

Коморбідність депресивних розладів підліткового і молодого віку з саморуйнівною поведінкою та розладами харчової поведінки

Богдан Пуховський

Кафедра психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Галина Пилягіна

Кафедра психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Актуальність: Депресивні розлади (ДР) часто ускладнюються коморбідними поведінковими розладами, особливо у підлітковому та молодому віці. Складні випадки ДР, коморбідні з саморуйнівною поведінкою (СрПв), включаючи розлади харчової поведінки (РХП) як її важку еквівалентну форму, становлять актуальну проблему сучасної психіатрії. **Мета:** Вивчити клінічні особливості ДР у підлітковому та молодому віці та їх коморбідність з РХП та СрПв у відповідності до статі.

Матеріали та методи: Проведено дослідження 130 амбулаторних пацієнтів (94 дівчини, 36 юнаків) віком 14-19 років з ДР (F92, F32-34) у поєднанні з РХП (F50). Використовувалися напівструктуроване клінічне інтерв'ю, шкала депресії А. Бека (BDI \geq 14 балів) та тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО).

Результати: У 100% обстежених пацієнтів були виявлені ті чи інші прояви СрПв. Встановлено, що ДРА (F43.2) достовірно переважав у юнаків (44,44%, $p < 0,05$). Несуїцидальні самопорізи та ексцоріації значно частіше фіксувалися у дівчат (74,5%, $p = 0,000$), при цьому найчастішою метою цих дій було зниження тривоги. Суїцидальні фантазії достовірно переважали у юнаків (22,2%, $p = 0,029$). Коморбідне поєднання ДР з СрПв та РХП суттєво погіршує стан пацієнтів та посилює суїцидальні спонукання.

Висновок: Для підлітків та молоді з ДР характерна майже обов'язкова наявність СрПв. Існують суттєві статеві відмінності у проявах коморбідності, що потребує комплексного, диференційованого підходу до діагностики та лікування.

Ключові слова: діагностика психічних розладів, депресивні розлади, депресивний розлад поведінки, розлади харчової поведінки, саморуйнівна поведінка, коморбідність психічних розладів, психічні розлади в підлітковому та юнацькому віці, психодіагностичне дослідження

Вступ

Депресивні розлади (ДР) дуже поширена психопатологічна проблема сьогодення. І в багатьох випадках ці порушення стають основою для їх коморбідного обтяження іншими розладами, насамперед, поведінковими, особливо якщо це стосується пацієнтів підліткового чи молодого віку. Саме тому в цих вікових групах часто діагностуються складні випадки ДР, котрі є

коморбідними з різними проявами саморуйнівної поведінки (СрПв), а саме, з однією з її важких еквівалентних форм - розладами харчової поведінки (РХП) (Sander et al., 2021; Пилягіна, 2004, 2017). Так, до 35-40% пацієнтів із РХП наносять собі самопорізи несуїцидального характеру або мають екскоріації, що є найпоширенішою формою коморбідності для даних розладів (Peebles et al., 2010). Такі пацієнти більш схильні до суїцидальних думок та імпульсивних несуїцидальних самоушкоджень на тлі реактивних чи хронічних ДР, особливо ті, хто періодично голодує або переїдає (Kostro et al., 2014). У підлітків при тривалих ДР формування СрПв найчастіше виступає як «первинна коморбідність», до якої доєднуються прояви РХП, що ускладнює диференційну діагностику цих важких психопатологічних розладів..

Таким чином, досить актуальною проблемою сучасної психіатрії є своєчасне виявлення ДР серед молоді та підлітків, в особливості у коморбідному поєднанні з СрПв та РХП.

Мета дослідження

Вивчити клінічні особливості ДР в підлітковому та молодому віці та їх коморбідність з РХП та СрПв у відповідності до статі.

Матеріали та методи дослідження

На базі кафедри психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика у 2022-25 рр. було проведено дослідження 130 амбулаторних пацієнтів з ДР у коморбідному поєднанні з СрПв та РХП у віці 14 - 19 років. Було обстежено 94 дівчини (72,31%), 36 юнаків (27,69%). Всі пацієнти були поділені на дві підгрупи за віком, майже рівні за кількістю обстежених:

- 67 осіб (51,54%) 14-17 років: 53 дівчини (40,8%), 14 юнаків (10,8%);
- 63 особи (48,46%) 18-19 років: 41 дівчина (31,5%), 22 юнаків (16,9%).

Середній вік у підгрупах відповідно розподілявся: $16,02 \pm 1,8$ та $18,54 \pm 0,64$ років.

Критеріями включення в дослідження були: симптоми ДР (F92, F32-34), в поєднанні з РХП (F50), відповідно до Міжнародної класифікації хвороб для статистики смертності та захворюваності 10-го перегляду (Whitfield, 1993); помірний чи важкий рівень депресії за шкалою депресії А. Бека (BDI) з відсіканням рівня < 14 балів (Beck et. al, 1961).

В дослідження не були включені пацієнти, які мали в минулому або на час клінічної оцінки стану психотичні епізоди, органічні розлади головного будь-якого генезу, вживання психоактивних речовин протягом останніх 6 місяців.

Дослідження проводилося з дотриманням всіх етичних норм та конфіденційності учасників. Всім учасникам проводилося напівструктуроване клінічне інтерв'ю задля визначення особливостей нозологічної приналежності і синдромальної структури ДР та проявів коморбідної патології: зокрема РХП, а також особливостей СрПв.

Психодіагностична частина дослідження включала: опитувальник BDI, тест «Мета в житті» Дж. Крамбо та Л. Махоліка (Purpose-in-Life Test, Crumbaugh, Maholick, 1969) в адаптації Д. О. Леонтьєва - тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО, Д. Леонтьєв, 2000).

Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Для оцінки взаємозв'язку між категоріальними змінними було використано χ^2 -критерій Пірсона (Chi-Square test) та точний критерій Фішера (Fisher's Exact Test).

Результати та обговорення

В ході дослідження було виявлено (див. табл.1), що основним діагнозом в обох вікових підгрупах був великий депресивний епізод (F 32.1-2), який був діагностований в більш, ніж половині пацієнтів - 53,85%.

Рідше за все зустрічався депресивний розлад адаптації (ДРА, F 43.2) – в третині випадків (31,54%). У 35 пацієнтів (26,92%) ДРА розвивався на тлі існуючих ДР: великого депресивного епізоду і дистимії. Тільки ДРА достовірно переважав у юнаків по відношенню до дівчат ($p < 0,05$), що з урахуванням інших даних дослідження, свідчило про їх суттєву вразливість до тривалого та/або повторного стресового впливу, основним чинником якого були тривалі проблемні стосунки з найближчим оточенням, насамперед, батьками, а також друзями.

Депресивний розлад поведінки (ДРП, F92.0), згідно критеріїв МКХ-10, фіксувався в пацієнтів у віці 14 – 17 років. Серед 67 пацієнтів молодше 18 років у 73,13% випадках був встановлений саме ДРП. Важливим результатом дослідження став висновок щодо наявної тенденції формування хронічних форм ДР в цій віковій групі. До яких, окрім дистимії (F 34.1), власне можна віднести і ДРП, тривалість якого в усіх пацієнтів з цим діагнозом перевищувала 6 місяців (в середньому - $1,42 \pm 1,6$ рока).

Варіант ДР	Всього, n=130	Дівчата, n=94	Юнаки, n=36	χ^2 -test, p
Великий депресивний епізод (F 32.1-2)	70 (53,85)	52 (55,32)	18 (50,0)	0,586
Дистимія (F 34.1)	57 (43,85)	40 (42,55)	17 (47,22)	0,631
Депресивний розлад поведінки (F 92.0)	49 (37,69)	35 (37,23)	14 (38,89)	0,8617
Депресивний розлад адаптації (F 43.2)	41 (31,54)	25 (26,6)	16 (44,44)	0,05*

Table 1. Розподіл обстежених хворих за нозологічним варіантом ДР, відповідно до статі, абс. (%) * $p < 0,05$

Значний патогенний вплив щодо розвитку різних варіантів ДР в обох вікових підгрупах мали відчуття самотності (88,5% випадків – 115 осіб серед всіх пацієнтів) особливо на тлі відсутності друзів або сварок з ними, а також булінг в школі (36,2% випадків – 47 осіб серед всіх пацієнтів) і страх смерті внаслідок бомбардування чи проблем, пов'язаних з блек-аутами, як прямих наслідків стресу війни, що було зафіксовано в 26 осіб (20,0% випадків, особливо серед пацієнтів, які були оглянуті в 2022 та 2023 рр.). Більшість пацієнтів у віці 18-19 років – 42 з опитаних (66,7% випадків) засвідчили, що родинні взаємини почали погіршуватися ще в період лок-дауну на тлі пандемії COVID-19 (2020 – 2021 рр.) з посиленням конфліктів, непорозуміння, взаємних образ тощо з початком війни, особливо внаслідок перебування в окупації та тривалого проживання в скрутних умовах в умовах вимушеного переселення.

Неочікуваним, але важливим результатом проведеного дослідження було те, що у всіх 100% обстежених пацієнтів були виявлені ті чи інші прояви СрПв, хоча це і не було прямим фокусом первинного діагностичного вивчення ДР у підлітковому та молодому віці. Ці дані наведені в табл. 2.

Проведений статистичний аналіз проявів коморбідності ДР з СрПв за статтю засвідчив безперечне статистичне переважання ознак останньої в дівчат у порівнянні з юнаками. Насамперед, це стосувалося несуйцидальних самопорізів та екскоріації як одного з найпоширеніших варіантів зовнішніх форм СрПв серед підлітків і молоді ($p = 0,000$), котрі проявлялися саме на фоні ДР (Пилягіна, 2004, 2017). Ці пацієнти мали тривалі проблеми зі сном, відчуття постійного пригніченого настрою, а також появи періодичних станів вираженої тривоги з відчаєм. Саме тяжкість глибини переживань та неможливість вгамувати тривогу чи критично оцінювати свій стан спонукало до реалізації самоушкоджень, коли несуйцидальні дії

«допомогали» переводити відчуття психічного болю в фізичний біль, і інверсивно, певним чином, заспокоїти себе. Такі самоушкодження пацієнти реалізовували при загостренні соціальних психотравмуючих впливів, а саме: безпосередньо після конфліктів у родині чи в школі (з друзями), особливо у випадках булінгу зі сторони однолітків. Тобто, найчастіше метою реалізації несуйцидальних ексکورіацій й самопорізів було зниження тривоги та внутрішньої напруги. Насамперед, це стосувалося обстежених в підгрупі до 18 років та було виявлено в 55 осіб цієї підгрупи (82,1%), серед яких 48 випадків – це були дівчата (90,1% випадків серед дівчат цієї вікової підгрупи).

Окрім того, тільки серед дівчат було виявлене здійснення однократної суїцидальної спроби. З них 16 особи в підгрупі 18-19 років та 7 - в підгрупі 14-17 років, що складало 39,0 та 13,2 % випадків серед дівчат відповідних вікових підгруп. Тоді як неодноразові суїцидальні спроби у відносному співвідношенні були співставні за статтю та зустрічалися у кожного десятого обстеженого. Однак серед 14 таких випадків 11 були зафіксовані в старшій віковій підгрупі (17,5 % випадків), і лише 3 випадка (4,5%) – в молодшій, у віці 14-17 років.

Внутрішні форми СрПв (суїцидальні думки, фантазії та стійкі суїцидальні тенденції) в цілому були виявлені у переважній більшості всіх обстежених – у 101 особи (77,7% в цілому). Але й більш легкі їх варіанти (суїцидальні думки й фантазії) фіксувалися в цілому в 63,1% випадків. Тобто більшість обстежених пацієнтів мала передумови переходу внутрішніх форм СрПв до зовнішніх форм за наявності додаткових психотравмуючих факторів. І саме в юнаків спостерігалася статистично значуща перевага у вигляді суїцидальних фантазій як проявів СрПв ($p=0,029$).

Варіанти СрПв	Всього , n=130	Дівчата , n=94	Юнаки, n=36	χ^2 -test, p
Несуйцидальні самопорізи, ексکورіації	83 (63,8)	70 (74,5)**	13 (36,1)	0,000
Суїцидальні думки	67 (51,5)	50 (53,2)	17 (47,2)	0,562
Суїцидальна спроба	23 (17,7)	23 (24,5)	-	-
Стійкі суїцидальні тенденції	19 (14,6)	11 (11,7)	8 (22,2)	0,165
Суїцидальні фантазії	15 (11,5)	7 (7,4)	8 (22,2)*	0,029
Неодноразові суїцидальні спроби	14 (10,8)	10 (10,6)	4 (11,1)	0,938

Table 2. Розподіл обстежених пацієнтів, відповідно до статі, за варіантами проявів СрПв, абс. (%) Fisher's exact test Two-sided * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Але коморбідне поєднання ДР з проявами СрПв в обтяженні РХП (як еквівалентною формою СрПв, Пилягіна, 2004) суттєво погіршувало стан пацієнтів і перебіг депресій, посилюючи їх тяжкість та загострюючи суїцидальні спонукання. Серед всіх обстежених хворих було зафіксовано 10 таких випадків (7,69%). Нами було виявлено тенденцію до переважання коморбідного сполучення ДР з РХП та СрПв у дівчат в порівнянні з юнаками. Серед всіх обстежених пацієнтів РХП були діагностовані в 9 випадках (9,57%) у дівчат і лише 1 випадок (2,86%) серед юнаків ($p=0,285$). Відсутність статичної значущості обумовлено недостатньо загальною кількістю випадків з таким ускладненим варіантом клінічної коморбідності ДР.

Далі представлено клінічні випадки перебігу та формування на тлі ДР коморбідності з РХП та проявами СрПв у підлітковому віці у дівчини та юнака з точки зору статевих відмінностей.

Клінічний випадок 1

Пацієнтка М., 15 років, навчається в 9 класі загальноосвітньої школи.

Друга дитина в сім'ї, має старшого на 3 роки брата. З матір'ю теплі та більш довірливі

відносини, з батьком – дистантні, з братом – часті конфлікти з дитинства та фізичним насиллям з його боку. М. засвідчила, що останнім часом брат перестав вчиняти фізичне насилля, коли вперше батьки дізналися про суїцидальні думки та самоушкодження доньки.

При огляді висловлює скарги на знижений настрій, внутрішню тривогу, котрі викликають самоушкодження. Вперше екскоріації та самопорізи в області плеча, передпліччя, стегон, живота стала реалізовувати за 5 місяців до звернення. Відмічає часті порушення засинання, через *«планування наступного дня, фантазування окремого світу, внутрішнім відчуттям, що хтось є поряд в кімнаті, наче дивиться на тебе»*. Думки про самогубство виникли в М. вже після декількох епізодів самопорізів, на фоні психологічного булінгу серед однолітків, критики зі сторони сім'ї. Описуючи свої думки з приводу суїцидальних спонукань, М. досить спокійна та послідовна висловила: *«потрібно спланувати все так, щоб одразу вмерти, інакше навіть не потрібно намагатись»*.

Вперше звернулася за допомогою в 13 років до шкільного психолога: *«я вважала себе занадто агресивною та егоїстичною. Хотіла, щоб психолог підказала, як мені такою не бути»*. Але після перших двох консультацій самостійно припинила зустрічі: *«я нічого не почула, щоб мені якимось допомогло»*.

З часом стан погіршувався, посилювалася тривога щодо шкільних оцінок: *«Тато часто дорікав, чому оцінка 10, а не 11 балів, що я мало стараюсь, що це соромно «таке» не знати. А потім це стало вже моїм бажанням – щоб бути щасливою, потрібно бути найкращою...»*.

Проблеми у спілкуванні з однолітками у пацієнтки почалися з 7-го класу: *«я нікому була не цікава, я дратувала однолітків і дратую зараз, вони вважають мене безглуздою»*. Досить часто М. відчувала себе покинутою та самотньою. Поступоводівчина почала боятися спілкуватися: *«я зрозуміла, що буде легше залишитись одною»*. При огляді вказує, що на даний час друзів, подруг чи будь-яких довірчих стосунків немає: *«я сама припинила зустрічатися з подругою – вона мене лише критикувала та ображала»*. Тривале соціальне дистанціювання та самотність викликали появу дисоціацій у пацієнтки (вперше – орієнтовно три роки назад). Відчуючи самотність, дівчина досить часто фантазувала: *«я нібито була у світі, де я краща та викликаю захоплення у інших»*.

Деталізуючи обставини першого епізоду самоушкодження, М. відмітила: *«вперше це було під час істерики, хотіла, щоб стало легше, наче переключилась на фізичний біль»*. Потім, на протязі кількох місяців подібне внутрішнє напруження вона відчувала після отримання негативної оцінки, *«самокопання»* у власних переживаннях – такі стани є прикладом деструктивної форми саморефлексії з ідеями самоприниження. Коли мама М. дізналася про її самоушкодження, це тільки посилило в неї відчуття провини: *«якщо я це роблю, значить вона погана мати... дійсно я – шалено жажлива»*, а *«зараз роздираю себе як покарання за переїдання – щоб було глибоко та боляче»*.

Тривога з приводу недосконалості власного тіла та ваги почалися на протязі останніх трьох місяців – вважала, що має надлишкову вагу, хоча на момент огляду маса тіла становила 46 кг, ріст – 166 см (ІМТ 16.69 кг/м² – недостатню масу тіла для дівчини 15 років): *«я огидна собі така»*. Бажаючи схуднути, дівчина використовувала 1-2 добові голодання, постійні пошуки дієт, вимірювання калорій страв та продуктів харчування, що негативно впливало на її повсякденне життя. При огляді М. вказує, *«мені хочеться бути тонкою... знаю, що в мене недостатня вага, але я хочу ще схуднути, аби більше собі подобатись»*. В той же час, зі слів дівчини, кожного тижня вона мала компульсивні переїдання, які переходили в паніку з докорами себе та завершувалось прийомом послаблюючих \ діуретичних засобів. Розуміння, що це матиме погані наслідки для здоров'я, не зупиняли М. від даних дій.

Ініціатором огляду була мати, але М. легко погодилась на зустріч з психіатром (огляд

проведено в червні 2024 року). На момент діагностичного інтерв'ю пацієнтка неохоче, після паузи відповідає на питання. Гіпомімічна. Настрій значно знижений. Мислення послідовне, логічне. У висловлюваннях звучать ідеї самоприпинення та суїцидальні тенденції. Критика до власного стану відсутня. Психотичних проявів не виявляє.

У психодіагностичному дослідженні зафіксовано показники BDI - 49 балів (важка клінічна депресія), СЖО - 44 бали (низький рівень осмислення власного життя за всіма критеріями).

В даному клінічному випадку відображено коморбідне поєднання ДРП (F92.0) з маніфестними проявами СрПв (зовнішня, внутрішня та еквівалентна форми) з переважанням несуйцидальних ексцесивних, самопорізів та суїцидальних ідей у поєднанні з РХП у вигляді нервової булімії (F50.2) та дисоціативними включеннями (F44.8) та соціальною тривогою (F93) на тлі тривалих конфліктів в родині (сублінгове суперництво та насильство з боку брата) та непорозуміння з батьками, а також відторгнення зі сторони однолітків.

Даний клінічний випадок демонструє складність, як діагностики так і лікування, у зв'язку зі тяжким тривалим поєднанням ДР, нервовою булімією та комбінованими проявами СрПв. Негативна динаміка депресивних проявів мала місце на тлі коморбідного обтяження маніфестними проявами СрПв, в тому числі приєднання дисоціативних симптомів (як захисного механізму на прояви дистресу) та РХП як еквівалентної форми СрПв.

Тактика терапії М. включала поєднання середньотерапевтичних доз антидепресантів з седативною дією (венлафаксин), бензодіазепіни – короткостроково для зниження тривоги та початку проведення психотерапевтичного втручання.

Черговий огляд через три місяці лікування засвідчив значне поліпшення стану (BDI - 24 бали, помірні клінічна депресія), відсутність самошкоджень на протязі двох місяців, періодичну появу суїцидальних фантазій на тлі гострого відчуття самотності. М. також відмітила припинення переїдань, але продовжувала відстежувати калорійність харчування.

Ці дані засвідчили необхідність тривалого комплексного лікування із застосуванням психофармакотерапії та поєднання індивідуальної та сімейної психотерапії.

Клінічний випадок 2

Пацієнт Т., 16 років. Навчається в 10 класі загальноосвітньої школи.

Проживає з батьками та молодшою сестрою (15 років). З батьками та сестрою має дистантні взаємовідносини.

Скарги на тривогу, знижений настрій, апатію, відчуття «безсилля» порушений сон, постійне переживання за майбутнє, приступи агресії.

З батьком відносини дистантні: *«він мене лише фінансово забезпечує»*. В дитинстві до 7 років, як згадує Т. *«батько досить часто проводив свій час зі мною та сестрою, зараз я відчуваю турботу, але не любов. Він говорить, роби що хочеш, іди досліджуй світ»*. Мата пацієнта приймала позицію індеферентного стилю виховання: *«я міг приходити до дому, коли захочу»*. Т. відмічає також відсутність довірчих стосунків з однолітками, а в період з 5 по 7 клас, однолітки проявляли як психологічний тиск, так і фізичні напади: *«часто були бійки, я мав постійно захищатися»*. Має друзів, але останнім часом зустрічається дуже рідко.

Вперше пацієнт звернувся за допомогою до психолога після початку війни та розтавання з дівчиною, яка переїхала закордон у 2022 році. Напруження та думки з приводу розтавання викликали диссомнію. На протязі місяця стан Т. погіршувався – посилювалися тривожність та порушення сну. Став більше часу проводити вдома, перестав займатися хобі. Тоді ж вперше

виникли суїцидальні думки: «думка, що я можу закінчити життя самогубством, заспокоює мене...». Висловився, що весь цей час суїцидальні думки періодично посилюються на тлі незадоволення собою.

Щоб хоч якось переключити власні переживання став активно займатися спортом. А також на протязі 3 місяців Т. почав думати, що «переїдає». За 5 місяців продовжував нескінченні тренування та голодування, тому втратив 6 кг. маси тіла, при зрості 172 см. маса тіла становить 48 кг (ІМТ 16,22 кг/м², що вказує на недостатню вагу пацієнта). Перед оглядом пацієнт був госпіталізований до відділення гастроентерології зі скаргами на біль в ділянці шлунку.

Ініціатором звернення була мати пацієнта за наполяганням лікаря-гастроентеролога (огляд проведено в вересні 2023 року).

Під час огляду пацієнт замкнутий, схильний до замовчування власних переживань. Настрій знижений, емоційно невиразний. Мислення логічне, в сповільненому темпі, але засвідчив схильність до імпульсивних дій. Висловлює суїцидальні фантазії, але пацієнт не вбачає в своїх діях загрози для власного життя та здоров'я. Навіть після госпіталізації до відділення гастроентерології, через припинення вживання їжі та запаморочення, наполягав: «це не має значення, я хочу, щоб моє тіло мені подобалось, для цього потрібно себе контролювати, не їсти, та постійно тренуватись». Відмітив, що на огляд погодився за домовленістю з матір'ю, не бачить сенсу в лікуванні: «я сам зі всім маю впоратися».

На момент огляду при психометричній оцінці за пацієнт набрав за BDI - 37 балів (важка клінічна депресія), СЖО - 61 бал (знижений рівень осмислення власного життя особливо за критерієм «Локус контролю — життя»).

Наведений клінічний випадок, демонструє коморбідне поєднання ДР (F92.0) з СрПв у вигляді суїцидальних фантазій (внутрішня форма) та виснажуючого фізичного навантаження (еквівалентна форма) та з нервовою анорексією (F50.1 – теж еквівалентна форма СрПв).

В даному випадку прогресування ДР відбувалось на тлі тривалого сімейного дистанціювання (замкненість у відносинах), індеферентного стилю виховання та відходу від контактів з однолітками і після розлуки з дівчиною, що за рахунок досить швидкої зміни стилю життя стало основою для формування СрПв та приєднання РХП.

При огляді пацієнтові було прояснено підґрунтя щодо необхідності проведення комплексного фармако- та психотерапевтичного втручання. Основні труднощі пов'язані з відсутністю комплайенса з боку пацієнта при неусвідомоєнні ним наслідків для психічного й фізичного здоров'я його стану та психологічних настанов. На жаль, пацієнт відмовився від подальшої терапії.

Висновки

Результати дослідження клінічних особливостей ДР та їх коморбідності з СрПв та РХП у пацієнтів підліткового та молодого віку (14–19 років) засвідчили:

1. Важливим результатом дослідження стало виявлення проявів саморуйнівної поведінки у всіх 100% обстежених пацієнтів. Формування СрПв при тривалих ДР у підлітків найчастіше виступає як «первинна коморбідність», до якої згодом доєднуються прояви РХП.
2. Виявлено значний вплив психотравмуючих чинників на розвиток ДР: відчуття самотності (у 88,5% пацієнтів), булінг (36,2%) та стрес війни (20,0%). Основним нозологічним варіантом ДР в обох вікових підгрупах був великий депресивний епізод (F 32.1-2), діагностований у 53,85% пацієнтів. Встановлено достовірне переважання ДРА

- (F 43.2) у юнаків (44,44% проти 26,6% у дівчат, $p < 0,05$), що свідчить про їх суттєву вразливість до тривалого чи повторного стресового впливу. У молодшій підгрупі (14-17 років) у 73,13% випадків було встановлено ДРП (F92.0), що вказує на наявну тенденцію формування хронічних форм ДР у цій віковій групі.
3. Виявлено статистично значущі статеві відмінності у проявах СрПв:
 - Несуїцидальні самопорізи та екскоріації як зовнішні форми СрПв статистично достовірно переважали у дівчат (74,5% проти 36,1% у юнаків, $p = 0,000$). Найчастішою метою таких дій було зниження тривоги та внутрішньої напруги. Однократна суїцидальна спроба була виявлена тільки серед дівчат.
 - Суїцидальні фантазії як внутрішня форма СрПв статистично значуще переважали у юнаків (22,2% проти 7,4% у дівчат, $p = 0,029$). Внутрішні форми СрПв загалом були виявлені у 77,7% всіх обстежених.
 4. Коморбідне поєднання ДР з проявами СрПв в обтяженні РХП суттєво погіршує стан пацієнтів, посилює тяжкість депресій та загострює суїцидальні спонукання. Хоча статистичної значущості не досягнуто через недостатню кількість випадків, відмічено тенденцію до переважання цього ускладненого варіанту коморбідності у дівчат (9,57% проти 2,86% у юнаків).
 5. Наведені клінічні випадки демонструють необхідність проведення ретельної диференційної діагностики клінічної картини ДР та коморбідних проявів СрПв та РХП. Важливим фактором ефективності комплексного лікування із застосуванням психофармакотерапії та поєднання індивідуальної та сімейної психотерапії у підлітків та молоді є формування комплайєнса щодо тривалої терапії.

Посилання

1. Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2021). Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2779. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>
2. Whitfield, W. (1993). Book Reviews : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines by World Health Organization. Published by WHO, 1992, 362pp, paperback. ISBN: 92-4-154422-8. *Journal of the Royal Society of Health*, 113(2), 103. <https://doi.org/10.1177/146642409311300216>
3. Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48(3), 310-313. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.017>
4. Hua, Z., Wang, S., & Yuan, X. (2024). Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10-24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. *Journal of affective disorders*, 350, 831-837. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.009>
5. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbauch, J. (1961). Beck Depression Inventory (BDI) [Database record]. APA PsycTests
6. Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). Purpose in Life Test (PIL) [Database record]. APA PsycTests.
7. Pyliagina G. (2017) Differential Diagnostic of Self-destructive behaviour via Structural-dynamic model. *European Psychiatry. The Journal of The European Psychiatric Association*. April. Vol.41. 404 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.489>
8. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000
9. Пилягіна Г.Я. (2004) Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування. Автореферат дисертації на здобуття вченого ступеня доктора медичних наук.32с.