимый типы акцентуации характера с ярко выраженными чертами экстраверсии - интроверсии, высокими показателями нейротизма и тревожности.
3. Определены основные мотивы, типы аутоагрессивного поведения. Типы аутоагрессивного поведения распределились следующим образом: инфантильно-демонстративный (включающий в себя мотивы доказательства любви, самоутверждения, «на спор», «как все»), представленный в 57,5% случаев. Релаксационный тип (мотив - снятие эмоционального напряжения) - 15,5%. Инфантильно-подражательный тип (доказательство своей «силы воли» в компании сверстников) - 10,0%. По 7,5% разделили поведение по типу «призыв» (мотив – обращение на себя внимания) и манипулятивный (стремление повлиять на ближайшее окружение). Симуляции суицидального поведения (страх пойти в армию и страх насмешек со стороны сверстников) - 2,0%.
4. Выявлено, что предикторы оказывают комплексное совокупное действие на возникновение аутоагрессивного поведения. На основании силы связи были выделены следующие кластеры:

- 4.1. Для кластера первого ранга характерна наибольшая разнородность признаков: отношение к службе в армии, вид обучения обследуемого, а также экзогенно-органические вредности (употребление алкоголя обследуемым, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе).
- 4.2. Кластер второго ранга имеет наибольшее количество характеристик и представлен социальными факторами (уровни образования матери и обследуемого, воспитание в неполной семье и асоциальное поведение матери), личностными (уровень тревожности) и клиническими (наличие психического заболевания).
- 4.3. Кластер третьего ранга может быть назван социальным, так как вклад входящих в него признаков вносят такие характеристики как состав родительской семьи, наличие патохарактерологических реакций и занятость в свободное время.
5. На основе полученных результатов разработан комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, включающий фармакотерапевтическое, психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие, снижающий риск возникновения аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста.

### **Практические рекомендации**

Для наиболее раннего выявления предикторов аутоагрессивного поведения необходимо тесное сотрудничество специалистов разных профилей и структур: детских лечебно-профилактических учреждений, детских дошкольных и учебных заведений, военкоматов, основной задачей которых является создание благоприятной обстановки для формирования здоровой и гармоничной личности, что должно начинаться с исключения воздействия факторов риска, а при их наличии - их коррекция и терапия в условиях детских лечебно-профилактических учреждений, с последующей медико-социальной реабилитацией.

Основным направлением работы при наличии аутоагрессивного поведения а анамнезе будет предотвращение повторных попыток

аутоагрессии, и, с учетом кластерной структуры воздействия предикторов, необходимо использование комплекса диагностических, фармакотерапевтических, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий в практике военно-врачебных экспертных комиссий, психиатров стационарной и амбулаторной служб, для оказания реабилитационной помощи подросткам и их родственникам, повышение стрессоустойчивости, ответственности за свое здоровье.

### СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ

1. **Мыльникова, Ю.А.**, Мартусенко, А.В. Психические расстройства у лиц призывного возраста с аутоагрессивным поведением // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия: быть или не быть?!» Ростов-на-Дону. – 2011. - С.199-202.
2. **Мыльникова, Ю.А.** Клинико-социальный аспект аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход», г. Курск. – 2012. - С. 223-227.
3. **Мыльникова, Ю.А.**, Стрижев, В.А. Взаимосвязь злоупотребления алкоголем и аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста // Международный научно-исследовательский журнал. - 2013. - №4 (11). - Часть 3. - С. 74-75.
4. Бойко, Е.О., Ложникова, Л.Е., **Мыльникова, Ю.А.** Социальные аспекты формирования аутоагрессивного поведения у лиц призывного возраста // Академический журнал Западной Сибири. Материалы научно-практической конференции с международным участием: «Человек: здоровье, медицина, экология». - 2013. – С. 47-48.
5. **Мыльникова, Ю.А.** Клинико-социальные факторы формирования аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста //

Ежемесячный научно-практический журнал «**Психическое здоровье**». - 2014. - №3 (94). - С.57-60.

6. **Мыльникова, Ю.А.**, Наджарьян, С.С. Клинические и социальные предикторы аутоагрессивного поведения лиц допризывного призывного // Рецензируемый научно-практический журнал «Тюменский медицинский журнал». – 2014. - №1. - С.16-17.

7. **Мыльникова, Ю.А.** Анализ клинико-психопатологических факторов формирования аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста // **Кубанский научный медицинский вестник**. - 2014. - №2 (144). - С.92-94.

8. **Мыльникова, Ю.А.** Социальные факторы, влияющие на формирование аутоагрессивного поведения у подростков // Материалы XII научно-практической конференции молодых ученых и студентов юга России «Медицинская наука и здравоохранение». – 2014. - С.75-77.

9. **Мыльникова, Ю.А.**, Демьянов, И.А. Клинико-психопатологические особенности юношей призывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход с пониманием и лечении психических расстройств: миф или реальность?», г.Санкт-Петербург. - 2014. – С.110-111.

10. **Мыльникова, Ю.А.** Психопатологические и социальные предикторы аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста // **Неврологический вестник**. – 2015. – Т.XLVII. - вып.1. - С.97-100.