

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России
Кафедра психиатрии факультета
дополнительного профессионального образования

И.В.Забозлаева, Е.В.Малинина, Е.Н.Кривулин

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Монография предназначена: для слушателей системы дополни-
тельного профессионального образования врачей по специальности
«Психиатрия»

Челябинск 2014

УДК 616.895 – 053.2 (075.8)

ББК 56.14 я 75

3 – 12

Рецензенты: И.В. Шадрина, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.

Л.С. Рычкова, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра социальной работы и клинической психологии, профессор, д.м.н.

Авторы: И.В. Забозлаева, доцент кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, к.м.н.

Е.В. Малинина, заведующий кафедрой психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, д.м.н.

Е.Н.Кривулин, профессор кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, д.м.н.

Монография содержит описание современных представлений о депрессии в детской популяции в зависимости от возрастных особенностей, включая вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и терапии. Особое внимание уделяется практическим аспектам: терапевтической тактике, особенностям лечения у детей и подростков с применением современных антидепрессантов с подбором адекватных доз, а также профилактическому лечению с использованием немедикаментозной терапии.

Читательское назначение: монография предназначена для слушателей системы дополнительного профессионального образования по специальности психиатрия.

Монография утверждена на заседании Ученого совета ГБОУ ВПО ЮУГМУ

Минздрава России от 27.12.2013 г. _____ протокол № 4 _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Раздел 1. ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	7
1.1 Эпидемиология депрессивных расстройств.....	7
1.2 Этиология и патогенез депрессий у детей и подростков	8
Раздел 2. КЛИНИКА ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	12
2.1 Клинические проявления депрессивного состояния у детей.....	16
раннего, дошкольного и младшего школьного возраста	
2.2.Клиническая картина депрессивного расстройства у детей	
школьного возраста.....	22
Раздел 3. ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ	32
3.1 Клинические особенности проявлений депрессий у подростков	32
3.2 Дистимии у подростков	42
3.3. Расстройства адаптации депрессивного спектра у подростков	45
3.3.1. Депрессивные реакции, как проявления пеницитарной деза-	
даптации.....	48
3.3.2. Типология депрессивных реакций при пениценциарной де-	
задаптации у подростков с наличием и отсутствием коморбидной	
наркологической патологией	50
3.3.3. Полипрофессиональный подход при диагностике пениценци-	
арной дезадаптации у подростков	57
Раздел 4. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ	
РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	64
4.1 Депрессивное расстройство поведения	65
Раздел 5. ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ...	72
5.1. Психотерапевтические методы коррекции	72
5.2. Медикаментозная терапия.....	74
5.3. Профилактика депрессий	73
Приложение.	84
Литература	101

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАР– биполярное аффективное расстройство
БДР– большое депрессивное расстройство
ДОН–детский опросник невротозов
ДР– депрессивные реакции
ДЭ– депрессивный эпизод
КПТ– когнитивно-поведенческая терапия
ЛС– лекарственные средства
МАО– моноаминоксидаза
МКБ-10– Международная классификация болезней десятого пересмотра (1992)
МЛТ– межличностная терапия
ПД– пенитенциарная дезадаптация
ПАВ– психоактивные вещества
ПЭП– последствия перинатальной энцефалопатии
ТЦА–трициклические антидепрессанты
СИОЗС– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СХ– шкала Спилбергера-Ханина
DSM-IV– Diagnostic and Statistical Manual
Disorders. American Psychiatric
Association 1994 (Руководство по диагностике и статистике психических болезней, принятое Американской психиатрической ассоциацией; четвертый пересмотр, 1996 – англ.)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Депрессия является в настоящее время одним из наиболее распространенных душевных расстройств. Совсем недавно многие детские психиатры отвергали саму идею возникновения депрессии в детском возрасте. В основе этого заблуждения лежали традиционные психоаналитические теории, которые рассматривали депрессию как результат неприятия или раздражения, обращенного внутрь самого себя, обычно в связи с какой-нибудь действительной потерей или с тем, что воспринимается как потеря. Считалось, что дети не имеют достаточно развитого суперэго для того, чтобы направить агрессию против самих себя, поэтому психоаналитики приходили к выводу о том, что дети не способны переживать депрессию.

Другая ошибочная точка зрения заключалась в том, что симптомы депрессии считались нормальными и временными проявлениями, присущими определенным стадиям детского развития, - убеждение, которое также оказалось ложным. Депрессия для детей и подростков представляет собой такую же проблему, как и для взрослых.

В настоящее время известно, что депрессия у детей и подростков часто встречающееся, не всегда распознаваемое тяжелое расстройство, распространенность которого постоянно увеличивается. Депрессивные состояния у школьников наблюдаются от 20% до 85%.

Чем же обусловлена такая разница в представлениях? Дело в том, что попытки диагностики депрессии встречают зачастую непреодолимые трудности из-за крайней изменчивости, неустойчивости и многообразия проявлений, порожденных одновременным влиянием на ребенка множеством внешних факторов. Течение депрессивного расстройства в форме типичной меланхолии, когда диагностика однозначна, а терапевтическая тактика определена, встречается относительно редко. Замаскированная соматической и вегетативной симптоматикой, протекающая на фоне отчаянных попыток больного сохранить свою социальную активность, депрессия сегодня – это душевное страдание, трудное для диагностики, сложное для терапии, т.к. жизнь ставит перед специалистами задачу помощи депрессивному пациенту без стационара.

Для назначения адекватного лечения необходимо своевременное выявление депрессивной или невротической составляющей патологического состояния. Это осложняется тем обстоятельством, что дети и подростки с депрессивными расстройствами, как правило, с

опозданием попадают в поле зрения психиатра, поскольку на первый план выступает нарушение поведения, которые окружающие расценивают как проявление дурного характера и распущенности. В таких случаях истинную природу патологического состояния часто выявляют только при попадании больного в стационар, нередко в связи с неожиданной для окружающих суицидальной попыткой. Суицидальная опасность при депрессивных расстройствах особенно велика, поскольку в связи с трудностью распознавания патологического состояния дети и подростки длительное время не получают адекватного лечения.

В настоящем пособии обобщены современные данные, касающиеся диагностики и терапии депрессивных расстройств у детей и подростков. Представлены многофакторные причины возникновения депрессий, включающие биологические, психосоциальные причины. В главе клинические проявления отражены соответствие основных психопатологических симптомов депрессии возрастным особенностям детского и подросткового возраста и дифференциальная диагностика с другими эмоциональными и невротическими расстройствами. Большое внимание уделено диагностике и терапии депрессивных состояний, поскольку они имеют отличительные особенности от взрослых с применением медикаментозных и психотерапевтических вмешательств, обеспечивающих эффективность и безопасность применения психотропных средств для лечения депрессий.

Учитывая актуальность проблемы в целом, можно надеяться, что настоящее пособие привлечет внимание не только психиатров, но окажется полезным для психотерапевтов, представителей других медицинских специальностей, а также медицинских психологов.

РАЗДЕЛ 1. ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1.1 Эпидемиология депрессивных расстройств

Еще несколько десятилетий назад возникновение депрессивных расстройств в детском возрасте представлялось спорным, но клинические исследования подтверждают, что многие дети имеют выраженное грустное настроение и ощущают себя по-настоящему несчастными.

Получить достоверные данные о частоте встречаемости депрессивных расстройств у детей и подростков сложно. Эпидемиологические исследования показывают, что депрессия занимает значительное место среди детско-подростковой патологии. В связи с различиями во взглядах на детскую аффективную патологию, частота депрессивных состояний варьирует в широких пределах: от 0,7% до 25% в детской популяции. По сравнению с детьми (от 0,5% до 5%), 10%-20% подростков могут испытывать серьезные депрессивные состояния, так среди 10-летних детей 10% были несчастны, по мнению родителей и более 40% испытывали печаль согласно собственным отчетам при интервьюировании самих подростков. У них отмечается устойчивое сниженное настроение при столкновении с реальным стрессом или событием, а также наблюдаются другие нарушения, связанные с физическим функционированием организма и социальным поведением.

Важным и достаточно сложным является отличие симптома печали при психическом расстройстве, проявляющимся эмоциональными и поведенческими нарушениями, от обычной грусти. Основными отличиями являются тяжесть, устойчивость и качество настроения, что определяет диагностику и тактику лечения.

Депрессивная модель поведения свойственна лицам женского пола – девочки заболевают чаще, чем мальчики, начиная со среднего или позднего подросткового периода, до пубертатного возраста соотношение одинаковое и даже может преобладать у лиц мужского пола.

Общепризнанным является тот факт, что депрессия у детей и подростков трудно распознаваема из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на первый план в клинической картине. Только 27% детей с депрессивным началом заболевания могут проконсультироваться психиатром при первом

случае возникновения депрессии; остальные длительное время наблюдаются педиатрами, хирургами, урологами, неврологами. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние устанавливается лишь в 23,6% случаев, в связи со слабой выраженностью собственно аффективных расстройств, с преобладанием жалоб на нарушенное поведение, в том числе агрессивность и школьную дезадаптацию. Депрессия у детей и подростков распознается с трудом в связи с тем, что симптоматика наслаивается, как правило, на возрастные психологические особенности.

Распространенность депрессии среди детей и подростков имеет тенденцию к увеличению, а средний возраст тех, у кого обнаруживаются симптомы этого расстройства, уменьшается. Аффективные нарушения у детей в возрасте до 3-х лет составляют от 0,6% до 0,9 %.

Инициальные проявления эмоциональных отклонений в первые годы жизни ребенка часто являются предвестниками депрессивных состояний у детей в старшем возрасте. Около 25% депрессивных расстройств у взрослых возникают в возрасте до 18 лет (Sorensen, 1990).

1.2 Этиология и патогенез депрессий у детей и подростков

Депрессия, подавленность, чувство горя – это эмоциональные переживания, которые являются частью жизни, поэтому существует много мнений о природе их возникновения. К ним относятся биологические, психодинамические или интрапсихические, ориентированные на систему семьи, и социологические, опирающиеся на окружающую среду теории. Эти мнения не взаимоисключающие, они освещают условия существования человека и позволяют объяснить природу возникновения депрессии с разных точек зрения. Развитие детской психиатрии привело к пониманию, что причины развития депрессии имеют многофакторный характер с участием генетических, биологических и психосоциальных причин, последние лежат в основе психотерапевтических методов лечения.

Риск возникновения депрессии высок в семьях, где родители и сиблинги страдали аффективной патологией – биполярным аффективным расстройством (БАР), униполярной депрессией, меланхолией. Имеются предварительные данные о возможном взаимодействии генов со средой, т.е. отягощенная наследственность по депрессии может увеличивать уязвимость индивидуума по отношению к нега-

тивными событиями в жизни.

Биологические предпосылки возникновения депрессии основываются на гипотезе о дефиците моноаминов – норадреналина и серотонина. Маркерами также служат изменения ЭЭГ-сна и повышенный ночной уровень кортизола и сниженная способность к супрессии под воздействием экзогенного дексаметазона. Однако эти изменения не являются специфическими для аффективной патологии, они могут быть и при других психических расстройствах или после воздействия стрессов.

Одним из причинных и провоцирующих факторов, имеющим значение в возникновении аффективной патологии, в том числе и депрессии, можно рассматривать нарушение циркадного типа секреции нейрогормона, например, мелатонина, продуцируемого шишковидной железой (эпифиз).

Катехоламинная гипотеза объясняет депрессию, как дефицит нейротрансмиттеров в отделах центральной нервной системы, осуществляющих обратную передачу импульсов, предполагая нарушения функций в системе гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа. Нарушение трансмиссивной системы, нейроэндокринных функций приводят к развитию единого комплекса эмоциональных, когнитивных и соматических симптомов в рамках депрессивного расстройства. При этом играют роль и психофизиологические механизмы: состояние страха, нервозности, адаптации.

Личностные особенности также способствуют манифестации депрессивных расстройств. К ним относятся интровертированность, тревожность, невротизм. Личности, чей прежний опыт суммируется одними негативными результатами и воспоминаниями, травматическими переживаниями, становятся ранимыми, стремятся избегать ситуации, которые могут привести к плохому настроению.

Биологические причины и средовые влияния в значительной степени участвуют в возникновении данных расстройств, часто их трудно отделить друг от друга, известно, что у пар депрессивная мать-дита чаще выявляется сходство в мимике и поведении. У детей, которые с раннего возраста привыкают видеть таких матерей, реже отмечаются заметные протестные реакции.

Ряд исследований направлены на изучение именно социальных этиологических факторов. Возникновению депрессии часто предшествуют отрицательные жизненные события, которые могут носить острый, либо хронический характер. Депрессивное расстрой-

ство может развиваться вследствие воздействия острых стрессов: развод родителей, смерть одного из них, ссора с близкими людьми, конфликты со сверстниками. Острые психотравмирующие события могут возникать на фоне хронических негативных жизненных обстоятельств: длительное хроническое соматическое заболевание с частыми госпитализациями в больницу; трудности обучения в школе с невозможностью справиться с темпом и требованиями учебной программы, насмешки и издевательства или холодное отношение одноклассников; нарушение взаимодействия в системе родитель-ребенок, вследствие недостатка внимания и заботы после смерти матери, жестокое обращение, дисгармоничное воспитание с депривацией, без учета потребностей ребенка в эмоциональном и когнитивном восприятии.

Несмотря на то, что точные причины увеличивающейся распространенности депрессии неизвестны, один из факторов, имеющих отношение к этому явлению, связан со стремительными изменениями, происходящими в общественной жизни. Переполненные города, распадающиеся семьи, рост числа злоупотреблений психоактивными веществами и перемены, происходящие в сфере профессиональной и трудовой деятельности, могут значительно усиливать воздействие стрессов на молодое поколение. Эти изменения могут делать ребенка более уязвимым по отношению к психотравмирующим воздействиям вследствие потери защитных факторов, таких, например, как поддержка семьи.

В ряду факторов, участвующих в возникновении депрессии отводится роль психологическим теориям. Большинство психоаналитиков объясняют причину развития аффективных расстройств, как реальную или воображаемую утрату, характер которой и интрапсихический уровень ее переработки оценивается в зависимости от этапа развития структуры Я, на котором манифестировала депрессия. Так, З.Фрейд (1923) постулировал в качестве основного механизма возникновения депрессии интроекцию утраченного объекта как часть самого себя исходя из конфликта Я и Сверх-Я. Бибринг (1953) предполагал наличие конфликта между Я и Оно с более ранними травмирующими переживаниями, которые сохраняются в сфере бессознательного и возникают уже в возрасте 6-7 лет, с тенденцией интерпретировать незначительные конфликты, как проявления собственной несостоятельности, с преобладанием агрессивных тенденций, направленных на себя.

Поведенческая терапия (Lewinson, 1976) объясняет возникновение депрессии результатом неспособности индивида влиять на позитивное подкрепление собственного поведения с помощью средовых факторов. Существует гипотеза, что в детском возрасте к развитию депрессии приводит недостаток социальной компетентности и способности к общению (Kashani, 1981). Согласно когнитивным концепциям особое значение имеет модель «приобретенной беспомощности» (Seligman, 1975) и «когнитивного искажения» (Beck, 1986), депрессивная личность переживает успех и неудачу, как явления независимые от собственной активности и поведения, что порождает чувство беспомощности и негативного отношения к будущему. С пессимистическим отношением к жизненным событиям, к собственным поступкам.

Модель депрессии по Беку (1986) основана на когнитивной триаде, объясняющей развитие депрессивной симптоматики:

- 1) пациент недооценивает собственную личность (негативная самооценка);
- 2) во взаимодействиях с окружающим миром он видит исключительно неудачи, обиды и разочарования (негативная картина мира);
- 3) он исходит из того, что его поражения и фрустрация никогда не прекратятся (негативное ожидание будущего).

Такие дисфункциональные убеждения с негативной оценкой себя, окружающего и будущего характерного для детей и подростков.

Депрессия может начинаться вне связи с какими-то видимыми причинами, на фоне полного физического и социального благополучия. Возникновение этой разновидности депрессий, как правило, связано с нарушениями нормального протекания биохимических процессов в головном мозге.

Наконец, существует группа так называемых сезонных или "зимних" депрессий, возникновение которых связано с особой чувствительностью организма к климатическим условиям (данный вид депрессии часто проявляется у детей перенесших гипоксию, получивших различные травмы в родах).

По литературным данным примерно у 75% депрессивных пациентов наблюдается психогенная депрессия, у 10-15% - соматогенная и у 5-10% - конституциональная. Часто у ребенка имеется не одна причина для проявления депрессии, а иногда взаимодействие не-

скольких патогенных факторов.

Таким образом, рост депрессий в детско-подростковой популяции отражает реальные тенденции, происходящие в современном обществе. Актуальность проблемы определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, неопределенностью роли биологических и социальных факторов в их формировании. Депрессия нередко встречается у близких родственников (особенно матерей), что говорит о возможности существования биологической наследственности, но часто эти факторы встречаются в комбинации с негативным воздействием окружающей среды или недостаточной положительной поддержкой ребенка в период его развития. Вместе с тем, дальнейшее изучение этих вопросов с позиций биопсихосоциального подхода представляется достаточно продуктивным для создания оптимальных терапевтических методов, включающих медико-психологическую и психотерапевтическую коррекцию. Изучение клинко-психопатологических, психологических и нейрофизиологических характеристик детей и подростков с депрессивными расстройствами дает возможность более детально проанализировать клинические особенности, депрессивных расстройств.

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИКА ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Понятие «депрессия» обозначает большой спектр эмоциональных переживаний, от чувства подавленности, когда ничего не хочется, до болезненного состояния глубокой меланхолии. В клинической диагностике необходимо различать является ли это здоровой реакцией организма на перенесенный стресс или, напротив, имеет место болезненное состояние. По определению депрессия – аффективный синдром, в основе которого лежит сниженное, угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное настроение с глубокой печалью и унынием. Симптомы депрессии являются настолько распространенными, что каждый иногда может испытывать печаль, уныние, быть не в духе или "захандрить". Иногда негативные переживания являются нормальной реакцией на какое-то несчастье, например, потерю друга или работы. Однако эти переживания вскоре проходят, и человек возвращается к своей обычной деятельности. В противоположность этому можно испытывать депрессию без видимых на то причин, когда клиническая депрессия представляет собой

состояние гораздо более серьезное, чем случайно возникшее чувство уныния или колебания настроения, которые время от времени могут быть у любого человека.

Термин "депрессия" используется для описания разных понятий: симптом, синдром и расстройство.

У детей и подростков, как и у взрослых, симптом депрессии является частью более широкой составляющей аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений. Депрессивные симптомы выражаются в том, что ребенок испытывает уныние и чувствует себя несчастным, теряет способность испытывать удовольствие (ангедония), имеет сниженную самооценку, чувства самообвинения, вины, беспомощности, безнадежности, потерю энергии, плохую концентрацию внимания, беспокойства, снижение аппетита и сна и возникновение суицидальных мыслей и действий. Депрессивные симптомы далеко не всегда свидетельствуют о наличии каких-либо серьезных проблем и довольно распространены во всех возрастных группах, возникая более чем у 40% детей и подростков (M.Rutter, Tizard, Whitmore, 1970). Для большинства детей депрессивные симптомы носят временный характер и вызваны событиями повседневной жизни, не являются следствием какого-либо расстройства. Однако могут рассматриваться как клиническое проявление в том случае, когда депрессивные симптомы имеют глубокий и длительный характер, далеко выходя за рамки допустимых норм.

Депрессивный синдром – это состояние, гораздо более серьезное, чем просто печальное настроение. Синдром объединяет группу симптомов, которые чаще присутствуют все вместе, чем возникают случайным образом. Чувство печали может сопровождаться другими проявлениями, такими как ослабление интереса к обычным видам деятельности, когнитивные и мотивационные нарушения, а также изменения соматического и психомоторного характера. Депрессивный синдром у детей коморбиден с тревожностью, с нарушением поведения и синдромом гиперактивности и дефицита внимания. Чаще возникает вследствие некоторых жизненных событий – например, в связи с потерей близкого человека.

Депрессивное расстройство включает в себя депрессивный синдром, продолжительный по времени и вызывающий значительные ухудшения состояния организма. Когда картина депрессивной настроенности состоит из симптомов, характеризующихся упадком настроения, тогда необходимо говорить о депрессии, как о болезни.

Депрессия по-разному влияет на развитие личности: она может возникнуть как реакция на разочарование или потерю, в виде неглубокой, невротической, связанной с психическими травмами или тяжелой, глубокой, когда выражена депрессивная триада: тоскливое настроение сочетается с замедлением мыслительных процессов и замедленной двигательной подвижностью.

У детей и подростков депрессия чаще протекает атипично, имеет различные «маски». Скрытая за фасадом детских капризов, поведенческих, временных интеллектуальных нарушений, депрессия у детей и подростков нередко чрезвычайно трудно выявляется. В отличие от взрослого, у ребенка, подростка не хватает жизненного опыта, словарного ресурса, чтобы выразить свое состояние в депрессии. О депрессивных расстройствах у детей и подростков можно догадаться по различным косвенным признакам.

В качестве типичных черт депрессии в детстве можно считать кратковременность, быстроту смены депрессивных состояний возбуждением. Клинические симптомы характеризуются массивностью вегетативных нарушений, фиксацией ребенка на своем физическом состоянии, появлением навязчивостей, тревоги и страха, нарушением поведения, трудностями сосредоточения, снижением памяти, усвоения школьных знаний, а также снижением интереса к занятиям или прежде любимым играм, возврат к старым игрушкам.

Согласно американской классификации DSM-IV диагностическими признаками депрессии у детей являются:

- потеря аппетита;
- проблемы со сном (кошмары);
- проблемы с оценками в школе, которых до этого не наблюдалось;
- проблемы с характером, агрессивность;
- у подростков одним из индикаторов также может стать использование наркотиков или алкоголя.

Депрессия оказывает обнаруживается во многих сферах жизни детей и подростков (Oster and Montgomery, 1995):

Настроение. Дети, страдающие депрессией, испытывают чувства печали и уныния, которые проявляются у них в форме, гораздо более устойчивой и интенсивной, чем обычные переживания этих чувств. Другие чувства, которые могут сопутствовать депрессии, включают в себя раздражительность, вину и стыд.

Поведение характеризуется усилением беспокойства и тревоги,

снижением активности, замедленной речью или чрезмерной плаксивостью. Наряду со снижением активности наступает ограничение социальных контактов. Иногда состояние печали и уныния у подростков, подверженных депрессии, может приводить к негативным действиям, таким как язвительные злые замечания, крик или деструктивное поведение, а также эпизодами употребления алкоголя или наркотиков для того, чтобы облегчить свое состояние.

Изменение жизненных установок. У детей и подростков, страдающих депрессией, развивается чувство собственной никчемности и низкая самооценка. Они считают себя неадекватными и думают, что другие люди оценивают их так же. У них может измениться отношение к школе, и в связи с этим ухудшается успеваемость. Они начинают бояться будущего и убеждают себя в том, что обречены в жизни на неудачи, часто задавая следующие вопросы: "Что толку беспокоиться об этом?" или "Какой смысл пытаться это делать?". Когда такие переживания становятся интенсивными, возрастает риск суицида.

Мышление. Дети и подростки, страдающие от депрессии, поглощены собственными мыслями и концентрируют внимание на переживаниях. Они сосредоточены на самих себе и могут быть излишне самокритичны и застенчивы. Мыслительные процессы нарушаются, теряется способность к здравому рассуждению и преобладает пессимистический взгляд на будущее. Им бывает трудно концентрироваться, вспоминать и принимать решения. Такие дети могут также винить себя за любую неудачу.

Физические изменения. У таких детей и подростков наблюдаются нарушения сна и расстройства, связанные с приемом пищи. Обычным явлением бывает потеря аппетита и частые пробуждения среди ночи или рано утром, также присутствует постоянное чувство усталости. Типичны такие замечания, как: "Она всегда заторможена" или "Я чувствую постоянную усталость". Также возникают жалобы физического характера: на головную боль и боль в желудке, тошноту, на продолжительные боли разного рода и упадок сил.

Обычно принято считать, что детство - это счастливое, беззаботное время, период, свободный от бремени тревог и обязанностей взрослой жизни. Взрослые люди склонны представлять детей как жизнерадостных и не подверженных депрессии. В самом деле, обычно узнав, что ребенок находится в состоянии депрессии, родители недоумевают: "Из-за чего он может испытывать депрессию?" Даже

тогда, когда дети переживают чувство разочарования, осуждение со стороны других людей или какие-то негативные события, с которыми они неминуемо сталкиваются в своей повседневной жизни, считается, что их грусть, разочарование и раздражение – это кратковременные явления. Родители очень часто относят такие негативные настроения к временным факторам, например, к недосыпанию или плохому самочувствию, и надеются, что они скоро пройдут.

Таким образом, у детей редко можно выявить депрессию, они плачут тайком, не могут пожаловаться на тоску, апатию, грустное настроение, плохое самочувствие, но по изменению в поведении можно судить о состоянии подавленности, нарушении в повседневной жизни, касающиеся сна, еды, игр, обучения – это может быть знаками депрессивного расстройства.

2.1 Клинические проявления депрессивного состояния у детей

раннего, дошкольного и младшего школьного возраста

Депрессия может наблюдаться в раннем возрасте, включая младенчество, но имеет преимущественно неаффективное выражение, а «маскированное» или «телесное» и отличается клинически от депрессии у взрослых. Детская депрессия сопровождается падением психической активности и приводит к остановке или замедлению психического развития. По данным Н.М. Иовчук (1986) депрессивные дети выглядят умственно отсталыми, что может обуславливать неправильную диагностику, лечение и коррекционные подходы. У ребенка с длительно существующим сниженным настроением нарушается продукция соматотропного гормона, останавливается рост, нарушается общий обмен веществ (B.Pearson Murphy, 1994), снижается иммунитет (V.Kashani, G.Calton, 1984; Troxler MA., Grodd S.E., 1997), появляется склонность к длительным рецидивирующим простудным заболеваниям (Chang K. et al., 2003).

Нераспознанная в раннем возрасте депрессия представляет опасность для ребенка: она может замедлить развитие, исказить эмоциональный онтогенез, нарушить социальную адаптацию, и спровоцировать в дальнейшем появление другой психопатологии.

До недавнего времени было мало известно о депрессии у детей в возрасте до полутора-двух лет. В 1940-е годы Рене Спитц описал состояние, названное им как анаклитическая (несамостоятельная) депрессия (anaclitic depression), при которой у малолетних детей,

выросших в нормальной, но эмоционально холодной обстановке государственных детских учреждений, наблюдаются реакции, сходные с симптомами депрессивного расстройства. У них проявляются слезливость, отчуждение, апатия, потеря веса, нарушение сна, общее замедление развития. Хотя Спитц связывал эту депрессию с отсутствием "материнской заботы" и возможности сформировать привязанность, вероятно также, что здесь играют роль и другие факторы, связанные с физическими заболеваниями и эмоциональными и сенсорными депривациями. Эмоциональная депривация – отсутствие (обычно в раннем возрасте) межличностного и/или социального общения. Сенсорная депривация - уменьшение или отсутствие внешней информации или возможности ее восприятия, обычно приводит к психологическим и поведенческим расстройствам.

Дети первых лет жизни с анаклитической депрессией через 3-4 недели после внезапного отрыва от матери становятся плаксивыми, боязливими, раздраженными, у них нарушаются сон, аппетит.

В младенчестве, во время особой зависимости ребенка от матери, депрессия выражается комплексом симптомов: пониженным настроением, нарушением моторики, соматовегетативными проявлениями в виде нарушения пищеварения, сна, повышением температуры тела вплоть до остановки в психомоторном, речевом и физическом развитии. Ребенок до полутора-двух лет может выглядеть унылым, пассивным и безразличным. Депрессия у малышей, воспитанных в детских домах, имеет внешние признаки, аналогичные тем, которые обнаруживаются при депрессивных состояниях у взрослых людей. У детей раннего возраста бывает боязливо-печальное настроение, сопровождающееся долгим плачем. Снижается активность ребенка, нет продуктивности в играх и занятиях, дети производят впечатление аутичных, хотя на самом деле аутизма у них нет.

Очевидным является и то, что подобные симптомы могут иметь место у детей, воспитанных не только в детских домах, а в тяжелой атмосфере неблагополучных семей, где мать страдала депрессией, не уделяла ребенку достаточно времени, мало общалась с ним или применяла к нему физическую силу.

Отличительными особенностями депрессии младенческого и раннего возраста являются нарушения поведения в диаде «мать-дитя» и сопутствующий депрессии общий психический дизонтогенез по дефицитарному, искаженному, диссоциированному или задержанному типу. Матери, перенесшие постнатальные депрессии

имеют трудности, надлежащим образом реагировать на своих детей. Качество взаимоотношений в диаде «мать-дитя» зависит от способности матери реагировать на своего ребенка с помощью подсказок, которые являются преимущественно невербальными.

Материнская депрессия до беременности, в послеродовой период и в течение первого года жизни ребенка представляет сложный период и увеличивает риск возникновения аффективных нарушений у детей, трудности в обработке позитивной мимики младенцев, влияет на качество взаимодействия матери и ребенка в первый год жизни и на поздние проблемы в поведении. У детей, выросших в такой семейной обстановке, могут наблюдаться расстройства сна, потеря аппетита, чрезмерная привязчивость, а также могут возникать состояния тревожности, плаксивость и уныние. Поэтому важно раннее выявление, предотвращение и вмешательство.

Депрессии, развивающиеся в условиях депривации (анаклитические), сопровождаются дефицитностью как положительных, так и отрицательных эмоций, при сохраняющейся аффективной лабильности. Они характеризуются отсутствием суточной циркадности, нарушением функции общения в виде проявлений парааутизма, снижением интереса к взаимодействию с окружающими, задержкой психоречевого развития, наличием двигательных стереотипий, замещающих непосредственное сенсорное взаимодействие. Депривационные депрессии характеризовались пролангированным течением и склонностью к рецидивированию, вызывая снижение толерантности младенцев в условиях депривации к обыденному стрессу.

Существует клинико-динамическая зависимость депрессий младенческого и раннего возраста от конституционально-наследственной предрасположенности и характера социально-средовых воздействий.

Депрессивные расстройства у младенцев с последствиями перинатальной энцефалопатии (ПЭП) развиваются по реактивному механизму и характеризуются кратковременностью и лабильностью психопатологических проявлений, частотой возникновения повторных депрессивных состояний, развивающихся также по реактивным механизмам при нарушении детско-материнских взаимодействий. Особенности клинической картины депрессий у детей раннего возраста являются эмоциональные нарушения с выраженным дисфорическим компонентом, аффективная возбудимость, агрессивность с разрушительными тенденциями, обусловленные влиянием

резидуально-органического фактора.

Наиболее прогностически благоприятны депрессии у младенцев с ПЭП. Рецидивирующие депрессивные реакции у младенцев с последствиями перинатальной энцефалопатии, имеют своим следствием облегчение формирования патологических поведенческих стереотипов и образование повышенной уязвимости к повседневным стрессовым воздействиям. Прогностически наименее благоприятны депрессивные младенцы из условий депривации. Повторные депрессии, развивающиеся в младенческом возрасте на фоне уже имеющегося дефицитарного дизонтогенеза, не только усиливают его проявления, но и способствуют формированию нейрокогнитивного и эмоционального дефицита. Конституциональная предрасположенность к эндогенной психопатологии ассоциируется с повышенным риском развития эндогенных заболеваний в более старшем возрасте.

Для депрессивных состояний, развивающихся у больных с высоким риском по эндогенному заболеванию типично аутохтонное начало, с циркадностью самочувствия и поведения, стойкой гипотимией и с выраженным апатическим, тревожным или меланхолическим аффектом, что позволяет относить их к кругу эндогенных депрессий. При эндогенных депрессиях депрессивные проявления редуцировались до субклинического уровня при сохранении тенденции к аутохтонному рецидивированию повторной депрессии той же структуры.

Динамика анаклитической депрессии различна. Иногда возобновление контактов с матерью или заменяющим ее лицом приводят к постепенному исчезновению депрессии. В иных случаях, несмотря на хороший уход, у детей замедляется развитие, они часто болеют инфекционными заболеваниями, становятся замкнутыми, апатичными. В отдельных случаях нарастает физическая истощенность, резкая заторможенность, остановка психического развития.

Симптомы аффективных расстройств у дошкольников, как правило, не слишком явные, «кричащие». И родителям, естественно, их трудно заметить. Если взрослые в депрессии чрезмерно подавлены, то дети могут не походить на слишком грустных. Малыши привычно функционируют весь день.

У дошкольников депрессия проявляется не одинаково, в отличие от старшего детского возраста. Типичное равнодушное отношение к радостям жизни заменяется неспособностью ребенка получать удовольствие от игрового времени с отсутствием радости от игр и забав, возврат к старым игрушкам, видение мира в мрачных тонах

(Remschmidt H, 2003).

Подавляющее большинство детских депрессий – скрытые, когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо физическое заболевание. У детей в более чем 60% случаев начинается что-то болеть. Это происходит потому, что ребенок ещё не умеет осознавать собственные чувства и эмоции, поэтому эмоции, не проходя стадию анализа, мгновенно выражаются через уже развитые системы организма – двигательную систему, систему пищеварения. На первый план скрытых депрессий у детей выступают вегетативные расстройства – нарушения сна, аппетита, повышение температуры, жалобы на боли в разных частях тела, похожие на соматическое заболевание («болит живот»). Очень часто эти симптомы расцениваются как настоящие болезни. Например, боли, спазмы и жжение в желудке называют гастритом, нервный кашель и одышку причисляют к астме. Но если после всех обследований выясняется, что клинические показатели в норме, то стоит задуматься об иных причинах диагнозов.

Отличить скрытую депрессию от другого заболевания можно. Изменяется внешний вид, эмоциональные реакции и характер ребенка. На вид он становится бледным, понурым, подавленным, с грустным и беспокойным взглядом. Нет оживления при встрече со знакомыми людьми (воспитателями, родителями, друзьями), нет интереса к игрушкам и играм. Характер меняется на полярный (общительный и открытый ребенок становится замкнутым; мягкий и добрый – злым и агрессивным). Ребенок плохо спит (долго засыпает, часто просыпается, видит кошмарные сны, ходит во сне). Боли, на которые жалуется ребенок, не проходят после приема лекарств, зато исчезают при положительных эмоциях и переключении на интересные объекты и явления. Появляются страхи и беспокойство за своё здоровье, страх смерти, по утрам ребенок вял и заторможен, по вечерам нарастают страхи темноты, животных, одиночества и жалобы на боли в теле.

В дошкольном возрасте, депрессия характеризуется расстройством настроения и двигательной активности, снижением инициативности. Дети стремятся к одиночеству, у них появляются приступы немотивированного плача, агрессивность, иногда возникает непроизвольное мочеиспускание (энурез) и выделение кала (энкопрез), возникают страхи, возникают тревожные состояния, вызванные неоправданными опасениями разлуки и одиночества. Дошкольник может казаться ушедшим в себя и заторможенным.

Дети дошкольного возраста, страдающие депрессией, могут казаться угрюмыми и печальными. Им обычно недостает богатства фантазии, живости и энтузиазма в игре, которые характерны для большинства детей этого возраста. Они могут проявлять чрезмерную привязчивость и вечно хныкать около матери.

Кроме того, их очень огорчает, когда что-то делается не так, как они хотят. Депрессивные дети дошкольного возраста становятся раздражительными без видимых на то причин. У них могут отмечаться негативные и самоуничижительные высказывания. Хотя они выглядят печальными, но зачастую не склонны рассказывать о своем внутреннем состоянии. В клинической картине на первый план выступают признаки депрессии: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, повышенная слезливость и плаксивость по малейшему поводу, повышенная чувствительность и жалостливость. «Вектор вины» у детей направлен на недовольство родителями с высказываниями массы претензий и упреков, сомнений в любви родителей.

Замечание или недовольство родителей провоцирует приступы двигательного беспокойства, плач, угрозы вплоть до демонстративных суицидальных попыток. Может быть и пассивная подчиняемость, исключительная примерность в поведении.

Для дошкольников и младших школьников типична боязливая депрессия. В этом возрасте страх – универсальная форма реагирования. Дети становятся беспокойными, говорят о страхе за свою жизнь и жизнь близких людей. Страхи обычно усиливаются к вечеру, сочетаются с тревогой и тоской, дети с трудом засыпают, сон прерывистый с устрашающими сновидениями. При этой форме депрессии дошкольники выглядят чаще заторможенными, слезливыми.

К типичным проявлениям депрессии у дошкольников относят сниженное, грустное настроение, ангедонию, проблемы с аппетитом, весом, сном, снижение активности и энергичности, низкую самооценку, трудности при концентрации, фигурирование темы смерти и суицида в играх и разговорах, частый плач. Ангедония – один из специфических критериев для детей, самым «чутким» симптомом является раздражительность или печаль у дошкольников, страдающих депрессией.

Соматизация и регрессия, в прошлом считавшиеся характерными признаками депрессии у дошкольников, тоже часто имеют место, но их диагностическая значимость стоит после типичных проявлений депрессии. Таким образом, диагноз депрессии у дошкольников,

как и у взрослых, лучше всего ставить при наличии явных диагностических маркеров и ангедонии, как специфической возрастной особенности. Несмотря на общность клинических проявлений в данных возрастных категориях, имеются различия.

В табл. 1 приведены основные различия в проявлении депрессий в данном возрастном периоде.

Депрессия у детей в возрасте до 7 лет менее четко выражена и не так легко распознается, как депрессия у младших школьников и у подростков (Cantwell, 1990). Однако очень важно распознать симптомы у маленьких детей, поскольку менее выраженные симптомы младшего возраста могут развиваться в депрессивные расстройства в старшем детском возрасте или в юности. Детская скрытая депрессия особенно опасна тем, что может надолго затормозить психическое и социальное развитие малыша, оставшись незамеченной родителями и врачами. Поэтому так важно чутко и своевременно замечать изменения в характере и реакциях малыша.

Не существует специфического признака, который обнаружился бы у всех детей в пределах какой-то отдельно взятой возрастной группы или был бы характерен для какого-то определенного периода развития. Симптомы сниженного настроения не возникают до тех пор, пока дети не становятся старше, а депрессия не начинает ясно распознаваться как клиническое заболевание.

2.2. Клиническая картина депрессивного расстройства у детей школьного возраста

В дополнение к симптомам, наблюдающимся у детей младшего школьного возраста, школьники средней школы, страдающие депрессией, проявляют повышенную раздражительность, у них проявляется деструктивное поведение, вспышки гнева и драчливость. По признанию родителей, такого ребенка "ничто не радует, он ненавидит себя и все, что его окружает". Физические жалобы, возникающие у детей школьного возраста, выражаются в потере веса, головных болях и нарушениях сна.

Общие трудности, которые приходится испытывать таким детям, связаны с учебой и взаимодействием со сверстниками, что подразумевает частые драки и жалобы на отсутствие каких-либо друзей или на то, что ребенка дразнят. Начиная с этого возраста, могут случаться попытки суицида.

Таблица 1

Клинические особенности проявлений депрессии у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста

Возраст / Основные синдромы	Ранний возраст (0-3 года)	Дошкольный возраст (4-6 лет)	Младший школьный возраст (7-9 лет)
Аффективный	Пониженное, унылое, пассивное, безразличное, боязливо-печальное настроение, долгий плач.	Неспособность получать удовольствие от игр и забав, возврат к старым игрушкам, видение мира в мрачных тонах, бледный, попуристый, подавленный, грустный взгляд.	Повышенная раздражительность, низкая самооценка, самообвинения, чувство печали и уныния, потеря интереса и удовольствия от занятий, колебания настроения от глубокой печали до внезапных вспышек ярости; безрадостность, тревога.
Соматовегетативный	Нарушения пищеварения, сна, повышение температуры тела.	Нарушения сна, аппетита, боли в разных частях тела, («боли в животе»), спазмы и жжение в желудке, нервный кашель, одышка), непроизвольное мочеиспускание (энурез) и выделение кала (энкопрез).	Потеря веса, головные боли, нарушения сна, включая бессоницу или, наоборот, постоянное желание спать.
Интеллектуально-мнестический	Нарушение моторики, вплоть до остановки в психомоторном, речевом и физическом развитии.	Регресс в психомоторном развитии, трудности при концентрации внимания.	Трудности в учебе после периода хорошего обучения, усталость и недостаток энергии для поддержания обычной активности.
Поведенческий	Сниженная активность, поведение по типу аутистического, отсутствие продуктивности в играх.	По утрам вял и заторможен, по вечерам нарастают страхи темноты, животных, отсутствие инициативности, снижение активности и энергичности, стремление к одиночеству, приступы немотивированного плача, агрессивность, проявляют чрезмерную привязчивость, хныкают около матери.	Деструктивное поведение, вспышки гнева и драчливость, ребенка "ничто не радует, он ненавидит себя и все, что его окружает, отгороженность от семьи, отсутствие друзей, трудности взаимодействия с одноклассниками, прогулы в школе, могут случаться попытки суицида

Кроме симптомов, характерных для детей младшего возраста, у 7-10-летних школьников, находящихся в депрессивном состоянии, развивается низкая самооценка, начинают преобладать самообвинения, постоянное чувство печали и уныния, и возникают трудности в социальном взаимодействии («социальная заторможенность»). Ребенок может говорить: «Я – тупой» или «Мне никто не нравится». Такие дети отгораживаются даже от собственной семьи. У ребенка может развиться бессонница или, наоборот, чрезмерное желание спать.

Печаль не является очевидным признаком депрессии у школьников. К типичным ее признакам у них относится скука, потеря интереса и удовольствия от вещей, ранее их доставлявших; жалобы на практически постоянную усталость и недостаток энергии для поддержания обычной активности; раздражительность и колебания настроения от глубокой печали до внезапных вспышек ярости; неудовлетворенность, прогулы в школе и избегание школьных мероприятий, соматические жалобы, не имеющие медицинского объяснения. При прямых расспросах такие дети могут сказать, что несчастливы или грустны. Депрессия у них часто диагностируется на поздних стадиях, так как большинство симптомов не имеют внешнего проявления и выявить их трудно (тревога, трудности с вниманием). Сочетание поведенческих проблем с плохой концентрацией может наводить на ошибочную мысль о расстройстве с дефицитом внимания и гиперактивностью.

У детей школьного возраста периодический спад работоспособности в сочетании с раздражительностью, робостью, неуверенностью, незаинтересованностью в учебе и играх сочетается с приступами плача и ощущением безрадостности существования. Ребенок младшего школьного возраста может обнаруживать агрессивность и склонность к созданию конфликтных ситуаций.

Клинические проявления депрессии у детей раннего, дошкольного и школьного возраста имеют сходные проявления, так как они находятся в близких по проявлениям возрастных периодах нервно-психического реагирования, переходя из одного возрастного периода в другой, эти проявления усугубляются другими симптомами, например, у детей раннего возраста на первый план выступают соматовегетативные проявления, которые маскируют собственно аффективные симптомы. На втором этапе нервно-психического реагирования (4-7 лет) к уже имеющимся соматическим симптомам присоединяются поведенческие нарушения, характеризующие данный возрастной

период, которые выступают на первый план и также перекрывают собственно аффективные нарушения. Младший школьный период характеризуется сложностью социальной адаптации и прежде всего – началом школьного обучения, который затрагивает все сферы психической деятельности ребенка: эмоциональный, поведенческий, соматический. В этом возрасте преобладает аффективный уровень.

Когда был признан факт существования депрессии у детей, появилась одна общераспространенная точка зрения, согласно которой депрессия у детей выражается не так, как у взрослых, часто не прямым, а скрытым образом. Эти взгляды нашли выражение в концепции замаскированной депрессии.

Считалось, что фактически любой известный клинический симптом у детей, включая гиперактивность, дефицит внимания, проблемы с обучением, агрессию, ночное недержание мочи, тревожность, связанную с одиночеством, нарушения сна и уходы из дома можно рассматривать как признак замаскированной депрессии (Cenyon&McKnew, 1974). Эта концепция принимала во внимание слишком много разных факторов, для того, чтобы ее можно было применять на практике, поэтому, несмотря на свою популярность, она была отвергнута.

Депрессия у детей не замаскирована, а, скорее, может проходить не распознанной, поскольку она часто сопровождается другими, более заметными нарушениями, например, поведенческими расстройствами и соматовегетативными проявлениями.

Соматические симптомы в виде общего недомогания, различных аллергий, расстройств пищеварения, нарушений аппетита, астенизации свойственны депрессивным детям и подросткам младшего пубертатного возраста (до 12 лет). Наряду с такими малодифференцированными признаками изменения общего состояния довольно явственно меняется и поведение детей: прежде вполне общительные, живые и разговорчивые, они становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям и играм, жалуются на скуку и усталость и крайне редко – на грусть или тоску.

У школьников чаще встречаются ступидные депрессии – депрессивное состояние, в котором преобладающей является идеаторная заторможенность (замедленность и затрудненность мышления) при отсутствии или слабой выраженности торможения в сфере моторики и стертости депрессивного аффекта.

У школьников при депрессии этого типа отмечается резкое па-

дение успеваемости, связанное с утратой способности к восприятию новых сведений, субъективным ощущением потери памяти, затрудненности воспроизведения нового материала и сосредоточения внимания. При выраженном и длительном характере ступидной депрессии возникает так называемая депрессивная псевдодебилность, имитирующая умственную отсталость (олигофрению). На этом фоне появляются не резко выраженные идеи несостоятельности, самоуничижения, сенситивные идеи отношения, страх школы, иногда с полным отказом от ее посещения. Несостоятельность в учебе нередко является поводом для обращения к психиатру для решения вопроса об уровне интеллекта и рекомендации посещения вспомогательной школы.

В некоторых случаях кратковременные (продолжительностью 2-3 недели) ступидные депрессии не успевают вызвать школьной дезадаптации и выявляются ретроспективно при возникновении более тяжелых и длительных психических расстройств. При этом последующие депрессии, оставаясь ступидными, приобретают все более выраженные черты «интеллектуального краха» за счет углубления симптомов нарушения мышления.

Выделение формы «псевдодебилность» совпадает наблюдениями о том, что депрессия детей раннего школьного возраста часто выражается внешне в беспричинно наступающем снижении способности к обучению, повышенной утомляемости, несостоятельности в учебе. Осмысление школьного материала становится непосильным, требует все большей затраты сил и времени, ночных занятий.

Основными критериями, способствующими отграничению ступидных депрессий от умственной отсталости, являются признаки своевременного, гармоничного интеллектуального развития ребенка в дошкольные годы. Внезапная и необоснованная утрата способности к обучению, повторяемость состояний «псевдодебилности», чередующихся с периодами возврата к прежним возможностям восприятия и воспроизведения нового, постепенное углубление несостоятельности в учебе (при многолетних или частых ступидных депрессиях), неравномерность запаса знаний, а также множественная фрагментарная аффективная симптоматика с суточными колебаниями настроения, сезонностью и пульсацией интеллектуальных возможностей.

Также у детей школьного возраста депрессия может проявляться с атипичными симптомами, по типу динамической, встречаю-

щейся во всех возрастных группах. Школьники жалуются на усталость, утомление, нежелание приступить к занятиям и играм, у них пропадают прежние интересы, немного снижается успеваемость в школе, так как нарушается внимание, ребенка приходится постоянно стимулировать, фиксировать на работе. Больные в основном не отмечают затруднений в движении, могут быстро ходить и бегать, но отсутствует желание играть, заниматься спортом, выходить на улицу.

Несмотря на то, что успеваемость падает незначительно, неожиданным для родителей оказывается отказ от посещения школы. Оставаясь дома, дети проводят время в бездельи, не могут себя занять. Нередко в утренние часы появляется сонливость являющаяся дополнительным препятствием для школьного обучения, в вечерние часы возникают эпизоды, окрашенные тревожно-боязливым аффектом, тревога, страхи, могут возникать истерические реакции по незначительному поводу или имеющие связь со значимым реактивным фактором, но в целом к вечеру дети становятся оживленнее, активнее, целенаправленнее, эмоциональнее. Адинамические депрессии отмечаются во всех возрастных группах. Наиболее распространенными они являются при шизофрении, реже адинамическая депрессия встречается в рамках циклотимии. Для адинамической депрессии в рамках шизофрении характерны эпизоды немотивированного страха, идеи отношения, элементарные идеи преследования (Иовчук Н.М., 1983).

Еще одним атипичным проявлением является астеноподобная депрессия, при которой на первый план выступает утомляемость, истощаемость, раздражительность в связи, с чем такую депрессию можно спутать с астенией. Дети обидчивы, плаксивы, жалуются на усталость, непереносимость шума, яркого света, слабость, головные боли, ухудшение памяти. Эти расстройства не носят истинно астенического характера, они связаны с суточными колебаниями настроения при депрессии, проявляющейся наиболее выражено в утренние часы. Во второй половине дня тот же ребенок обладает нормальной или даже повышенной работоспособностью, хорошей памятью.

Астеноподобные депрессии детей сопровождаются снижением аппетита, нарушениями сна (трудностями засыпания, прерывистостью, чуткостью сна, отсутствием чувства сна). Собственно расстройства настроения аморфны и неустойчивы (неудовлетворенность, подавленность, беспокойство), дети их могут отрицать, в крайних случаях жаловаться на скуку. Нередко при астеноподобных депрес-

сиях возникают очерченные состояния с дисфорической окраской настроения, наступающие в основном при неблагоприятных ситуациях (как правило, в ответ на замечания, порицания, нравоучения родителей и педагогов). Такими же фрагментарными являются идеи заброшенности и сензитивные идеи отношения. В стационар подобные дети поступают с диагнозами астении, неврастении, задержки психического развития, т.к. у них часто возникают проблемы с обучением.

Дети, страдающие депрессией, чаще представляются, как плачущие или тихо всхлипывающие вдали от всех, в полном одиночестве у себя в комнате, но в действительности многие дети проявляют свое депрессивное состояние совершенно по-другому.

Напротив дети, с депрессивным расстройством, могут быть раздражительными или капризными, расстраиваться по любому незначительному поводу, например из-за потери какой-нибудь мелкой детали одежды (такой как пуговица). Они могут часто спорить, подвержены резкой смене настроений, бывают плаксивыми, что вызывает большие трудности в общении с ними. Плохое настроение у таких детей может приводить к приступам гнева или вспышкам ярости; что вызывает раздражение у других людей и может сделать ребенка отверженным среди сверстников. С помощью такого поведения ребенок пытается избежать своих болезненных переживаний, связанных с депрессией.

Депрессия школьного возраста наиболее для диагностики. Она выражается в соматовегетативных и двигательных нарушениях. В одних случаях преобладают вялость, пассивность, апатия, в других – тревога, беспокойство. Наблюдаются расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез, сенестопатии, жалобы на неопределенные боли в разных органах. Депрессивность проявляется в страдальческом выражении лица, тихом голосе. О настроении эти дети говорят, что оно плохое, но не уточняют его, четких депрессивных высказываний нет, в семье они бывают грубы, агрессивны, непослушны, что уводит мысль от диагноза депрессии.

Сама депрессия маскируется детскими капризами и соматическими жалобами. По мнению Н. М. Иовчук (1983) депрессиям этого возраста свойственна насыщенность клинической картины множественностью расстройств, часто незавершенных синдромально и фрагментарных. В зависимости от основной симптоматики выделяет еще варианты депрессий этого возраста: соматизированная и анестети-

Таблица 2
Отличительные особенностисновных вариантов депрессий
у детей школьного возраста

Синдромы Варианты депрессий	Аффективный	Сомато вегетативный	Интеллектуальный	Поведенческий
Ступидная (депрессивная «псевдодобильность»)	Суточные колебания настроения, не резко выраженные идеи несостоятельностисамоуничтожения, чувствительные идеи отношения, депрессивный фон настроения неярко выражен	Расстройства пищеварения, боли в животе.	Внезапный «интеллектуальный крах»: замедленность и затрудненность мышления, потеря памяти и сосредоточения внимания, резкое снижение способности к обучению, повышенная утомляемость, несостоятельность в учебе, осмысление школьного материала, требует большей затраты сил и времени, ночные занятия, депрессивная псевдодобильность, имитирует умственную отсталость (олигофрению).	Страх школы, иногда с полным отказом от ее посещения.
Динамическая	Отказ от прежних интересов, сонливость в утренние и тревога в вечерние часы, страхи, истерические реакции по незначительному поводу.	Общее недомогание, аллергии, нарушения аппетита, астенизация.	Усталость, утомление, нарушение внимания нежелание приступить к занятиям и играм снижение успеваемости	Отказ от посещения школы, дома проводят время в бездельи, не могут себя занять.
Астеноподобная	Раздражительность, обидчивость, плаксивость, непереносимость шума, яркого света расстройства связаны с суточными колебаниями настроения в утренние часы. во второй половине дня нормальная или повышенная работоспособность, хорошая память.	Слабость, головные боли, снижение аппетита, нарушения сна	Утомляемость, усталость истощаемость, ухудшение памяти, проблемы с обучением	Поведение меняется с общительного, на одиночество, замкнутость.

ческая.

Соматизированная (маскированная, вегетативная, ларвированная) депрессия характеризуется симптомокомплексом, в котором на первый план выступает малосимптомная или полиморфная, соматовегетативная симптоматика, имитирующая первичную соматическую патологию, маскирующая собственно депрессивные проявления.

Возникающие соматические жалобы, соматоалгический синдром приводят к тому, что дети попадают к психиатру далеко не сразу, лечатся у педиатров, хирургов. Но и при обращении к психиатру депрессия бывает распознана не сразу, выставляются различные диагнозы. У некоторых детей, уже находившихся под наблюдением психиатра, соматизированные депрессии возникают на фоне очерченных депрессивных расстройств или другой психической симптоматики. Жалобы на неприятные и болезненные ощущения в различных частях тела отмечаются в большинстве депрессий, но к соматизированным относятся лишь часть, а именно депрессии, в которых патологические телесные ощущения настолько выражены и массивны, что на долгое время заслоняют собой собственно депрессивную симптоматику.

Неприятные, порой невыносимые телесные ощущения, боли, вегетативные и псевдоневрологические расстройства нередко сопровождаются ипохондрической фиксацией и астеноподобными нарушениями. Жалобы на физическое неблагополучие имеют различные оттенки: они или крайне однообразны, ограничены единственной, устойчивой, не исчезающей жалобой, или множественны, противоречивы и изменчивы.

По характеру преобладающих жалоб соматические "маски" детских депрессий в основном делятся на желудочно-кишечные, неврологические, сердечно-сосудистые, инфекционно-аллергические, дыхательные, кожные, смешанные. В связи со стертостью, недостаточной дифференцированностью депрессивного аффекта и недостаточностью словесного отчета ограничение указанных "масок" у ребенка от жалоб, обоснованных органическим поражением внутренних органов, является затруднительным. Наряду с особенностями телесных ощущений и фиксацией ребенка на своем состоянии здоровья к специфическим свойствам детских соматизированных депрессий относится склонность к возникновению очерченных приступообразных состояний с усилением неприятных телесных ощу-

щений и вегетативных расстройств, сопровождающихся тревогой, но чаще - страхом смерти с беспокойством или скованностью и обездвиженностью.

Повторные депрессивные состояния обнаруживают ослабление сомато-вегетативного компонента и появление собственно аффективных расстройств, в основном тоскливых или дисфорических.

Анестетическая депрессия протекает с преобладанием *anaesthesia psychica dolorosa* (психической анестезией, чувством болезненного бесчувствия, характеризующегося утратой чувств, в том числе любви к близким, радости, печали, ужаса, исчезновением возможности сопереживания, сострадания, эмоционального резонанса, сопровождающихся мучительным переживанием своей эмоциональной измененности). Анестетическая депрессия возникает редко в детском возрасте, ее проявления совпадают с началом подросткового возраста.

Таким образом, в зависимости от возраста клиническая картина депрессивных расстройств у детей проявляется по-разному, ее проявления определяют психопатологические возрастные особенности с преобладанием соматовегетативных и поведенческих нарушений, зачастую маскирующие аффективную симптоматику, что вызывает затруднения в диагностике и лечении.

РАЗДЕЛ 3. ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

Подростки по-разному проявляют и переживают депрессию, они могут испытывать чувство вины и отчаяния. Чем ближе к пубертатному возрасту, тем отчетливее выступают дисгармоничность, склонность к замкнутости, не характерное ранее для ребенка мудрствование на «взрослые» темы. Депрессии у подростков имеют особенности, связанные с психопатологией развития (Rutter, 1986).

- Депрессивные колебания настроения в подростковом возрасте становятся более частыми и связаны с пубертатными процессам.
- Половое соотношение депрессий в юношеском возрасте изменяется: в пубертатном периоде преобладают мальчики, после завершения – девочки.
- В подростковом периоде более выраженные и продолжительные реакции горя как переживания утраты.
- Суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершенные суициды и учащаются у подростков.
- Психопатологическая картина депрессий проявляется в виде «масок», характерных для подросткового возраста.

Существует концепция «внутренних свойств, качеств поведение» (Liu J, Chen X, Lewis G., 2011), которая отражает эмоциональное или психологическое состояние и включает в себя депрессивные расстройства, расстройства тревоги, соматические жалобы и самоубийства среди подростков.

3.1 Клинические особенности проявлений депрессий у подростков

В среднем подростковом возрасте, по мере продвижения из начальной в среднюю школу, где усложняется программа и появляется большое количество учителей – предметников, приходится нередко наблюдать депрессии, замаскированные проявлениями школьной фобии. Здесь патологическое состояние определяется нарастающей идеаторной заторможенностью, которая постепенно блокирует способность подростка осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти. В немалой степени статус определяется и коммуникативными расстройствами.

Коммуникативные проблемы вообще свойственны подросткам. В этом возрасте каждый человек испытывает затруднения при по-

пытке вербально выразить свои чувства и переживания, что практически не зависит от интеллектуального уровня и запаса активной лексики. Коммуникативные затруднения являются одной из ключевых проблем эмоциональной жизни подростка, проявлением тревоги и недостаточностью самовосприятия.

Способность к общению составляет в полной мере ведущую деятельность для подростка, а нарушения коммуникаций переживаются им особенно болезненно. У подростка 12 – 14 лет академическая неуспеваемость и нарушения школьной дисциплины нередко маскируют депрессивное состояние. Ответные меры школы и родителей убеждают подростка в его собственной никчемности и несостоятельности, вызывают и фиксируют у него страх порицания и зачастую приводят к тотальному отказу от школы.

Не менее часто приходится сталкиваться в этой возрастной группе с девиантным поведением, маскирующим депрессию у подростка. Это, пожалуй, наиболее сложная для своевременной диагностики маска. Родители, учителя и врачи общей практики зачастую не сознают, что развязный, раздражительный до злобности, пропадающий по подвалам и подверженный всем уличным соблазнам подросток нуждается не в наказании, а в лечении, поскольку в основе его отклоняющегося поведения – депрессия, с рухнувшей самооценкой, ощущением одиночества и безысходности, тоской и тревогой, страхом наказания.

В старшем подростковом возрасте депрессия нередко оформляется проявлениями метафизической интоксикации, наиболее ярко очерченными у подростков психастенического и шизоидного склада. Переживания смысла утраты, «экзистенциальный вакуум», свойственны молодости. Депрессивный подросток склонен рассматривать эту вполне глобальную проблему как свою личную драму.

Размышления о смысле жизни и смерти приобретают самодовлеющий характер, превращаются по сути дела в навязчивое и бесплодное мудрствование, лишают подростка способности к продуктивной интеллектуальной деятельности в тот жизненный период, когда это особенно важно и необходимо (16 – 18 лет). Молодые люди становятся одинокими и отрешенными, постепенно нарастает дезадаптация, приводящая нередко к полному социальному краху.

Проявления депрессии различны: наряду с типичным меланхолическим встречаются другие депрессивные синдромы, описанные А. Е. Личко (1979): делинквентный, ипохондрический, астенопати-

ческий варианты.

Психопатология меланхолического варианта приближается к таковому у взрослых. Чаще, чем у детей, возникают суицидные мысли, но осуществляются реже, чем взрослыми, сохраняется какое-то чувство недозволённости подобного действия (в отличие от депрессий при шизофрении, где суицидальные попытки чаще и опаснее, продуманнее). Сохраняется выраженность вегетативных проявлений: частый пульс, повышение артериального давления, головные боли, поверхностное дыхание, время от времени прерываемое глубокими вздохами, чувство нехватки воздуха.

Делинквентный вариант труден для диагностики, так как подростки редко бывают откровенны, упорно отрицают угнетённое настроение, совершают асоциальные поступки, один тяжелее другого, агрессивно относятся к близким, порывают с друзьями, тянутся к уличным асоциальным компаниям. При этом они не получают удовольствия от своих поступков, имеют угрюмый вид, свои похождения прерывают периодами бездействия, с мрачным выражением лица неподвижно лежат на диване, отвергая все попытки родителей узнать, что с ними происходит.

Как правило, и родные, и преподаватели расценивают эти состояния как возрастные изменения, не относятся к ним как к болезненным нарушениям, и не обращаются к специалисту. Не каждому врачу такой подросток откроет свое внутреннее состояние; лишь при очень хорошем контакте, возникшем доверии молодой человек, внезапно расплакавшись, сообщает о своем отчаянии, о представлении о себе как о самом плохом, неисправимом, никчемном человеке. Совершая правонарушения, он ищет наказания, и ему невмоготу от одиночества.

Делинквентный вариант в будущем может смениться типичными меланхолическими фазами. Таких подростков впервые посылают к психиатру люди, сами перенесшие депрессию. К сожалению, диагноз депрессии в подобных случаях не вызывает доверия окружающих, и если после лечения и хорошего светлого промежутка вновь начинается депрессивная фаза с делинквентными проявлениями, это не воспринимается как повторение болезни: опять принимаются воспитательные меры, а такие подростки опасны для себя, агрессивное поведение легко сменяется аутоагрессией, суицидными действиями.

Астенопатический вариант по А. Е. Личко начинается с затруднений в учебе. Из-за затруднений сосредоточения, ослабления

внимания, снижения психического напряжения уроки занимают все больше времени, подростки засиживаются до поздней ночи и все-таки не успевают все сделать. Начинаются рассуждения о том, что их способности куда-то исчезли, или их не было. Настроение безрадостное, но без тоски. Такие депрессивные фазы могут повторяться несколько раз, прежде чем депрессия примет типичную картину; часто они бывают сезонными, развиваются в период, когда от подростка требуется мобилизация сил (экзамены, от которых зависит социальное положение в течение нескольких лет).

Ипохондрический проявляется разнообразными жалобами на боли или неправильную функцию внутренних органов, в стремлении бесконечно обследоваться у врачей, даже если процедура этих обследований неприятна. Так может начинаться депрессия у подростков разных характерологических типов, но чаще она бывает при низком уровне интеллекта.

Среди депрессивных состояний, возникающих у подростков, встречаются реактивно обусловленные депрессии (Озерцовский С. Д., 1983). Несмотря на то, что началу этих депрессий предшествует психогения, а в переживаниях звучат реактивные моменты, в большинстве случаев эти депрессии повторяются (до 3 приступов), у части больных отмечается патологическая наследственность.

В подростковом возрасте наблюдаются также описанные у детей аналитические депрессии (Озерцовский С. Д., 1983). Они возникают при отрыве от привычной семейной среды, часто, когда подросток переезжает в другой город для учебы, поселяется в общежитие. Часть этих больных страдает БАР. Это доказывает как дальнейшее течение болезни, так и тщательные расспросы о прошлых переживаниях.

Одним из атипичных вариантов депрессии у подростков является астеноподобная депрессия, при которой на первый план выступают симптомы истощения, повышенной истощаемости, снижения активности, слезливости, с жалобами на физическое бессилие, утрату энергии. Изменения самоощущения часто имеют характерный для депрессии циркадный (суточный) ритм с большой выраженностью усталости и тягостного ощущения в утренние часы.

Проявления адинамической депрессии в подростковом возрасте имеют сходные черты, как и у детей, но отличаются тем, что в вечернее время подростки могут уходить из дома, идя в сомнительные компании, вовлекаются асоциальными сверстниками в правона-

рушения, оставаясь пассивно подчиняемыми и ведомыми. Именно нарушения поведения, а не депрессии являются частой причиной направления таких подростков к психотерапевтам и психиатрам.

Анестетическая депрессия начиная с подросткового возраста, имеет затяжной характер и чаще всего протекает с малой выраженностью или отсутствием болезненного компонента психической анестезии. Анестетическая депрессия в пубертатном периоде, как правило, возникает в рамках первого (манифестного) психоза приступообразной шизофрении. На протяжении одного приступа к анестетическим расстройствам со временем присоединяются другие более тяжелые психические расстройства.

Уныние, безучастность и раздражительность являются существенными факторами для диагностики депрессивного расстройства, поскольку многие из симптомов и форм поведения могут присутствовать у подростков с нормальным развитием, с другими заболеваниями или расстройствами. Кроме того, каков бы ни был возраст пациента, имеющиеся симптомы должны отражать изменения в поведении, присутствовать в течение длительного времени и вызывать значительное ухудшение состояния.

В последние годы описываются скрытые или «маскированные депрессии» депрессии у подростков, которые отличаются от делинквентного и ипохондрического вариантов депрессий по А. Е. Личко тем, что при них депрессивная симптоматика отодвинута на задний план и замаскирована нарушениями поведения или соматическими жалобами.

Для подросткового возраста характерны психопатоподобные проявления. При этом расстройства поведения могут быть настолько выраженными, что почти целиком скрывают симптомы депрессии. Поведение подростка рассматривают в рамках непатологических девиаций, требующих коррекционно-воспитательных мер воздействия. Формируется порочный круг: подросток провоцирует негативную реакцию родителей, учителей, сверстников, что, в свою очередь, усиливает его депрессивные переживания, оппозиционность по отношению к окружающим, снижая для него привлекательность положительного поведения и доброжелательных взаимоотношений. Нередко незначительные психогенные факторы (ссоры с родителями, одноклассниками, учителями; несправедливо, на взгляд подростка, поставленная плохая отметка) могут сыграть роковую роль, подтолкнув подростка к давно вынашиваемым суицидальным действиям.

Как правило, при маскированных депрессиях суициды неожиданные и непонятные для окружающих.

Под масками подростковых депрессий, рудиментарной, атипичной симптоматики скрывается трудность своевременной и адекватной диагностики, с вытекающей отсюда проблематичностью построения терапевтической тактики и стратегии реабилитации. Однако подростковая депрессия таит в себе и другой риск, в буквальном смысле слова – смертельный, совершения подростком попытки к самоубийству.

Суицидальное поведение встречается в подростковом возрасте так часто, что А.Е. Личко (1979) называл его «типично подростковой девиацией поведения». Еще В.К. Хорошко (1949) указывал на то, что всякий подросток наделен такими чертами характера, которые «по факту своего существования» предрасполагают его к самоубийству. В последние годы среди лиц юношеского возраста стремительно растет число суицидов, связанных с депрессией (Beautrais, 2000). Имеются в виду такие особенности пубертатного периода: эмоциональная лабильность, нередко – гипотимность, неустойчивая самооценка, трудности самоидентификации, коммуникативные проблемы, эгоцентризм, словом все то, что делает подростка легко уязвимым, очень ранимым и совершенно невыносимым для окружающих.

В юношеском возрасте совершаются разного рода суицидальные попытки, в значительной мере демонстративного характера. Обязательным условием истинного суицида подростка является наличие у него депрессии. Ранняя диагностика и комплексная терапия депрессии является единственной возможностью попытаться предотвратить повторение суицидальной попытки, а иногда и предупредить первичную, не допустить ее. Такая возможность становится реальностью, когда помощь подростку, страдающему депрессией с суицидальной опасностью, оказывается в амбулаторных условиях бригадой психиатра и психолога. Такую помощь необходимо организовать, по возможности не выключая его из активной жизни, прежде всего потому, что депрессия является необходимым, но единственным условием для истинного суицидального поведения.

Всегда есть обстоятельства в жизни подростка, в первую очередь в семье, составляющие сущность вторичной травматизации, нечто, сыгравшее роль «последней капли», послужившее, возможно, не причиной, но поводом к попытке самоубийства. Не включаясь в решение жизненных проблем пациента, нельзя рассчитывать на

успех терапевтических усилий, предпринимать их, отгородившись от реальности, вряд ли возможно. Лечебные мероприятия должны быть совокупными, к сотрудничеству нужно привлекать не только специалистов, но и родителей и других взрослых из ближайшего, значимого для подростка окружения.

Реальные и очень серьезные риски, сопутствующие подростковому депрессиям, заметно снижаются благодаря возможностям амбулаторной помощи, сотрудничающих друг с другом различных специалистов, а также адекватной терапии совершенствующимися психофармакологическими средствами.

В отличие от большинства детей и подростков, у которых настроения печали и грусти быстро проходят, те из них, которые страдают депрессией, не в состоянии избавиться от уныния, и оно начинает мешать их повседневной жизни, социальным взаимоотношениям, школьным занятиям и всей остальной деятельности. У подростков, страдающих депрессией, часто наблюдаются сопутствующие проблемы, такие как тревожно-депрессивный синдром и агрессивное или антисоциальное расстройство поведения.

Несмотря на то, что клиническая депрессия может иметь сходство с нормальными эмоциональными реакциями, свойственными детско-подростковому возрасту, у некоторых юношей она представляет собой тяжелое и длительное расстройство, которое отрицательно влияет на дальнейшую жизнь, а в некоторых случаях несет для нее угрозу. К сожалению, депрессия часто не распознается и не лечится, потому что родители и, в меньшей степени, учителя могут не увидеть, что за негативным настроением скрывается серьезное психическое расстройство.

Поскольку не все подростки имеют при этом печальный и унылый вид, родители и учителя зачастую не догадываются, что такое беспокойное поведение является признаком депрессии. Даже если подростки избавляются от своей депрессии, они переживают рецидивы болезненного состояния и продолжительные периоды ухудшения. Связанные с депрессией длительные негативные переживания, трудности, возникающие в повседневной жизни, повышенный риск злоупотреблений ПАВ и риском развития БАР.

У подростков 10-15 лет впервые возникшие депрессивные состояния проявляются уже характерной триадой симптомов, но с некоторыми особенностями. В этом возрасте юноши могут испытывать чувство тоски, но оно или сопровождается, или время от времени

сменяется дисфорическим состоянием. Они недовольны не столько собой, сколько окружающими; возникают социальная отгороженность в школьном коллективе, нарушения поведения с агрессивными проявлениями, которых не бывало прежде. Явная двигательная заторможенность обычно отсутствует. Продуктивная деятельность замедлена, общение затруднено, мимика застывшая, но в целом подросток подвижен. Утром собирается в школу, однако плохое настроение удерживает его от входа в класс; он бродит по коридорам, выходит на улицу, чтобы куда-то деться, идет в кино и сидит там сеанс за сеансом, пока время не позволит ему вернуться домой. Это – бегство из среды, где он привык быть жизнерадостным и веселым, бегство от необходимости делать волевые усилия, напрягаться психически, но внешне это выглядит как делинквентность и затрудняет постановку диагноза.

Специфика возраста выражается в частоте соматовегетативных проявлений с жалобами на головную боль, обостряются или возникают такие психосоматические заболевания, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение или резкое похудание. Отмечаются лабильность пульса, склонность к тахикардии, неопределенные болевые ощущения в области сердца при отсутствии его органического поражения. Второе отличие – поведенческие реакции, при этом они имеют отчетливые половые различия: у мальчиков проявляется стремление сорвать зло, разрядить душевное напряжение агрессивным поступком, у девочек обнаруживается сексуальная распушенность (Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986), протест против внутреннего дискомфорта выражается в асоциальных действиях.

У старших подростков усиливается раздражительность, теряется ощущение удовольствия, пропадает интерес к жизни и страдает учеба. Чаще обычного происходят ссоры с родителями по поводу обычных проблем, таких как выбор друзей или время возвращения домой вечером.

Другими симптомами, характерными для этого возраста, являются негативное представление о своих физических данных, заниженная самооценка и застенчивость, которые усложняют процесс взросления. Присутствуют следующие физические симптомы: чрезмерная усталость, упадок жизненных сил, потеря аппетита и нарушения сна. Подростки, страдающие от депрессии, испытывают одиночество, чувство вины, постоянно упрекают себя за что-то, у них

появляется ощущение собственной никчемности, мысли о суициде и его попытки. У подростков 15 – 18 лет БАР встречается чаще, чем у детей, но все-таки относительно редко, чем у взрослых. Заболевание чаще начинается с депрессивной фазы.

Наиболее частыми в пубертатном возрасте являются депрессии с ведущими расстройствами интеллектуальной деятельности, известными под названием "юношеской астенической несостоятельности".

Фундаментальным нарушением в этих случаях является неспособность к концентрации мыслей, отвлекаемость, не связанная с внешними обстоятельствами и в то же время не вызванная наличием доминирующей мысли, вытесняющей актуальное восприятие и усвоение. Это расстройство носит произвольный и неуправляемый характер, посторонние мысли воспринимаются иногда как насильственное вторжение.

Следующим по частоте симптомом идеаторного нарушения является затруднение понимания смысла. Слушая или читая, подросток понимает отдельные слова, фразы, но не может уловить их логическую взаимосвязь и соответственно понять целое, то есть происходит нарушение высшего познавательного синтеза. Реже встречаются "малые идеаторные автоматизмы" типа "обрывов" мыслей, "отключения" мыслей, параллельных, хаотичных и переплетающихся мыслей вплоть до полной неспособности к речевому контакту. Эти явления непостоянны, часто носят приступообразный характер, особенно в ситуациях, требующих быстрой сообразительности и имеющих повышенную мотивацию (контрольные, зачеты, экзамены). Как правило, такие приступообразные расстройства мышления сопровождаются выраженной тревогой и страхом "утраты разума".

Среди интеллектуальных расстройств нередко встречаются жалобы на нарушения памяти. Трудность воспроизведения в основном состоит в невозможности логически связать всплывающие в памяти отрывочные фрагменты, выстроить их в единую цепь, то есть и в данном случае речь идет не об истинном нарушении памяти, а о расстройстве ассоциативного процесса.

Динамика этих нарушений в связи с интеллектуальной нагрузкой может быть разной: они могут возникать в самом начале работы, могут нарастать по мере утомления, но все же у большинства больных умственная работоспособность улучшается в вечернее время, что прямо связано с общей закономерностью колебаний активно-

сти депрессивного подростка в течение дня. Нарушения мышления в большинстве случаев выступают на фоне снижения активности, энергии, повышенной умственной и физической утомляемости, снижения побуждений и сужения круга интересов.

Степень выраженности этих расстройств колеблется от легкой адинамии с чувством усталости, утратой интереса к учебе до ощущения полного физического бессилия, глубокой апатии, непереносимости даже незначительных физических и психических нагрузок. Подростки говорят о необъяснимом изменении своего характера, появлении странного безразличия или, напротив, несвойственной им раздражительности, нетерпимости вплоть до приступов злобы и словесной агрессии. Больные чувствуют себя лично измененными, утратившими внутреннюю энергию, побуждения, измененными физически - усталыми, слабыми.

Большинству подросткам во время депрессии свойственно нарушение сна, в первую очередь, засыпания, затруднения которого сопровождается неуправляемым потоком неприятных мыслей с характером ментизма. Длительный сон не уменьшает утренней вялости и разбитости. В некоторых случаях ночной сон не нарушен, но сонливость сохраняется на протяжении всего дня. Отношение подростков к своему состоянию обычно двойственно и неоднозначно. У них почти всегда отсутствует осознание болезни как патологического процесса, чуждого их психической и физической сущности. Самими подростками и их близкими эти состояния трактуются как усталость вследствие психоэмоциональных нагрузок, а иногда - как лень или проявление дурного характера. В этом одна из причин обращения к врачу спустя месяцы, а иногда и годы после начала депрессии.

Почти у всех подростков присутствует чувство собственной измененности и необычности своего самочувствия. Многие из них пытаются улучшить его с помощью различных физических упражнений, приема снотворных или тонизирующих средств, особого режима дня. При этом в виде приступов или постоянно существует страх утратить память, совсем перестать соображать. Очень часто возникает идея совсем освободиться от интеллектуальной нагрузки, бросить школу, найти чисто физическую работу. Порой подростки так и поступают, а попадают к врачу уже при запущенной учебе и угрозе отчисления из школы.

Депрессии у детей и подростков проявляются в рамках различных заболеваний: реактивных (психогенных), соматогенных, не-

вротических депрессий, патологически протекающего пубертатного криза с депрессивными включениями, эндогенных психических заболеваний – биполярного аффективного расстройства и циркулярной шизофрении.

Реактивная депрессия возникает в связи с острой тяжелой психотравмой, актуальной в детско-подростковом возрасте; соматогенная депрессия обусловлена тяжелым соматическим заболеванием, как правило, хроническим; невротическая является результатом длительно существующей, затяжной неблагоприятной жизненной ситуации. Эндогенные заболевания: шизофрения и БАР являются наследственно обусловленными, конституциональными, развиваются по своим внутренним механизмам, не связанным с внешними обстоятельствами, во всяком случае на отдаленных стадиях течения болезни.

До 90% подростков демонстрируют значительное ухудшение своего состояния, что делает депрессию одним из наиболее опасных заболеваний юношеского возраста, препятствующих нормальному развитию (Simonoffetal, 1997). У подростков с проблемами психического здоровья страдают образовательный процесс и большинство из них склонны запутаться в системах правосудия. Однако диагностика депрессий в подростковом возрасте затруднена частыми замаскированными картинками и депрессивными эквивалентами, из которых наиболее усложняют распознавание депрессии делинквентные варианты: расстройства поведения связанные с множеством пагубных результатов (подростки бросают школу, используют психотропные вещества и могут совершать самоубийства). Молодые люди из-за депрессивности не стремятся к откровенным беседам, а своими поступками они восстанавливают против себя даже близких. Часто мучительные переживания, скрывающиеся за фасадом асоциального поведения, становятся известными слишком поздно – после попытки самоубийства или ухода из дома.

3.2 Дистимии у подростков

Дистимическое расстройство протекает обычно в хронической форме, что типично для расстройств настроения, и растет число доказательств его существования у детей и подростков. У молодых людей, страдающих от дистимического расстройства, или дистимии, наблюдается депрессивное настроение большую часть времени, на

протяжении, по крайней мере, 1 года. Чаще всего такие пациенты бывают грустными или раздражительными. Несмотря на то, что симптомы приобретают хроническую форму, они менее выражены, чем у лиц с БДР.

Основные диагностические критерии, согласно Руководству DSM-IV, для определения дистимического расстройства:

А. Депрессивное настроение большую часть дня, на протяжении многих дней, отмечаемое как по субъективным ощущениям больного, так и по наблюдениям других людей, в течение, по крайней мере, 2-х лет.

Примечание: у детей и подростков в настроении может присутствовать раздражительность, а депрессивное состояние должно отмечаться, по крайней мере, в течение 1 года.

В. Наличие в депрессивном эпизоде двух (или более) следующих симптомов:

- 1) Плохой аппетит или переедание
- 2) Бессонница или чрезмерный сон
- 3) Упадок сил или чувство усталости
- 4) Заниженная самооценка
- 5) Плохая концентрация внимания или трудности с принятием решений
- 6) Чувство отчаяния

С. На протяжении 2-летнего периода (1 год для детей и подростков) проявления расстройства, отсутствие симптомов А и В должно длиться не более чем 2 месяца подряд.

Дети и подростки с дистимическим расстройством, характеризуются недостаточной регуляцией эмоций, у них преобладают чувства печали и одиночества. Им свойственны также самообвинения, низкая самооценка, тревожность, раздражительность и вспышки гнева. Некоторые из них могут испытывать двойную депрессию, когда тяжелый ДЭ накладывается на имеющееся дистимическое расстройство так, что у пациента присутствуют оба расстройства.

В связи с хронической природой дистимического расстройства возникает вопрос о том, является ли это состояние расстройством настроения или общим стилем поведения, характерным для данной личности. Можно описать таких людей, как унылых, мрачных и не способных ничему радоваться. Сходство между дистимическим расстройством и БДР у детей и подростков предполагает, что дистимическое расстройство представляет собой расстройство настроения, а

не стиль поведения, присущий данной личности.

В сравнении с БДР, дистимическое расстройство развивается в относительно раннем возрасте, обычно в 11-12 лет, приблизительно тремя годами ранее, по сравнению с БДР и может быть предвестником его развития, так как дистимия почти всегда предшествует тяжелой депрессии.

Дистимическое расстройство, возникшее в детском возрасте, имеет пролонгированное течение со средней продолжительностью эпизода 2-5 лет. По данным клинического исследования примерно половине подростков, страдающих этим расстройством, понадобилось больше 4-х лет для выздоровления. Продолжительность периода выздоровления зависела не от характера лечения, а от наличия сопутствующих поведенческих проблем. Дистимическое расстройство продолжалось примерно на два года дольше при условии сопутствующих поведенческих проблем (Kovacs et al., 1997).

Раннее возникновение и растянутое во времени течение делают дистимическое расстройство серьезной проблемой. Подростки, у которых дистимия развивается в возрасте около 9 лет, и которые выздоравливают четырьмя годами позднее, проведут больше 30% всей своей жизни и половину своих школьных лет в состоянии депрессии. Поскольку депрессия связана со многими учебными, когнитивными, семейными и социальными проблемами, такие длительные эпизоды дистимии могут оказать крайне пагубное воздействие на развитие.

Почти все дети и подростки в конце концов выздоравливают от дистимии. Но появляется чрезвычайно высокая вероятность возникновения у них других расстройств, главным образом БДР, тревожных расстройств (особенно тревожного расстройства, связанного со страхом одиночества) и поведенческие расстройства. У подростков, страдающих дистимией, к тому же наблюдается повышенный риск последующего развития БАР и расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Из числа детей, госпитализированных по поводу дистимического расстройства, 40% будут снова госпитализированы в течение первого года после выписки (Asarnow, Goldstein, & Ben-Meir, 1988).

Дети и подростки с дистимическим расстройством получают меньше социальной поддержки со стороны своих друзей, данная особенность характерна для детей с дистимией при сравнении их с детьми, страдающими БДР. Дети, излечивающиеся от дистимического расстройства, ничем не отличаются от остальных в плане

семейных взаимоотношений, по своим когнитивным способностям или способностям научения. После выздоровления остается только одна сфера деятельности ребенка, на которой лежит отпечаток болезни – сфера социального взаимодействия. Однако до сих пор неизвестно, предшествуют ли нарушения в социальном взаимодействии дистимическому расстройству или возникают как следствие этого расстройства. Они могут служить фактором риска для развития дистимического расстройства или оставить глубокий продолжительный след перенесенного заболевания.

Диагностирование дистимии на ранних этапах заболевания может способствовать выявлению тех детей и подростков, кто подвержен риску расстройств настроения в более позднем возрасте, что может иметь важное значение для профилактики этих заболеваний, поскольку за дистимическим расстройством, возникшим в раннем возрасте, почти всегда следует развитие БДР, а иногда БАР. Депрессия любого уровня – серьезное душевное расстройство, требующее обязательного обследования у врача-специалиста психотерапевта или психиатра. Только специалисты под маской поведенческих и иных нарушений могут заметить признаки депрессии и назначить адекватное лечение.

3.3. Расстройства адаптации депрессивного спектра у подростков

Отечественными психиатрами описывается увеличение заболеваемости непсихотическими формами депрессий, в генезе которых ведущая роль отводится неблагоприятным социально-психологическим факторам, психотравмирующим средовым воздействиям и индивидуально-личностной уязвимости (Семке В.Я., 1999; Александровский Ю.А., 2001; Дмитриева Т.Б., 2001; Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н., 2006 и др.)

Клиническая картина психогенных расстройств депрессивного спектра, их типологические варианты описаны многими отечественными и зарубежными авторами как в общей психиатрической практике, так и в судебно-психиатрической клинике. Выделяются ряд синдромальных вариантов депрессивных расстройств: по доминирующему аффекту – тоскливая, тревожная, апатическая (Вертоградова О.П., 1980). Е.С. Авербух (1962) еще раньше отмечал шесть синдромов: меланхолический, тревожно-депрессивный, де-

прессивно-ипохондрический, астено-депрессивный, деперсонализационно-депрессивный. М.Г. Усовым (2000) выделены следующие клинические варианты депрессивного синдрома: меланхолический, тревожный, астено-депрессивный, апатический, ипохондрический, истерический, с навязчивостями и депрессивно-параноидный. Е.Д. Счастный (2001) считает, что депрессивный эпизод наиболее часто проявляется простой, адинамической, анестетической, ананкастической, ипохондрической, тревожной, дисфориоподобной и бредовой депрессией.

Ряд авторов описывали адаптационные расстройства, вызванные социальными стрессорами: А.В. Ермакова (2002) – расстройства адаптации депрессивного спектра; Т.А. Рогозина (2002) – острые и пролонгированные расстройства адаптации депрессивного типа; А.А. Агарков, И.В. Андрусенко (2003) – группу расстройств синдрома социальной дезадаптации (расстройства поведения); А.В. Елисеев (2003) – феномен «жестокости отношения» к детям и подросткам (аффективные, депрессивные расстройства) и другие.

В условиях острого либо длительного и массивного психотравмирующего воздействия, развиваются адаптационные расстройства депрессивного спектра. В.Я. Семке (1989) данные нарушения названы как «психодезадаптационные состояния». По мнению автора, эти состояния представляют собой часть проблемы адаптации человека к взаимодействию внешнесредовых факторов и особенностей «почвы», включающих прежде всего индивидуально-типологические качества личности.

Особую группу риска формирования дезадаптационных состояний составляют несовершеннолетние, находящиеся в условиях социальной изоляции. Интернирование подростков в условия пенитенциарного учреждения является для них социально-стрессовой ситуацией и приводит к развитию расстройств адаптации депрессивного спектра.

В наибольшей степени расстройства адаптации депрессивного спектра в МКБ-10 соответствуют «расстройства приспособительных реакций» (F43.2). Их характерными чертами являются: возникновение дезадаптации на определенный психосоциальный стрессор, парциальность проявлений, не позволяющая установить синдром; сходство с психологически понятными проявлениями в условиях стресса; относительная кратность сдвигов; обратимость их при достижении «нового» уровня адаптации в экстремальных условиях

(Семке В.Я., 1999).

Клиническое (клинико-anamnestическое, клинико-психопатологическое и клинико-динамическое) обследование осужденных подростков показало, что данная психическая патология развивается у них в первые дни помещения в условия социальной изоляции и характеризуются в основном депрессивной симптоматикой и нарушениями поведения. При диагностике адаптационных расстройств учитываются следующие критерии:

- наличие в клинической картине состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности;

- возникновение расстройства в период адаптации (в течение первого месяца) к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (социальная изоляция);

- роль индивидуальной предрасположенности и уязвимости в возникновении и формировании адаптационных расстройств.

Дифференцированная оценка психического статуса подростков, находящихся в условиях социальной изоляции, позволила определить клинико-психопатологические особенности расстройств адаптации депрессивного спектра.

Расстройства адаптации согласно МКБ 10 проявляются:

- кратковременными и пролонгированными депрессивными реакциями;

- смешанными тревожными и депрессивными реакциями;

- расстройствами адаптации с преобладанием нарушений других эмоций;

- расстройствами адаптации с преобладанием нарушений поведения;

- смешанными расстройствами эмоций и поведения, обусловленными расстройством адаптации;

- другими специфическими преобладающими симптомами, обусловленными расстройством адаптации;

- другими реакциями на тяжелый стресс.

Феноменологическая оценка адаптационных расстройств проводится на основании диагностических и дифференциально-диагностических указаний, изложенных в кластерах F43.20-F43.28; F43.8 МКБ-10. Анализ психопатологической структуры депрессивного синдрома и поведенческих нарушений формируют клинические типы депрессивных реакций, определяющих особенность пенитен-

циарной дезадаптации.

Диагноз депрессивной реакции устанавливается на основании взглядов на данную патологию, как на психогенное расстройство:

- имеющее прямую связь с психотравмирующими факторами и условиями социальной изоляции.

- отражающее в своем клиническом содержании психотравмирующую ситуацию и стрессовое событие.

- возникающее как при психической норме, так и на любой патологической «почве» (резидуально-органическая церебральная недостаточность, умственная отсталость, расстройства личности, зависимость от ПАВ), при наличии которой течение заболевания приобретает ряд характерных клинических особенностей.

- имеющее склонность к полной обратимости данного расстройства

Таким образом, депрессивные реакции, развивающиеся у подростков в условиях социальной изоляции, укладываются в структуру расстройств адаптации депрессивного спектра и являются клиническими проявлениями пенициарной дезадаптации (ПД).

3.3.1. Депрессивные реакции, как проявления пенициарной дезадаптации

Интернирование несовершеннолетнего осужденного в пенициарное учреждение является психотравмирующим агентом, а механизмы его воздействия и вызванные им структурные проявления, их динамика и другие аспекты уместно рассматривать как процесс адаптации к условиям социальной изоляции (Новиков Г.И., 1991).

Процесс адаптации связан с ситуационными условиями, возникающими в результате изменений в социальной среде, перехода индивида из одной среды в другую – новую. Социально изолированному необходимо заново приспосабливаться к ряду сложных проблемных ситуаций. Освоение новых правил и норм общежития, разрешение проблемных ситуаций диктует необходимость выработки новых установок, убеждений, свойств и даже черт личности. Успех адаптации предопределяют объективные и субъективные факторы, адаптивная потребность, уровень развития адаптивных способностей личности и информированность о новой среде.

К объективным факторам относятся условия быта, динамика требований, срок лишения свободы, тяжесть содеянного, отдален-

ность пенитенциарного учреждения от постоянного места жительства, межличностные, учебные и производственные отношения осужденных, взаимоотношения сотрудников с осужденными и другие. Субъективные факторы определяются особенностями личностных характеристик (индивидуальность, установка личности, внушаемость, ригидность, психологическая и криминогенная совместимость в отряде и т.д.). Адаптивная потребность реализуется в объективно-субъективных формах: приспособления (изменение своих личностных качеств и подстройка своего поведения соответственно требованиям режима, быта учреждения, учебной и производственной деятельности) и приспособливания (использование индивидом окружающей среды в целях удовлетворения своих потребностей). В основе уровня развития адаптивных способностей личности лежат разрешающий диапазон и направленность (позитивная, негативная), скорость разрешения адаптивной ситуации, переключаемость и надежность (исключение срывов в адаптационный период). Информированность о новой среде необходима для её освоения и составляет элемент информационной потребности.

Согласно концепции «индивидуального барьера психической адаптации» Ю.А. Александровского и соавт. (1976,1987) и концепции В.Я.Семке (1989) «о психоадаптационном синдроме», исходящих из изучения социально-психологических и биологических механизмов адаптации и компенсации, гамма кризисных и сложных жизненных ситуаций, каковыми являются условия социальной изоляции, могут соотноситься с рядом других структур и функциональных систем организма.

По мнению авторов, на этапах субневротического (субдезадаптированного) состояния биологическая основа и социально- психологические структуры системы психической адаптации, расшатываемые, как нам представляется, психотравмирующими средовыми ситуациями, через напряженность функциональной системы адаптации лишь до определенного предела, могут компенсировать возможные отклонения в каждой системе, мобилизуя компенсаторные возможности. Нарушение процессов взаимокompенсации, истощение (ослабление) резервных возможностей и падение функциональной активности системы психической адаптации обуславливают на определенном этапе нарушение адаптационного барьера организма и развитие психогенных образований.

Исходя из названных механизмов, представляется возможным,

что формируясь, субнозологические (доблезненные) образования, выявляющиеся на этапе первоначальной адаптации к условиям социальной изоляции, при воздействии дополнительных психотравмирующих средовых агентов, в совокупности с определенными медико-биологическими и социально-психологическими факторами, становятся этапными структурными образованиями на пути к формированию более утяжеленных по клинике форм психогенных расстройств (от реакций до состояний). Депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации укладываются в рубрику F 43.2 МКБ-10 - «Расстройства адаптации».

Под пенитенциарной дезадаптацией (ПД) понимается нарушение процессов взаимодействия индивида с пенитенциарной средой, с учетом развития уровня адаптивных способностей личности, мотивационной структуры, эмоциональных и интеллектуальных особенностей индивида, взаимозависимости медико-биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов, возникающих под влиянием психотравмирующих средовых условий социальной изоляции и проявляющихся широким спектром психогенных расстройств в континууме от непатологически-субнозологического уровня до клинического оформления психических и поведенческих расстройств.

В формировании депрессивных реакций (ДР), как проявлений пенитенциарной дезадаптации, участвуют ряд условий и факторов, среди которых определяющими клинико-психопатологическими особенностями, тяжесть и динамику дезадаптивных состояний являются медико-биологические, социально-психологические и психотравмирующие средовые факторы социальной изоляции.

3.3.2. Типология депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков с наличием и отсутствием коморбидной наркологической патологией

Клинико-психопатологические проявления расстройств адаптации депрессивного спектра согласно диагностическим признакам МКБ 10 включают: аффективные нарушения (депрессивное настроение, тревогу, беспокойство или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; некоторое снижение продуктивности в ежедневных делах; иногда склонность к драматическому поведению, поведен-

ческим расстройствам в виде агрессивного или диссоциального поведения. Ни один из перечисленных симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. При диагностике адаптационных расстройств клиническая форма и преобладающие признаки уточняются по пятому знаку МКБ-10.

При выделении клинических типов депрессивных реакций тщательно изучается преобладающий аффект в структуре депрессивного синдрома, идеаторные, моторные, поведенческие, психосенсорные и соматические нарушения, расстройства восприятия, алгические, ипохондрические и обсессивные проявления, идеи малоценности и самообвинения, расстройства сна и влечений.

Клинико-психопатологический анализ структуры депрессивного синдрома позволяет выделить как общую клиническую картину депрессивных реакций, так и определить психопатологические признаки, характеризующие различные клинические типы проявлений ПД.

Клиническая картина депрессивных реакций (ДР) при ПД отличается синдромальной неочерченностью, непостоянством и кратковременностью с тенденцией к пролонгированию течения от двух до пяти месяцев.

Общим для всех типов ДР является наличие синдрома подавленного настроения, возникающего в течение первого месяца социальной изоляции. Структура депрессивного аффекта неоднородна и отличается значительным разнообразием. При этом наряду с тоскливым, тревожным или тоскливо-тревожным аффектом существенное место занимает апатический компонент депрессии со всеми вторичными элементами этих эмоциональных нарушений. Но чаще всего у одного и того же подростка три основных звена аффективного компонента находятся в динамической взаимосвязи и в определенный отрезок времени один из них начинает преобладать, что отражается в клинической картине депрессивных реакций. У большинства больных отмечаются выраженные колебания настроения с переходом от апатии, безразличия, отчаяния с фиксацией на переживаниях психотравмирующего характера, высказываниями о «бессмысленности» существования к надежде с уверенностью в благоприятном исходе сложившейся ситуации и оптимистической оценкой будущего. Подростки становятся либо замкнутыми, отгороженными, вялыми, безинициативными, легко ранимыми, либо навязчивыми, демонстратив-

ными, со стремлением привлечь к себе внимание, найти сочувствие, преуменьшают тяжесть содеянного, охотно и подробно говорят о травмирующей ситуации, предъявляют жалобы ипохондрического характера, которые поддерживаются соматовегетативными нарушениями. Во время беседы на эти темы выказывают недовольство и раздражительность, мимика их меняется от патетически-грустной, печальной до обиженной. Часть несовершеннолетних жалуются на тревогу, опасения за свою дальнейшую судьбу, у них наблюдаются - настороженное ожидание перевода из карантинного в основной отряд; страхи, насильственных действий со стороны других.

Соматовегетативные проявления встречаются редко, в основном они связаны с тревожным компонентом депрессивного синдрома, отличаются лабильностью и не выступают на передний план. Типичен алгический и термический характер ощущений, отличающийся конкретностью описания и четкой локализацией. В этих случаях больные говорят, что у них «мурашки по телу», «мерзнут руки и ноги», «щемление в области сердца». Нередко жалобы на приступы сердцебиения, головные боли распирающего характера или тупые различной локализации, головокружение и другие. Имеют место идеи малоценности, самообвинения и осуждения окружающих, тесно связанные с психотравмирующими ситуациями, подчеркивающие их мнимые физические и умственные недостатки. Фобии и навязчивости обычно отражают преморбидные особенности личности, её реакцию на стрессогенную обстановку. Так, у подростков с психастеническими и сенситивными чертами характера при развитии депрессивной реакции заметно усиливаются свойственные им и раньше навязчивые состояния и возникают новые, прежде всего страх за здоровье и жизнь собственную и близких. Ипохондрические идеи тесно связаны с фабулой психотравмирующих ситуаций и строятся в основном на озабоченности реальными, но преувеличенными недостатками. На высоте депрессивного аффекта нередко имеют место суицидальные высказывания и попытки (самоповешенье, отравление, вскрытие вен, проглатывание острых металлических предметов). Иногда можно наблюдать истерические проявления в виде демонстративных суицидальных высказываний и попыток, утрированного подчеркивания тяжести депрессивных проявлений. Анестетические явления не характерны для подростков с депрессивными реакциями и проявляются у части больных в снижении способности радоваться и испытывать положительные эмоции. Нарушение сна,

которое является одним из ранних признаков адаптационных расстройств депрессивного типа, в основном проявляются трудностями засыпания, укорочением длительности сна, ранним пробуждением, неприятными кошмарными сновидениями, отражающими психотравмирующую ситуацию. Расстройства влечений определяются снижением или отсутствием аппетита, транзиторными сексуальными девиациями (в основном гомосексуальные тенденции). Другими проявлениями депрессивных реакций являются нарушения поведения, которые выступают на передний план картины расстройства адаптации и не расцениваются окружающими как болезненные. При этом у больных встречаются либо черты тормозимости в поведении в виде намеренного избегания контактов с окружающими, замкнутости, уединенности, либо в виде реакций возбудимого типа, таких как раздражительность, драчливость, грубость, иногда доходящая до агрессивности. В порядке реакций протеста отмечаются отказы от еды, учебы, требований режима содержания, шантажно-демонстративные суицидальные попытки. Такие несовершеннолетние с «психопатоподобным поведением» являются, в основном, нарушителями режима содержания и помещаются в «штрафной изолятор».

Наряду с общими психопатологическими признаками проявлений ПД, разнообразие структуры депрессивного синдрома позволило выделить отдельные клинические типы депрессивных реакций.

Тоскливый тип. В клинической картине тоскливого типа ведущими являются эмоциональные расстройства, сопровождающиеся двигательной заторможенностью. Свое настроение больные определяют как тоска, грусть, печаль, подавленность, сочетающиеся нередко со слабостью, разбитостью, вялостью, плаксивостью. Патологического циркадного ритма не наблюдается. Суточные колебания настроения не выражены. Моторные нарушения проявляются замедленностью движений, обеднением мимики, застывшим взглядом. Об идеаторном торможении свидетельствуют некоторая замедленность мышления, монотонная речь, снижение уровня внимания. Вектор переживаний направлен в прошлое «о прежней жизни», «о доме», «о матери» с чувством собственной виновности, раскаянием, безнадежности будущего, иногда возможны кратковременные суицидальные мысли. В контакт с окружающими активно не вступают, стараются уединиться, пассивно подчиняются требованиям режима содержания. Среди соматовегетативных признаков доминируют диссомнические расстройства (трудное засыпание), аппетит чаще остается

нормальным, реже наблюдается снижение аппетита. Преморбидные особенности формирующего характера таких больных относятся к неустойчивому, циклоидному и смешанному типам.

Астено-апатический тип депрессивных реакций имеет тенденцию к затяжному течению и характеризуется медленным процессом редукции психопатологической симптоматики, нередко сопровождаются покушениями на самоубийство. Наиболее характерной особенностью данного типа ДР являются такие признаки аффективной симптоматики, как вялость, апатия и безразличие. Больные субъективно отмечают снижение физической и интеллектуальной деятельности. Жалуются на слабость, усталость, утомляемость в течение дня, чувство «разбитости» по утрам, трудности засыпания, поверхностный сон, сонливость в дневное время. Во время беседы истощаются, отмечается ипохондрическая фиксация на соматических ощущениях. Нередко наблюдается безразличие к своему настоящему положению и будущему. Иногда к астено-апатическому присоединяется тревожный и дисфорический аффекты, на высоте этой симптоматики прослеживаются агрессивные и аутоагрессивные тенденции. Поведение несовершеннолетних чаще всего становится экстравертированным, иногда они остаются отгороженными, замкнутыми, уединяются, ищут покой. Аппетит чаще всего не нарушается. Ночной сон не всегда дает чувство бодрости. Основу данной группы больных составляют личности с преморбидными чертами тормозимого круга: астено-невротические, психастенические, конформные.

Обсессивно-фобический тип формируется обычно у больных с психастеническими, лабильными и сенситивными чертами характера. Подростки жалуются на невозможность избавиться от мыслей и представлений, касающихся предстоящего перевода в основной отряд пенитенциарного учреждения. Ведущими проявлениями ДР являются напряженное ожидание знакомства с отрядом, невозможность иной соци-ализации, неуверенность, постоянные сомнения, опасения, стремление к общению, желание получить как можно больше информации об условиях жизни в отряде. Напряженное ожидание и страх перемежаются с подавленностью и тревогой. Отмечаются нарушения сна в виде трудного засыпания, ночного пробуждения, поверхностного сна. Аппетит зависел от ведущего эмоционального состояния.

Ипохондрический тип депрессивных реакций. Для этой группы больных ведущей является ипохондрическая фиксация на ре-

ально существующей соматической патологии, в частности, ВИЧ-инфицировании, в сочетании с тоской и тревогой. Нарастание тревожно-тоскливого аффекта способствует возникновению патологической фиксации на разнообразных соматовегетативных проявлениях (отсутствие аппетита, тахикардия, приливы жара и озноба, игра вазомоторов и др.) Ипохондрические опасения нередко сочетаются с идеями самообвинения по поводу аддиктивного поведения в прошлом. Высказывания подростков не являются стойкими, им присуща волнообразность течения, тесно связанная с выраженностью аффективной симптоматики. В поведении активно стремятся к общению, настойчиво обращаются в медицинскую часть пенитенциарного учреждения для получения помощи. Характерны нарушения сна и аппетита. Подобные состояния имеют склонность к пролонгированному течению. К преморбидным особенностям характера таких лиц относятся сенситивные, неустойчивые и смешанные черты.

Тревожный тип, наблюдается чаще у подростков с органической стигматизацией и ВИЧ-инфицированных. В структуре этого типа ведущими являются тревожный фон настроения, беспокойство, волнение, чувство внутреннего напряжения, ожидание несчастья, неприятностей со стороны окружающих. Нередко тревожный аффект доходит до состояния ужаса и сопровождается суицидальным поведением. Вектор переживаний направлен на ближайшее и отдаленное будущее. Подростки думают о своей дальнейшей жизни, близости смерти, нередко мысли концентрируются на предстоящем интернировании в основной отряд пенитенциарного учреждения. При утяжелении аффективных расстройств, тревога достигает ажитации с нарушением целенаправленной деятельности, назойливостью. Иногда отмечаются выраженные соматовегетативные и ипохондрические нарушения. Мимика и темп речи меняются в течении короткого времени в зависимости от окружающей ситуации. Типичны нарушения сна в виде трудного засыпания, кошмарных сновидений, поверхностного сна, частых пробуждений. Аппетит зависит от выраженности аффекта, чаще существенно не нарушается. Предрасполагающими и патопластическими факторами, определяющими клиническую картину данного синдромального варианта депрессивных реакций, являются в большинстве случаев личности с астено-невротическими, лабильными, неустойчивыми и смешанными чертами.

Дисфориоподобный тип депрессивных реакций определялся

связанными между собой проявлениями аффективных и патохарактерологических расстройств (неустойчивый, эпилептоидный, истерический или смешанный варианты). Настроение таких больных характеризуется тоскливо-злым аффектом, угрюмым брюзжанием, сварливостью с недовольством, придиричивостью, раздражением с повышенной чувствительностью к внешнему стимулу. Иногда присоединяется дистимическая симптоматика в виде плаксивости, переживания бесперспективности будущего. В беседу вступают без желания, на вопросы отвечают раздраженно, часто в грубой форме. Отмечается фиксация переживаний на психогенной ситуации, обеднение ассоциаций. Нередко высказывают идеи самообвинения, заявляют об ощущениях собственной беспомощности, проявляют недовольство как окружающими, так и собой, своей прошлой жизнью. К общению обычно не стремятся, наблюдается повышенная обидчивость, подозрительность, склонность к эксплозивным вспышкам со злобой, агрессией. Типичны жалобы на нарушения сна, трудности засыпания, снижение аппетита.

Делинквентный тип депрессивных реакций более свойственен для подростков с неустойчивыми, эпилептоидными, истероидными, и гипертимными преморбидными чертами характера. Данный тип характеризуется агрессивно-деструктивными реакциями. В этих случаях поведение несовершеннолетних принимает антисоциальный характер, доминируют грубость, злобность, неуживчивость, нетерпимость к происходящему. Они обычно нарушают режим содержания, проявляют интерес к употреблению ПАВ, имеют склонность к агрессии и аутоагрессии, часто помещаются в штрафной изолятор. Фон настроения определяется угрюмостью и озлобленностью. Подавленность и угнетенность отрицается, а депрессивные переживания выражаются идеями неполноценности, самоуничтожения, стремлением быть наказанным. Типичны нарушения сна в виде трудности засыпания, ночных пробуждений.

По литературным данным при исследовании распространенности типов депрессивных реакций при ПД у подростков с наличием и отсутствием признаков зависимости от ПАВ выявлено, что у пациентов с зависимостью от ПАВ чаще отмечается тоскливый, астено-апатический, дисфориоподобный и тревожный типы депрессивных реакций. У несовершеннолетних без признаков зависимости от ПАВ чаще встречаются астено-апатический тип депрессии. Обсессивно-фобический тип депрессивных реакций преобладают в

группе психически здоровых осужденных. Причем, тоскливый тип депрессивной реакции характерен для пациентов с употреблением ПАВ, астено-апатический – для несовершеннолетних без употребления ПАВ, а обсессивно-фобический для психически здоровых осужденных.

Клинический полиморфизм и выраженность депрессивных реакций у подростков на первом этапе социальной изоляции определяют уровень и динамические проявления пенитенциарной дезадаптации. Для подростков с зависимостью от ПАВ характерен тоскливый тип депрессивной реакции, для лиц без зависимости от ПАВ, но с преморбидной психической патологией – астено-апатический, а для преморбидно «психически здоровых» – обсессивно-фобический типы.

3.3.3. Полипрофессиональный подход при диагностике пенитенциарной дезадаптации у подростков

Для типологии и динамики депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков с ассоциированными психическими и наркологическими расстройствами, применяется комплексный многомерный, основанный на многоосевом диагнозе системным, онтогенетическим, полипрофессиональным подходом (Буторина Н.Е. с соавт. 2001; Р. Никол. 2001; Кривулин Е.Н., 2005).

Многоосевая классификационная система позволяет формулировать полидисциплинарный диагноз, в котором согласно МКБ-10 используются шесть осей применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского и подросткового возраста. Для диагностики проявлений ПД произведена адаптация некоторых параметров в многоосевой классификационной системе с учетом средовых условий и клинической специфики изучаемых феноменов у контингента лиц пенитенциарного учреждения. Принимая во внимание, что на оси 1 фиксируется ведущий психиатрический синдром, диагностическая оценка осуществляется согласно критериям МКБ-10, из категорий XX, F00-09, F10-19, F30-39, F40-48, F60-69, F70-79, F90-98. Для подростков с проявлениями пенитенциарной дезадаптации характерны определенные оценки по каждой оси. Обобщенные показатели выглядят следующим образом.

Ось1- раскрывает клинические психиатрические синдромы, главные категории которых описаны и определены в стандартном

издании МКБ-10, исключая определенные расстройства психологического развития и поведенческих расстройств у воспитанников пенитенциарного учреждения позволяет проследить проявления ПД и преморбидную психическую патологию, учитываемую в первой оси многоосевой системы квалификации в соответствии с МКБ-10. Для оценки проявлений ПД учитываются расстройства, соответствующие рубрикам F43.20-F43.28; F43.8 МКБ-10 - расстройства адаптации. Анализ психопатологической структуры депрессивного синдрома и поведенческих нарушений позволяет установить клинические типы депрессивных реакций, определяющих особенность ПД.

Преморбидная психическая патология включает следующие расстройства: F06.3-06.6; F07.8-07,9 - органические психические и поведенческие расстройства; церебрастенический синдром, церебра-стенический синдром с неврозоподобными (диссоциативными, депрессивными, тревожными и когнитивными) нарушениями, резидуально-органический психосиндром.F60-69 - расстройства личности и поведения, включая аномальные личностные расстройства с определенными психопатическими радикалами (параноидный, шизоидный, диссоциальный, эмоционально-неустойчивый, истерический, ананкастический, тревожный, зависимый и смешанный варианты). F10-19 - психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Если обследованные имеют зависимость от ПАВ и сопутствующую психическую патологию другой этиологии, то их маркируют соответственными диагностическими кластерами. По оси психопатологических расстройств также отмечаются признаки наличия акцентуированных черт характера (Z 73.1) и отсутствие психической патологии у обследованных (код XX).

Ось 2 – представляет специфические расстройства психологического развития, которые отражают клинико-дизонтогенетические нарушения с выделением их особенностей на онтогенетических этапах. К ним относятся расстройства развития речи и языка, школьных и зрительно-пространственных навыков, специфические и смешанные расстройства моторных функций.

При изучении подростков с депрессивными реакциями и преморбидной психической патологией экзогенно-органического генеза, патологией формирующейся личности, а также зависимостью от ПАВ, определены у них в хронологическом порядке наблюдавшиеся в прошлом особенности развития школьных навыков, психомоторики, эмоциональной и когнитивной функций. Данные характеристики

на разных этапах онтогенетического развития определяют уровень реактивности всего организма и сформированности адаптационных механизмов.

Ось 3 – классифицирует уровень интеллектуального развития. Данная ось также является основной, в связи с тем, что при анализе преморбидной психической патологии и во время клинического и психологического эксперимента у части воспитанников колонии выявлен уровень интеллектуального развития, соответствующий степени легкой умственной отсталости (F-70). Для исследования интеллектуальной продуктивности используются широко распространенные два варианта методики Д. Векслера: детский - WechslerIntelligenceScaleforChildren (WISC), адаптированный и стандартизированный А.Ю. Панасюком (1976) и взрослый - WechslerAdultIntelligenceScale (WAIS), адаптированный в отделе медицинской психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Ось 4 – касается сомато-физического и неврологического здоровья пациента и включает заболевания, которые влияют на психические расстройства, отраженные в различных разделах всей МКБ-10. Оценка сомато-физического состояния проводится на основании физикальных данных с применением общепринятых клинических и лабораторных методов обследования с учетом данных медицинской документации и клинико-anamnestического обследования. Ведущим является обследование у терапевта и других врачей полипрофессиональной бригады специалистов.

Ось 5 – отражает неблагоприятные психосоциальные ситуации, которые являются причиной психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Основные группировки психосоциальных ситуаций представляются в следующем виде: отсутствие значительного искажения или неадекватность психосоциального окружения; аномальные внутрисемейные взаимоотношения; психические расстройства, отклонения или нетрудо-способность у родителей и ближайших родственников; неадекватные или искаженные коммуникации внутри семьи; аномальность непосредственного окружения; острые жизненные ситуации; социальные стрессовые ситуации; хронический межличностный стресс, связанный со школой или работой; стрессовые события, ситуации обусловленные расстройством или инвалидностью самого испытуемого.

По 5 оси признаки регистрируются в основных сферах микро-

социальных отношений: семья, школа, микросоциальные группы и средовые условия пенитенциарного учреждения. Например, в сфере семейных отношений оценивается состав семьи, условия воспитания в семье и преобладающие типы воспитания, взаимоотношения родителей и отношение родителей к ребенку, судимость ближайших родственников, образовательный, профессиональный и культурный уровень родителей, а также материально-бытовые условия семьи.

Для установления характера ранней социализации обследуемого с учетом включения его в конфликтную семейную ситуацию регистрируются особенности поведенческих реакций ребенка в дошкольном возрасте, уровень познавательных способностей до поступления в школу и их связь с конфликтами в семье.

При отражении неблагоприятных психосоциальных ситуаций в сфере школьных отношений учитываются: адаптация в начале школьного обучения, школьная успеваемость в начальных классах и причины ее снижения, проявления антидисциплинарного, асоциального, агрессивного, делинквентного поведения, а также специфических реакций подросткового возраста и их связь с психосоциальными стрессорами.

По социально-психологической оси в сфере микросоциальных отношений в группе изучались: криминальное поведение в прошлом и настоящем, мотивация преступного поведения, аддиктивное поведение и его динамические особенности, фон настроения и аутоагрессивное поведение в преморбиде и их связь с психосоциальными ситуациями.

Из психотравмирующих факторов, сопутствующих социальной изоляции и разнообразно воздействующих на психику учитываются: условия регулирующие исполнение наказания (срок, надзор, переписка); опосредованные нормами права (регламент свободного времени, выбор труда, свидания с родственниками, ограничения в питании и неудовлетворение других потребностей, в том числе половых); морально-психологические (поощрения и наказания, морально-психологическая атмосфера в учреждении, взаимоотношения осужденных, отношение администрации); пенитенциарно-педагогические (организация процесса перевоспитания: культурно-развлекательные и спортивные мероприятия, учеба, участие в воспитательной работе и т.п.) и прочие психогенные факторы – различные запреты, режимные и другие ограничения.

Ось 6 - общая оценка психосоциальной инвалидности. Данная

ось отражает результат анализа психологического и социального функционирования пациента на момент клинической оценки. Это довольно сложная оценка. Она определяет степень социальной адаптации, в которой подросток способен выполнять различные виды деятельности, согласующиеся с его психическим и сомато-неврологическим здоровьем, социально-психологическими обстоятельствами и средовыми условиями пенитенциарного учреждения. При оценке психосоциальной инвалидности из клиничко-анамнестических сведений были извлечены все указания на неблагоприятные факторы, имеющие место у исследуемого контингента, которые могли повлиять на проявления пенитенциарной дезадаптации и участвовать в генезе депрессивных реакций.

Интегративная оценка дезадаптивных расстройств включает характеристику ведущего механизма развития ПД, которая характеризуется определенными типами депрессивных реакций с конкретными психопатологическими проявлениями. Функциональный диагноз состоит из следующих позиций:

1. Определение клинического типа депрессивной реакции как проявления ПД и преморбидной психической и наркологической патологии.

2. Выявление специфических расстройств психологического развития с оценкой расстройств школьных навыков, возрастных поведенческих нарушений, когнитивных и эмоционально-волевых функций.

3. Определение уровня интеллектуального развития с оценкой и характеристикой общей, вербальной и невербальной структуры умственного дефекта.

4. Диагностика состояния соматофизического и неврологического развития с синдромологической и нозологической оценкой, включая анализ неблагоприятных медико-биологических факторов, с соответствующими заключениями и рекомендациями специалистов разного профиля.

5. Оценка психосоциальной ситуации развития на основе анализа социально-психологической характеристики подростка и семьи, в которой он воспитывался, а также неблагоприятных микросредовых факторов пенитенциарной системы.

6. Определение степени социальной инвалидизации с установлением наиболее вероятных этиопатогенетических механизмов развития расстройств адаптации для оказания наиболее эффективной

комплексной реабилитационно-профилактической помощи несовершеннолетним.

Комплексное многомерное полипрофессиональное исследование, основанное на многоосевом диагнозе, позволяет выделить ряд неблагоприятных медико-биологических, социально-психологических и микросредовых факторов, способствующих развитию депрессивных реакций у подростков в рамках пенитенциарной дезадаптации и определить тактику эффективной профилактической и лечебно-реабилитационной помощи данному контингенту лиц. Полипрофессиональный подход в оказании помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, позволяет выделить мишени для оптимальной терапевтической и реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту больных.

РАЗДЕЛ 4. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Нарушения поведения охватывает широкий спектр расстройств от лживости, конфликтов, агрессии, прогулов школы, до жестокости и насилия в детском и подростковом возрасте. При коморбидности с поведенческими расстройствами чаще всего встречаются тревожные и аффективные симптомы. Обычно они развиваются позднее, чем первичное нарушенное поведение (Ремшмидт Х., 2001). Существующие в настоящее время данные экспериментальных исследований пока не позволяют однозначно ответить на этот вопрос.

В раздел МКБ-10 F90 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» введена рубрика F92 «Смешанные расстройства поведения и эмоций» куда относится большинство смешанных нарушений поведения и эмоций

В Национальном руководстве по психиатрии (2009) глава «Эмоциональные расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском или подростковом возрасте» включает современные взгляды диагностики и терапии расстройств поведения и эмоций. Прежде всего, дано определение – это группа нарушений, характеризующаяся сочетанием стойкого нарушенного и вызывающего поведения с явными симптомами депрессии или тревогой, страхом, деперсонализационно-дереализационными и обсессивно-компульсивными расстройствами

При этом негативная симптоматика обусловлена этиологией заболевания. Хотя многие исследователи ссылаясь на недостаточность научных данных, считают необоснованным отделение этой категории от расстройств поведения в детском возрасте. Есть точки зрения по которой при равной выраженности аффективных и поведенческих расстройств последние в большинстве случаев вторичны по отношению к депрессивным проявлениям.

Синонимами данных состояний можно считать такие расстройства, как:

- Депрессия с психопатоподобным поведением.
- Психопатоподобная депрессия.
- Депрессия с нарушением поведения.
- Невротическая депрессия с нарушением поведения.

Согласно диагностическим критериям рубрики F 92 «Смешанные расстройства поведения и эмоций» МКБ-10 характеризуются:

А. стойким диссоциальным, агрессивным поведением в сочетании с заметными симптомами депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями;

В. тяжесть состояния должна быть достаточной для того, чтобы одновременно выполнялись критерии как расстройства поведения детского возраста, так и эмоциональные, невротические или расстройства настроения.

Истинная распространенность смешанных расстройств поведения и эмоций у детей и подростков, к которым относят депрессивное расстройство поведения, неизвестна, но есть основания считать их одними из наиболее частых вариантов депрессивного синдрома в препубертатном возрасте и у подростков (Иовчук Н.М., 2009).

К смешанным расстройствам поведения и эмоций относят следующие патологические состояния:

F92.0 Депрессивное расстройство поведения.

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное.

Смешанные расстройства поведения и эмоций встречаются при различных психических заболеваниях у детей и подростков - при шизофрении, аффективных расстройствах настроения, эпилепсии, некоторых формах резидуально-органического поражения ЦНС, раннем детском аутизме, патологически протекающем пубертатном кризе, невротических реакциях (Национальное руководство по психиатрии, 2009).

Клинические проявления, как правило, начинаются исподволь, постепенно. При этом снижение настроения у большинства детей и подростков остается незамеченным окружающим. В течение нескольких месяцев наблюдается резкое снижение успеваемости, отказ от посещения школы и более или менее грубые нарушения поведения. Эти состояния имеют в основном длительное многолетнее течение. При ранней диагностике и комплексном лечении психопатоподобные расстройства редуцируются практически одновременно с аффективными симптомами. При неправильной или несвоевременной диагностике и отсутствии адекватного лечения постепенно нарастает выраженность как поведенческого, так и аффективного компонентов патологического состояния, что приводит к формиро-

ванию стойких расстройств личности и глубоким формам социальной дезадаптации.

4.1 Депрессивное расстройство поведения

Пациенты с депрессивным расстройством поведения представляют собой отдельную группу, отличающуюся по симптоматике, терапии и прогнозу от депрессивных больных без антисоциальных расстройств.

Критериями нарушений согласно диагностической категории «Депрессивное расстройство поведения» рубрики F 92.0 в МКБ-10 являются:

А. расстройство соответствует общим диагностическим указаниям F91, в сочетании с постоянной выраженной депрессией, проявляющейся такими симптомами, как чрезмерное страдание, потеря интересов, ангедония (безрадостность в обычной жизни), безнадежность;

В. могут сопровождаться нарушениями сна или аппетита

Для депрессивного расстройства поведения характерно сочетание эмоциональных нарушений с проявлениями, имитирующими патологию характера (аффективная возбудимость, грубость, злобность, агрессивность), проявляющихся стойкими нарушениями агрессивного, диссоциального или оппозиционно-вызывающего поведения с приступообразным или хроническим течением.

Диагностику строят на выявлении скрытых проявлений депрессивного синдрома. В первую очередь, должны настораживать достаточно выраженные изменения поведения подростка, произошедшие за относительно короткий срок. Раньше ничем не отличавшийся от других юноша или девушка становится мрачным, озлобленным, язвительным. Без видимой причины теряется учебная мотивация. Отмечают прогулы, невыполнение домашних заданий и как следствие – резкое снижение успеваемости. В высказываниях проскальзывают пессимистическая оценка будущего, бессмысленность и суетность настоящего существования, озвучивание мыслей о смерти как закономерном итоге земной суеты.

Как правило, больные подолгу слушают музыку депрессивного содержания (music for the lost – музыка для потерянных), некоторые читают соответствующую литературу. Вместе с остальными проявлениями скрытой депрессии несвойственная подростку ранее ком-

пьютерная зависимость тоже может служить косвенным признаком наступившей болезни.

Клиническая картина депрессивного расстройства поведения характеризуется сочетанием депрессивного синдрома с поведенческими нарушениями. Наиболее распространенными проявлениями являются пропуски занятий, отказ от посещения школы, драки, антидисциплинарные поступки, уходы, бродяжничество, употребление наркотических веществ, ранние сексуальные связи, а иногда и криминальные действия.

Поведенческие расстройства поведения при депрессиях у детей и подростков колеблются от элементарных антидисциплинарных поступков до тяжелых форм девиантного поведения. Они, как правило, носят защитный характер и часто обусловлены неосознанным стремлением депрессивного подростка облегчить свое душевное состояние в компании сверстников с помощью алкоголя, курения, наркотиков.

В основе учебной декомпенсации и социальной дезадаптации, как и при других типологических вариантах детских депрессий, лежат волевые нарушения, утрата удовольствия от любого вида деятельности, тревога, неуверенность, идеи малоценности и интеллектуальной несостоятельности.

Родители, педагоги, одноклассники в большинстве случаев не понимают причин резкого изменения характера подростка и стремительного падения его успеваемости, расценивая эти проявления как лень, избалованность, распушенность или находя этому причины в соре с приятелями, во влиянии улицы, дурной компании.

Соответственно, ближайшее окружение, в том числе родные, к такому подростку подходят с дисциплинарными мерами: требованиями, порицаниями, взысканиями, наказаниями, порой публичными и очень жестокими. Уязвленный, непонятый, отчаявшийся что-либо изменить в своей жизни подросток реагирует на все замечания в свой адрес грубостью, резкостью, словесной, а иногда и физической агрессией. Он становится конфликтным, драчливым, заносчивым и нетерпимым. В семье проявляются скрытность, враждебность, особенно к тому из родителей, кто проявляет большую жесткость и прямолинейность. Оппозиционность, негативизм, отрицание авторитетов в этих случаях выступают в утрированной, гротескной форме; нередко разного рода истероформные состояния, демонстративные попытки самоубийства, уходы из дома и бродяжничества.

Пропуская школу, молодые люди часто сталкиваются с асоциальной компанией, которая становится для них своеобразным убежищем и защитой от требований школы и семьи. В поисках облегчения своего состояния, сиюминутной радости они пробуют курить, употребляют алкоголь, наркотические и токсические вещества, что, вызывая порой кратковременное облегчение самочувствия, как правило, не приносит заметного улучшения состояния, а, напротив, усугубляет его.

Вследствие повышенной подчиняемости и эмоционального безразличия депрессивный подросток может становиться жертвой сексуальных перверсий или безумно участвовать в криминальных актах.

Нередко поведенческие нарушения выступают на первый план при дисфорической депрессии, которая характеризуется превалированием атипичного злобного аффекта, с недовольством окружающими, раздражительностью, вспыльчивостью, временами приводящей к вспышкам ярости и агрессии со стремлением к разрешению у детей и подростков.

Доминируют в этом случае не столько переживания собственной несостоятельности, сколько ощущения несправедливо нанесенной обиды, недооценки окружающими, заброшенности, т.е. в своих неудачах дети склонны винить окружающих, что сопровождается оппозиционным, вызывающим поведением, грубостью, драчливостью, антидисциплинарными поступками, уходами из дома, правонарушениями агрессивного характера.

При этом жалобы на плохое, злое настроение довольно редки. Иногда отмечают незначительную моторную заторможенность; более выражены идеаторные расстройства (замедление ассоциативных процессов, трудности осмысления и концентрации внимания). Наряду с жалобами на «плохое», «злое» настроение отмечают кратковременные тревожные, тоскливые или боязливые эпизоды, вялость, потерю былых интересов, снижение побуждений.

Окружающие в первую очередь обращают внимание на школьную дезадаптацию, расстройство поведения, асоциальные поступки. Например, злые истеричные выходки, грубость, драки, пропуски уроков и ухода из дома, общение с асоциальными группами, в которых у подростков формируются патологические зависимости – курение, пьянство, употребление наркотиков.

В дисфорической депрессии подростки могут вступать в ранние

половые связи. При данном виде депрессии высок риск суицида, так как аффективную симптоматику трудно распознать под маской «плохого поведения». Подростки долгое время остаются вне поля зрения врачей-специалистов, не получают адекватного лечения.

Психопатоподобное поведение является основной жалобой при unlust-депрессии (безрадостной) у детей и подростков. В клинической картине преобладает депрессивное состояние угрюмого, мрачного настроения, недовольства собой и окружающими с придирчивостью, неприязню, враждебностью, даже ненавистью к близким, бывшим друзьям, всему человечеству, с отсутствием стремления к получению удовольствия, постоянным ворчанием или брюзжанием при субъективном отсутствии снижения настроения или ощущении незначительной подавленности.

Эта форма депрессии имитирует патологию характера. Подросток становится грубым, дерзким, злобным и агрессивным в сочетании с оппозиционностью, возбудимостью и истеричностью, отказом от учебы, драками, бродяжничеством, противоправными поступками, зависимым поведением. Все поступки и душевные качества окружающих, даже самые добрые, заслуживают, с точки зрения подростка, нелестных оценок, порицания, злобу вызывают не только люди, но и внешний вид, повадки прежде любимых домашних животных.

Самые слабые и безобидные члены семьи подвергаются изощренным издевательствам или откровенному жестокому избиению. Преобладает тусклое и безрадостное настроение; прежде любимые занятия, игры не вызывают удовольствия. Школьную декомпенсацию усугубляют грубые нарушения дисциплины с вызывающим поведением, нарастающей нелюдимостью и полным отказом от посещения школы.

Отказавшись от школы, они становятся домашними тиранами. Поведенческие маски при этой форме депрессии чрезвычайно часты.

Такое поведение носит защитный характер, обусловлено неосознанным стремлением подростка облегчить свое душевное состояние с помощью дурманящих средств, изменяющих сознание. Подростки с психопатоподобной депрессией пропадают в асоциальных компаниях, курят, выпивают, употребляют наркотики, хотя истинного удовлетворения это им не приносит.

Подростки с unlust-депрессией редко примыкают к социальным группам в силу своей замкнутости и неприязни к сверстникам. В

препубертатном периоде суицидальные попытки частые, неожиданные для окружающих, отличаются обдуманностью и обосновываются «сознательным отворачиванием к жизни», в которой «ничего хорошего не будет», поскольку жизнь бессмысленна, а «люди плохие».

При изучении депрессивных состояний с психопатоподобным поведением выявлены признаки, позволяющие их отграничить от других синдромов с нарушенным поведением. Прежде всего депрессии с психопатоподобным поведением возникают лишь у детей препубертатного возраста и подростков, до того благополучных, нормально успевавших в школе, не обнаруживающих в детские годы признаков девиаций характера, так что неадекватное поведение и психопатические реакции воспринимаются близкими как нечто чуждое, не соответствующее характерологическим особенностям ребенка.

Психопатоподобные расстройства, маскирующие подростковую депрессию, в отличие от таких нарушений другого генеза, не столь массивны и постоянны, представляют собой неожиданно возникшие, фрагментарные, неустойчивые, ситуационно обусловленные нарушения поведения, усугубляющиеся, как правило, при неадекватных мерах педагогического воздействия.

Поведенческие нарушения возникают на фоне скучного, плаксивого или злобно-угрюмого настроения, чередующегося с периодами безразличия, вялости, малоподвижности, и сопровождаются неприятными ощущениями и болями, нарушениями сна и аппетита, суточными колебаниями активности и настроения.

Расстройства поведения при подростковых депрессиях отличаются от психопатоподобного синдрома другого происхождения лежащей в их основе пассивностью, подчиняемостью, стремлением уклониться от интеллектуального напряжения в школе, отвлечься от мрачных мыслей, уйти от неразрешимой ситуации.

Большинство детей и подростков с проблемами поведения страдают еще от одного расстройства, чаще всего от гиперкинетического с синдрома дефицита внимания и тревожного. Депрессия и тревога у детей с проблемами поведения возникают гораздо чаще. Около одной трети из них получают диагноз депрессии или сопутствующего тревожного расстройства.

Проблемы поведения у подростков также являются фактором риска, провоцирующим совершение молодыми людьми самоубийств, с сопутствующими проблемами злоупотребления наркоти-

ками и депрессией.

Дети с проблемами в поведении и сопутствующим тревожным расстройством, как правило, менее агрессивны, чем дети с одним только расстройством поведения, но скрытые симптомы, такие как ложь и воровство, у тех и у других одинаковы. Предполагается, что присутствие тревоги у детей с расстройством поведения может сдерживать агрессивные поступки. Подтверждением этой теории служат данные о том, что мальчики с расстройством поведения и тревожными расстройствами показывают наибольший уровень кортизола, который, как известно, ассоциируется с более высокой степенью сдерживания в поведении - чем с одним только расстройством поведения. У молодых людей с расстройством поведения ниже уровень кортизола непосредственно связан с более агрессивным и деструктивным поведением. Хотя дети с проблемами в поведении, как правило, более тревожны, чем дети без поведенческих нарушений, а пациенты с безразличным, неэмоциональным межличностным стилем менее тревожны (McBurnett, Lahey, 2000).

Имеются некоторые гендерные различия в динамике данные нарушений, так катанестически известно, что большинство лиц женского пола, которые в детстве страдали расстройством поведения, став антисоциальными взрослыми, страдают от депрессивного и тревожного расстройства. Кроме того, у представителей и того и другого пола встречаются более серьезные проявления антисоциального поведения, связанные с усилением депрессии и тревоги (Zoccolillo&Rodgers, 1992).

Сильная взаимосвязь между расстройствами поведения и расстройствами настроения будет очевидна, т.к. юные подростки с проблемами в отношениях, позже в отрочестве, в одинаковой степени страдают как от внешних, так и от внутренних проблем. Это особенно характерно для подростков-девочек, у которых именно антисоциальные симптомы обуславливают появление депрессии и тревожности (Robins, 1986; D.O. Lewiset al., 1991; Robins&Rutter, 1990).

Депрессивные симптомы являются довольно распространенным явлением в детско-подростковом возрасте депрессия у детей и подростков может сочетаться с различными формами нарушений поведения, включающими делинквентное, девиантное, антидисциплинарное и аддиктивное поведение, а также соматовегетативными проявлениями. Это связано прежде всего с тем, что аффективная симптоматика не достигают высоты уровня проявления эмоциональ-

ных нарушений, как у взрослых, а маскируются поведенческими и соматовегетативными нарушениями. При первичном обращении не всегда можно решить полностью диагностические задачи, также в силу особенностей детского и подросткового возраста, поэтому возможна постановка так называемого «рабочего диагноза», как «смешанное расстройство эмоций и поведения», которое подразумевает наличие симптомов расстройств настроения, что позволяет назначить соответствующую терапию, направленную на устранение прежде всего депрессивных симптомов и наметить пути дальнейшей реабилитации таких пациентов.

РАЗДЕЛ 5. ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Лечебные мероприятия при депрессии носят комплексный характер, сочетая медикаментозные препараты и психотерапевтические техники. Предпочтением выбора того или иного метода терапии является прежде всего возраст ребенка и степень выраженности депрессивных проявлений. Так, для детей дошкольного и младшего школьного возраста и при легких формах заболевания (депрессии невротические и реактивные) в лечение предпочтительнее использовать психотерапевтические методы коррекции и проводить их амбулаторно. Ребенок на протяжении всего курса лечения должен жить обычной жизнью: ходить в школу, занимается домашней работой. При тяжелых случаях, когда пациент высказывает суицидальные мысли, лечение необходимо проводить только в стационаре с применением медикаментозных препаратов. Одним из важных условий лечения депрессии является привлечение семьи, взаимодействие со школой, чтобы выработать единую и последовательную тактику в ходе терапии, поддержать родителей и близких родственников, участвующих в оказании помощи детям и подростком.

5.1. Психотерапевтические методы коррекции

Если говорить о выборе методов в лечении депрессии детей и подростков, то психотерапевтические и психологические техники являются предпочтительными, в сравнении с медикаментозной терапией. Особенно при легких формах депрессий, требующей коррекции взаимоотношений в семье, школе, ближайшем окружении, т.е. от той микросоциальной среды, в которой находятся дети. Ведущими современными методами психотерапии в лечении депрессии включают: семейную, когнитивно-поведенческую, межличностную терапию.

Семейная терапия направлена на то, чтобы изменить факторы, которые предположительно способствуют высокому уровню стресса и вызывающие возникновение депрессии, объяснить причину заболевания ребенка, поддержать родителей, близких родственников. Поняв проблему, родители в легких случаях расстройств сами могут помочь справиться с реакциями депрессии, если они получили помощь специалиста в понимании что происходит и совет как оказывать помощь в домашней обстановке, во взаимоотношениях в школе, в обучении. Дети с депрессией должны получать поддержку со

стороны учителей, с умеренными требованиями к ним, со снижением учебных нагрузок, однако для решения этих конкретных вопросов необходимо получить согласие самого ребенка или подростка. Семейная терапия необходима для достижения позитивных изменений в системе семьи, направленная на то, чтобы растолковать истинную роль ребенка в семье и причину его депрессии, поддержать родителей, показать значимость их родительских обязанностей. Получив помощь, они должны увидеть настоящего ребенка, его нужды и стремления вместо своих собственных ожиданий.

В последнее время в лечении депрессии зарекомендовали себя современные формы поведенческой терапии, а именно когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и межличностная терапия (МЛТ).

Когнитивная поведенческая психотерапия направлена на то, чтобы дать переживаниям ребенка позитивный стимул, развить способность у детей шаг за шагом справляться с заданиями, а значит лучше приспособиться к социальным отношениям. Целью КПТ является устранить негативные травмирующие мысли и представления о самовосприятии, улучшить самооценку и научить выстраивать и стимулировать положительные жизненные отношения и социальные контакты. В ходе КПТ пациенту представляется приемлемая информация о природе депрессии, совместно планируется и структурируется режим дня и деятельности, отмечается положительный опыт, полученный в результате терапии, изменяются когнитивные установки. Поведенческий компонент КПТ дает возможность детям и подросткам с депрессией участвовать в социальных занятиях, навык которых может быть приобретен и в условиях тренинга.

Беседы с депрессивным ребенком или подростком требуют времени, настойчивости и предельной корректности, а так же активного, эмоционального сопереживания. Целью межличностной терапии является укрепление самооценки пациента, развитие способности выражать свои чувства, рассказывать о них, представлять травмирующие переживания, справляться с проблемами и конструктивно воздействовать самому на сложившуюся ситуацию. Выбор техник МЛТ зависит от возраста ребенка, от того, что имеется в распоряжении, так могут применяться игровая терапия, проективные методики с помощью картинок (которые в некоторых случаях больше поощряют к сотрудничеству, чем вербальное общение), психодрама, поддерживающая терапия разговором, в редких случаях – психоанализ.

Особенности применения психотерапевтических техник в лечении депрессии приведены в табл. 3.

Таблица 3

Психотерапевтические техники для лечения депрессии у детей и подростков

Виды психотерапии	Возраст	Цели	Методы
Семейная	Ранний, дошкольный, школьный, подростковый	Достижение позитивных изменений в семье Поддержка родителей	Консультирование Балетовские группы
Когнитивно-поведенческая	Школьный, подростковый	Устранение негативных травмирующих мыслей самовосприимчивости Улучшение самооценки Выстраивание положительных жизненных отношений и социальных контактов	Индивидуальные Групповые Тренинги
Межличностная	Дошкольный, школьный, подростковый	Укрепление самооценки Развитие способности выражать свои чувства Умение справляться с проблемами Конструктивно воздействовать на сложившуюся ситуацию.	Игровые Проективные Вербальные Психоанализ

Одним из методов лечения может быть светотерапия – положительный эффект лечения светом связан с усилением регулирующей функции коры головного мозга, а также с нормализацией активности вегетативной системы.

Предпочтение психотерапевтических методов перед медикаментозным показано в зарубежном исследовании (2011) в котором 75% молодых людей получил психологическую поддержку и 20% были прописаны препараты на 2 или более лет.

Задача психотерапевтического общения заключается в обучении пациентов с депрессией контролировать себя, свои эмоции, учиться сдерживаться, чтобы не причинять вред себе и окружающим. На заключительном этапе лечения следует убедить ребенка или подростка своевременно обратиться к психиатру при повторении болезненного состояния.

5.2. Медикаментозная терапия

Тревога, депрессивный синдром являются заболеваниями, для которых наиболее часто предусмотрены психотропные препараты. Однако роль антидепрессантов в терапии депрессий у детей и подростков неоднозначна.

Медикаментозное лечение детей и подростков используется относительно редко, но иногда применяется при лечении тяжелых

форм депрессии, если не помогает психотерапия. Усиление, уменьшение, отмену препаратов может назначить только врач-психиатр. Увеличение дозировки или резкая полная отмена назначенного препарата приведет к значительному ухудшению психического и физического состояния ребенка. При лечении депрессии очень важным является правильное распределение препаратов в течение суток, чаще 2-кратный прием антидепрессантов. В тех случаях, когда наблюдаются резкие суточные изменения настроения, правомерно назначение различных сочетаний и чередование препаратов, сглаживающих эти колебания. Принимая во внимание опасность самоубийства, следует заранее решить, кто именно в семье будет отвечать за выдачу препаратов ребенку.

В детско-подростковой практике неширок спектр применения антидепрессантов, из-за возрастных ограничений, поэтому можно использовать проверенные, допустимые в детской психиатрической клинике с доказанной эффективностью. Препаратами выбора являются антидепрессанты седативного или сбалансированного действия (с отсутствием или минимальным побочным действием) – амитриптилин, кломипрамин, сертралин, флувоксамин, которые назначают в сочетании с транквилизаторами и малыми нейролептиками. При симптомах нарушения мышления, патологическом фантазировании, бредовых расстройствах показано назначение небольших доз нейролептиков. При выраженной тревоге – клозапин (30-60 мг в сутки) (азалептин, лепонекс), левомепромазин (1-5 мг/кг в сутки) (тизерцин). Наряду с этим назначаются ноотропы, обладающие стимулирующим действием – фенибут, когитум, глицин, а также общеукрепляющее лечение и физиотерапия.

Назначение трициклических антидепрессантов (ТЦА) в лечении депрессий у детей и подростков спорно. Тем не менее доказаны положительные клинические результаты при применении ТЦА, особенно при воздействии на тяжелые депрессивные расстройства. Однако имеющиеся побочные эффекты (головокружение, сухость во рту, выраженная седация, чаще дозозависимые) затрудняют применение ТЦА.

В последнее время широкое применение в лечении депрессий у детей и подростков нашли селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Выбор в их пользу обусловлен незначительными антиадренергическими, антихолинергическими и антигистаминными побочными действиями, удобством применения (однократный прием в сутки) и эффективностью в редукции депрес-

сивной симптоматики.

По литературным данным при исследовании школьников в возрасте от 7 до 12 лет с применением торина (сретралина) 1 раз в сутки в течение 4 недель выявлено, что улучшение состояния наблюдались на 2-ой недели лечения. Улучшался сон, снижались тревожные переживания, депрессия, а также становилось более упорядоченным поведение без вспышек агрессии и улучшением контактов с окружающими. К концу лечения отмечалось выраженное улучшение в поведении и настроении, только у отдельных пациентов сохранялась лабильность настроения в ситуациях психоэмоционального напряжения, но без агрессивности в поведении. Поэтому торин рекомендуют для применения в качестве антидепрессанта в детской практике, обладающего высокой терапевтической активностью, отличающегося хорошей переносимостью и безопасностью применения.

Проведенное исследование по применению флуоксетина в течение 8-ми недель показало, что риск заболеть повторно был в 2,3 раза выше для тех, кто прекратил прием флуоксетина. Американская Академия детской и подростковой психиатрии рекомендует продолжение приема лекарств на 6 месяцев после выздоровления. Дети и подростки, перенесшие 2 или 3 эпизода депрессии должны получать поддерживающее лечение от 1 до 3 лет. Пациенты, перенесшие эпизод с психотическими симптомами, совершившими серьезные суицидальные попытки, резистентные к лечению должны получать еще более длительное поддерживающее лечение.

Флуоксетин является антидепрессантом с доказанной эффективностью для применения у детей и подростков в сравнении с потенциальными рисками при лечении депрессии. Этот препарат одобрен агентствами США, Европы и Великобритании. Поддерживающее лечение должно быть достаточно длительным. Суицидальный риск у детей и подростков возрастает при приеме любых антидепрессантов, поэтому необходимо следить за появлением таких симптомов как раздражительность, враждебность, саморазрушающее поведение у тех, кто получает антидепрессанты. Прием антидепрессантов более помогает подросткам, нежели младшим детям. Метаболизм лекарств сильно зависит от возраста, поэтому назначаемые дозы должны корректировать с весом и возрастом у детей и подростков.

В табл.4 приведены рекомендуемые возрастные дозы в детско-подростковом возрасте некоторых трициклических антидепрессантов и СИОЗС.

Таблица 4

Рекомендуемые дозы антидепрессантов в детском и подростковом возрасте

Антидепрессанты	Терапевтическая доза для детей до 7 лет	Терапевтическая доза для детей до 14 лет	Терапевтическая доза для подростков
Амитриптилин	10-30 мг	50-75 мг	75-100 мг
Имипрамин (Мелипрамин)	25 мг	25-50 мг	50-75 мг
Кломипрамин (Анафранил)	10-20 мг	20-50 мг	50-75 мг
Флуоксетин (феварин)	-	25-50 мг	50-100 мг
Сертралин (золофт, торин)	25 мг	25-50 мг	50-100 мг

Выбор медикаментозного, психотерапевтического или комбинированного подхода к терапии депрессивных расстройств зависит от тяжести депрессивной симптоматики, что и определяет характер лечения. При легкой депрессии достаточно психологической поддержки, снятия стресса. При умеренной депрессии полезен трехэтапный план ведения пациента: на первом этапе необходима психологическая поддержка, если это не помогает, то показана КПТ или МЛТ, если и это не помогает, то показано назначение антидепрессантов группы СИОЗС. При тяжелой депрессии показана комбинированная терапия КПТ (или МЛТ) с антидепрессантами группы СИОЗС.

Эффективно сочетание медикаментозного лечения с различными видами психотерапии: индивидуальной, групповой, арттерапией. В зарубежных исследованиях (2011) была отмечена эффективность комплексного подхода в лечении депрессии, в которых более половины молодых людей с депрессивными расстройствами использовали лекарственные препараты и терапию, в то время как юноши с расстройством поведения использовали только медикаментозное лечение. Низкий уровень использования комбинированной терапии свидетельствовал о том, что врачи и семьи не были осведомлены об эффективности данного подхода в лечении.

Особенности поведения и аффективных проявлений пациента требуют от педиатра необходимости направления на консультацию к психиатру, что требует большой деликатности и осторожности в формулировках. Можно обратиться в центр психолого-медико-социального сопровождения, находящийся в образовательной системе, где имеются штатные психологи. После консультации психолога психиатр может дать направление на лечение в специализированное медицинское учреждение. Такая этапность определяется смягчени-

ем в большинстве случаев болезненной реакции на рекомендацию лечения у психиатра. В случае суицидальной попытки консультация психиатра носит обязательный характер и должна быть проведена в кратчайший срок из-за возможности повторных суицидальных действий.

Условия лечения.

Стационарное – привыраженных аффектах тоски, тревоги или страха, агрессивности, суицидальных тенденциях, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств и амбулаторному лечению, неблагоприятных социально-бытовых условиях. Дети школьного возраста при стационарировании без перерыва должны продолжать обучение по программе той школы, в которой учились до стационарирования. Срок ведения больного в стационаре - от 4 до 12 недель (при необходимости может быть продлен), в полустационаре - до 12 месяцев.

Полустационарное (частичная госпитализация) – послестационарного лечения при необходимости закрепления положительного терапевтического эффекта и для обучения в щадящих условиях в школе при больнице.

Амбулаторное – приторезко выраженных депрессивных расстройствах, корригируемом поведении дома и в детских учреждениях, отсутствии социальной и учебной дезадаптации, отказе родителей от стационарирования.

Общие алгоритмы лечения депрессивного эпизода по Cheung K, Myers KM (2005)

Средней степени тяжести

1. Начать с психообразования и психотерапии (4-6 нед).
2. Если ответ частичный или его нет – продолжить психообразование и психотерапию и присоединить препарат СИОЗС (на 6-12 нед.).
3. Если нет достаточного ответа на выбранный СИОЗС – сменить его на другой препарат СИОЗС (на 6-12 нед.).
4. Если нет достаточного ответа и на второй препарат СИОЗС – пересмотреть диагноз/коморбидность (особенно РДВГ или тревожные расстройства)/комплаенс/ соматические расстройства/семейное функционирование/негативные жизненные события/болезни родителей и сиблингов. Возможен переход на антидепрессант второй линии – миртазапин, венлафаксий, бупропион, ТЦА.
5. Продолжать лечение еще 6-12 месяцев после появления до-

статочного ответа, затем, если не было обострений, начинать снижать дозу.

6. Если имеет место уже второй неосложненный эпизод – продолжительность терапии составляет 1 -3 года.

Тяжелого депрессивного эпизода

1. Начать с психообразования, психотерапии и препарата СИОЗС (на 4-6 нед.), при наличии суицидальных интений осуществлять соответствующий контроль и если требуется принимать меры.

2. Если нет ответа после 6-12 нед. – перейти на другой препарат СИОЗС (продолжать прием еще 6-12 нед)

3. Если нет ответа через 6-12 нед.- назначить антидепрессант второй линии мirtазапин, венлафаксин, бупропион, ТЦА

4. Принимать медикамент 1-3 года.

5. Если имели место 2 осложненных депрессивных эпизода, 3 и более. неосложненных депрессивных эпизода или хроническая депрессия прием медикаментов показан на срок от 3 лет до пожизненного.

В лонгитудинальных исследованиях (2011) было установлено, что средняя длительность депрессивного эпизода – 7-9 месяцев. Уровень рецидивирования у детей и подростков составляет от 34 до 50%. Рекуррентное течение в наблюдениях длительностью от 3 до 8 лет у детей и подростков было обнаружено на уровне от 54% до 72%.

5.3. Профилактика депрессий

Для профилактики развития депрессии у детей необходима организация психологической помощи в школах и училищах, с объяснением необходимости посещения психолога при возникновении проблем, улучшения климата в семье, занятия делами (пикники, походы в лес, спортивные игры). Ребенок чаще должен находиться на воздухе, быть активным при дневном свете и отдыхать в полной темноте. Это благоприятно воздействует на весь организм, нормализует биоритмы. Родители должны интересоваться жизнью ребенка, его увлечениями, знать друзей, но узнавать это ненавязчиво, в форме беседы, когда он сам все рассказывает, обращать внимание на поведение, замечать все новые пристрастия.

Самостоятельно дети не смогут выйти из депрессивного состояния, поэтому задача родителей вовремя обратить внимание на изменение в личности ребенка и обратиться за медицинской помощью.

Основная задача профилактической работы при депрессивных состояниях у подростков заключается в реализации природных способностей больного в период активного течения болезни и после его завершения для достижения максимальной адаптации субъекта в обществе по достижении зрелости. Для этого необходимым является непрерывающееся, вопреки болезненным расстройствам, приобретение навыков, знаний, обучение на доступном для данной стадии болезни уровне, в щадящих условиях. Прекращение обучения недопустимо даже при тяжелых формах депрессии.

Первым условием адекватности социального реабилитационного подхода является ранняя квалификация депрессивного состояния у подростка для своевременного введения терапии и медико-педагогических мер, направленных на профилактику (или восстановление) искажения межперсональных связей и учебной дезадаптации. Неверная диагностика и, следовательно, неадекватность лечения и медико-педагогических рекомендаций (академотпуск, дублирование классов, лечение в санатории общего типа – при соматизированных депрессиях, перевод во вспомогательную школу – при неправильной оценке ступидной депрессии как умственной отсталости, жесткие меры принуждения, перевод в школу для "трудных" детей и т.п.) могут служить причиной нарастающей дезадаптации, которая со временем становится непреодолимой.

Вторым условием правильного реабилитационного подхода является вопрос о форме ведения больного: стационарном, полустационарном, амбулаторном. Абсолютными показаниями для стационарного лечения подростка являются депрессии с суицидальными тенденциями, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением или обездвиженностью. Относительные показания для госпитализации при депрессии включают грубые формы школьной дезадаптации, конфликтную ситуацию в семье и школе, отсутствие критики родителей к состоянию ребенка, тяжелые социально-бытовые условия, резистентность психопатологических расстройств к лечению, необходимость введения больших доз психотропных средств. Благополучная семейная ситуация, правильное отношение родителей к заболеванию ребенка, взаимопонимание между родителями и лечащим врачом.

Начало профилактики школьной дезадаптации и ранней реабилитации по существу совпадает с первым осмотром ребенка или подростка, когда после сбора анамнеза и осмотра врач проводит раз-

яснительную работу и рациональную психотерапию с родителями. Цель которой заключается в коррекции неправильного отношения, крайними проявлениями которого являются жестокие меры принуждения и наказания или, напротив, стремление защитить, изолировать от сверстников, дать отдохнуть от занятий. Дети и подростки также нуждаются в психологической помощи, в доступной форме направленной на доказательство необходимости медикаментозного лечения, регулярных визитов к врачу и продолжение учебы. Основным принципом реабилитации в этом возрасте заключается в удержании или восстановлении депрессивного ребенка или подростка в школе, в непрерывающемся обучении во временно шадящих условиях, преодолении упорного отказа от школы и "школьных фобий". Наиболее полноценным всегда остается обучение детей и подростков в собственном классе.

При амбулаторных формах депрессий необходима попытка сохранить имеющуюся форму обучения, для чего необходимо предпринять меры, направленные на выработку у школьника и его родителей правильной психологической установки на обучение в своей школе, вести разъяснительную работу с педагогами для создания благоприятного психологического климата в коллективе, облегчения учебного режима (2-3 выходных дня в неделю, свободное посещение уроков).

В тех случаях, когда на фоне затяжного субпсихотического состояния развиваются более тяжелые формы школьной дезадаптации с падением успеваемости и страхом перед школой, необходимо в короткие сроки вводить индивидуальное обучение. По мере ослабления выраженности депрессивных расстройств школьник последовательно проходит стадии облегченного обучения: индивидуальное обучение на дому – индивидуальное обучение со свободным посещением класса – индивидуальное обучение по некоторым предметам с обязательным посещением других предметов – обучение в своем классе с 1-3 дополнительными свободными днями в неделю – обычное обучение. При улучшении состояния очень важен своевременный переход к более сложной форме обучения во избежание привыкания к шадящим условиям учебы.

При лечении в стационаре больной также по возможности должен посещать учебные занятия в классе при отделении. В дальнейшем при исчезновении депрессивной симптоматики и устойчивости установки на возвращение в школу ребенок или подросток, не про-

ходя упомянутых стадий щадящего обучения, может продолжать обучение по месту жительства.

Адаптационные возможности ребенка или подростка после перенесенных депрессий (в том числе депрессий психотического уровня) в большинстве случаев остаются очень высокими. Дублирование классов чаще всего является крайне нежелательной мерой, способной вызвать у школьника усугубление переживаний собственной неполноценности. Еще менее переносим для ребенка перевод во вспомогательную школу, поэтому дети с неожиданным падением успеваемости, полной учебной несостоятельностью, но нормальным предшествующим развитием должны особенно тщательно обследоваться не только психиатром, но и психологом, и дефектологом.

Реабилитационно-профилактический подход к школьникам с депрессивными состояниями всегда индивидуален, является длительным, последовательным, преемственным процессом, основу которого составляет сочетание щадящих условий со своевременной активизацией больного для достижения непрекращающегося обучения и воспитания, максимально приближающегося к форме обучения и воспитания здоровых детей, с обязательным пребыванием в коллективе сверстников.

Для профилактики и преодоления школьной дезадаптации у детей и подростков с затяжными и тяжелыми депрессивными состояниями необходим комплекс коррекционных мероприятий, объединяющих усилия различных специалистов: психиатров, психологов, психотерапевтов, в том числе семейных психотерапевтов, дефектологов, педагогов – при условии их обязательного тесного контакта с семьей депрессивного школьника.

Заключение

1. Депрессия у детей и подростков является достаточно распространенным заболеванием, симптомы которого зависят от стадии развития и могут значительно отличаться от его проявлений у взрослого.

2. Тщательная диагностика депрессии у детей и подростков необходима в связи с рисками, возникающими для будущего заболевшего ребенка, для эффективной и достоверной диагностики депрессии у детей самого разного возраста существуют помимо МКБ-10 диагностические классификации DSM-III-R и DSM-IV.

3. Суицидальные интении весьма распространены среди детей и подростков, страдающих депрессией, имеют свои особенности и

всегда требуют пристального внимания.

4. Психофармакотерапия СИОЗС в сочетании с психотерапией и психообразовательными программами являются наиболее эффективным способом лечения депрессии в педиатрической популяции.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

Лекарственные средства, применяемые для лечения депрессии у детей и подростков

1. Антидепрессанты.

Антидепрессанты (тимоаналептики) относятся к группе психоаналептических средств и оказывают положительное влияние на аффективную сферу больного, сопровождающееся улучшением настроения и общего психического состояния. При применении антидепрессантов уже в первые дни лечения может проявляться их психотропное действие и развиваться седативный или психостимулирующий эффект. Некоторые антидепрессанты обладают сбалансированным действием. Тимоаналептическое действие антидепрессантов развивается более постепенно (через 2-3 недели после начала лечения) в отличие от седативного и психостимулирующего эффектов.

В случае преобладания в структуре депрессивного синдрома тревоги и ажитации целесообразно назначение антидепрессантов с седативным действием, а в случае заторможенности и апатии – со стимулирующим. Препараты сбалансированного действия можно назначать в обоих случаях.

К седативным антидепрессантам относятся amitриптилин, флувоксамин; к антидепрессантам-стимуляторам – имипрамин, милнаципран; к антидепрессантам сбалансированного спектра действия – кломипрамин, сертралин.

1.1. Трициклические антидепрессанты (ТЦА)

Трициклические антидепрессанты получили название из-за наличия характерной трехциклической структуры. Механизм их действия связан с угнетением обратного захвата нейромедиаторных моноаминов пресинаптическими нервными окончаниями, в результате чего происходит накопление медиаторов в синаптической щели и активация синаптической передачи. Трициклические антидепрессанты, как правило, одновременно уменьшают захват разных нейромедиаторных аминов (норадреналина, серотонина, дофамина). ТЦА наиболее эффективны при лечении умеренной и тяжелой депрессии,

симптоматика которой включает психомоторные и соматические проявления, как, например, расстройства сна и аппетита. Для них характерна способность быстро редуцировать нарушения сна при депрессии.

Амитриптилин (Amitriptylinum)

Международное непатентованное наименование (МНН): Амитриптилин

Трициклический антидепрессант из группы неизбирательных ингибиторов нейронального захвата моноаминов. Обладает выраженным тимоаналептическим и седативным действием.

Фармакологическое действие. Механизм антидепрессивного действия амитриптилина связан с угнетением обратного нейронального захвата катехоламинов (норадреналина, дофамина) и серотонина в ЦНС. Амитриптилин является антагонистом мускариновых холинергических рецепторов в ЦНС и на периферии, обладает периферическими антигистаминовыми (H1) и антиадренергическими свойствами. Также вызывает антиневралгическое (центральное анальгетическое), противозвонное и антибулемическое действие, эффективен при ночном недержании мочи. Антидепрессивное действие развивается в течение 2-4 нед., после начала применения.

Фармакокинетика. Биодоступность амитриптилина при различных путях введения - 30-60%, его активного метаболита нортриптилина - 46-70%. Время достижения максимальной концентрации (T_{max}) после приема внутрь 2,0-,7,7 ч. Объем распределения 5-10 л/кг. Эффективные терапевтические концентрации в крови амитриптилина - 50-250 нг/мл, для нортриптилина (его активного метаболита) 50-150 нг/мл. Максимальная концентрация в плазме крови (C_{max}) -0,04-0,16 мкг/мл. Проходит через гистогематические барьеры, включая гематоэнцефалический барьер. Концентрации амитриптилина в тканях выше, чем в плазме. Связь с белками плазмы 92-96%. Метаболизируется в печени (путем деметилирования, гидроксирования) с образованием активных метаболитов - нортриптилина, 10-гидрокси-амитриптилина, и неактивных метаболитов. Период полувыведения из плазмы крови от 10 до 28 часов для амитриптилина и от 16 до 80 часов для нортриптилина. Выделяется почками - 80%, частично с желчью. Полное выведение в течение 7-14 дней. Амитриптилин проникает через плацентарный барьер, выделяется в грудное молоко в концентрациях, аналогичных плазменным.

Механизм антидепрессивного действия амитриптилина связан с

угнетением обратного нейронального захвата катехоламинов (норадреналина, дофамина) и серотонина в ЦНС. Амитриптилин является антагонистом мускариновых холинергических рецепторов в ЦНС и на периферии, обладает периферическими антигистаминовыми (H1) и антиадренергическими свойствами. Также вызывает антиневралгическое (центральное анальгетическое), противоязвенное и антибулемическое действие, эффективен при ночном недержании мочи.

Показания. Депрессии любой этиологии. Особенно эффективен при тревожно - депрессивных состояниях, в силу выраженности седативного эффекта. Не вызывает обострения продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций) в отличие от антидепрессантов со стимулирующим действием. Смешанные эмоциональные расстройства и нарушения в поведении (активности и внимания), фобические расстройства. Детский энурез (за исключением детей с гипотоническим мочевым пузырем). Психогенная анорексия, булимический невроз. Неврогенные боли хронического характера, для профилактики мигрени.

Противопоказания. Детский возраст до 6 лет, сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, острый и восстановительный период инфаркта миокарда, нарушение проводимости сердечной мышцы, выраженная артериальная гипертензия, острые заболевания печени и почек с выраженным нарушением функций, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки в стадии обострения, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря, пилоростеноз, паралитическая непроходимость кишечника, одновременное лечение ингибиторами MAO, повышенная чувствительность к амитриптилину. С осторожностью применять при бронхиальной астме, БАР и эпилепсии

Побочные эффекты и осложнения. Сухость во рту, запор, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, аккомодации, усиление потоотделение, сонливость, головокружение. Тремор, тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение давления, нарушение проводимости, изменения ЭКГ (особенно QRS), аллергическая реакция (кожная сыпь и др.). Все эти явления обычно проходят после адаптации к препарату или снижения доз.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим с ингибиторами MAO. Перерыв в лечении между приемом ингибиторов MAO и трициклическими антидепрессантами должен составлять не менее 14 дней. Усиливает угнетающее дей-

ствие на ЦНС следующих препаратов: нейролептиков, седативных и снотворных средств, противосудорожных препаратов, анальгетиков, средств для наркоза.

Дозы и применение. Детям от 6 до 12 лет - 10-30 мг/ или 1-5 мг/кг/ дробно, в подростковом возрасте - до 100 мг/. При ночном энурезе у детей 6-10 лет - 10-20 мг/ на ночь, 11-16 лет - до 50 мг/на ночь. У детей, подростков и молодых людей (младше 24 лет) с депрессией и другими психическими нарушениями антидепрессанты, по сравнению с плацебо, повышают риск возникновения суицидальных мыслей и суицидального поведения. Поэтому, при назначении amitriptyline или любых других антидепрессантов у данной категории пациентов, следует соотнести риск суицида и пользу от их применения.

В случаях начала лечения с внутримышечного или внутривенного введения препарата, применяют более высокие начальные дозы под контролем за соматическим состоянием. Инъекции постепенно заменяют приемом внутрь. После получения стойкого антидепрессивного эффекта через 2-4 недели дозы постепенно и медленно снижают. В случае появления признаков депрессии при снижении доз необходимо вернуться к прежней дозе. Если состояние больного не улучшается в течении 3-4 недель лечения, то дальнейшая терапия нецелесообразна.

Формы выпуска.

Амитриптилин (Россия), таблетки, 25 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 10 мг/мл, 2 мл.

Дамилена малеинат (Россия), капс., 50мг.

Амизол (Lekd.d., Словения), таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 20 мг, 2 мл.

Амитриптилин (ICNPolfarzeszowS.A., Польша), драже, 25 мг.

Саротен и саротен ретард (H.LunbdeckA/S, Дания), таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг, капс., 50 мг.

Мелипрамин (Melipramin)

Международное непатентованное наименование (МНН):Имипрамин.

Трициклический антидепрессант, относится к антидепрессантам с преимущественно стимулирующим действием. Оказывает антидепрессивное и психостимулирующее действие, а также обладает антидиуретическим (при ночном недержании мочи), некото-

рым анальгезирующим (центрального генеза) эффектом. Улучшает настроение, уменьшает чувство тоски, вызывает уменьшение двигательной заторможенности, повышение психического и общего тонуса организма.

Фармакологическое действие. Механизм антидепрессивного действия имипрамина и его активного метаболита дезипрамина связан с блокированием обратного нейронального захвата преимущественно норадреналина и, в меньшей степени серотонина, что приводит к увеличению их концентрации в синапсах центральной нервной системы (далее ЦНС). При длительном применении снижает функциональную активность бета-адрено- и серотониновых рецепторов головного мозга, нормализует адренергическую и серотинергическую передачу, восстанавливает равновесие этих систем, нарушенное при депрессивных состояниях. Эффективность при ночном недержании мочи обусловлена, по-видимому, антихолинергической активностью, приводящей к повышению способности мочевого пузыря к растяжению, прямой бета-адренергической стимуляцией, активностью альфа-адренергических агонистов, сопровождающейся повышением тонуса сфинктера, и центральной блокадой захвата серотонина. Оказывает центральное анальгезирующее действие, которое, как полагают, может быть связано с изменениями концентраций моноаминов в ЦНС, особенно серотонина, и влиянием на эндогенные опиоидные системы. Механизм анальгезирующего действия может быть связан с изменениями концентраций моноаминов в ЦНС, особенно серотонина, и влиянием на эндогенные опиоидные системы. Уменьшает двигательную заторможенность, улучшает настроение, антидепрессивное действие развивается в течение 2-3 нед после начала применения.

Фармакокинетика. Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность - 50-70%. Время достижения максимальной концентрации (Тстах) - 1-2 ч. Одновременный прием пищи не оказывает влияния на фармакокинетику имипрамина. Подвергается выраженному метаболическому превращению при первом прохождении через печень. Его основной фармакологически активный метаболит деметилимипрамин образуется за счет деметилирования имипрамина. Концентрации обоих соединений в плазме крови имеют значительные индивидуальные различия. Оба соединения связываются с белками плазмы (имипрамин на 60%, дезипрамин на 73-92%). Проникает через гематоэнцефалический и плацентарный

барьеры, накапливается в головном мозге, почках, печени. Терапевтически активная концентрация в плазме – 0,05-0,18 мг/л, токсическая – 0,7 мг/л, летальная - больше 1,6 мг/л. Соотношение между дезметилимипрамином, обладающим выраженной антидепрессивной активностью, и имипрамином в крови составляет приблизительно 1,5:15. Имипрамин выделяется преимущественно почками (40%) и, главным образом, в виде свободных и конъюгированных метаболитов. После однократного введения период полувыведения имипрамина варьирует от 9 до 28 часов. В случае передозировки этот показатель может существенно изменяться.

Показания. Депрессии и депрессивные состояния различной этиологии, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью: астенодепрессивный синдром, депрессивные состояния при психопатии и неврозах, ночной энурез у детей, нарушения поведения (активности и внимания), панические расстройства, хронический болевой синдром.

Противопоказания. Детский возраст до 6 лет, повышенная чувствительность к препарату; печеночно-почечная недостаточность; ИБС, тахикардия, застойная сердечная недостаточность, постинфарктный период; склонность к судорогам; шизофрения; глаукома; аденома предстательной железы; атония мочевого пузыря.

Побочные эффекты и осложнения. Головокружение, потливость, сердцебиение, сухость во рту, нарушение аккомодации (нарушение зрительного восприятия), эозинофилия (увеличение числа эозинофилов в крови), лейкоцитоз (увеличение числа лейкоцитов в крови); при передозировке возбуждение и бессонница.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим с ингибиторами MAO (усиление психостимулирующего эффекта). Флуоксетин и флувоксамин увеличивают концентрацию в плазме имипрамина (может потребоваться снижение дозы имипрамина на 50%). При совместном применении с холиноблокаторами, фенотиазинами и бензодиазепинами -взаимное усиление седативного и центрального холиноблокирующего эффектов и повышение риска возникновения эпилептических припадков (снижение порога судорожной активности); фенотиазины, кроме того, могут повышать риск возникновения нейролептического злокачественного синдрома.

Дозы и применение. Начинают с дозы 12,5 мг 1 раз/сут вечером, постепенно увеличивая суточную дозу до 75 мг (препарат принимают по 25 мг 3 раза/сут). При лечении ночного энуреза детям в

возрасте от 6 до 8 лет (масса тела 20-25 кг) препарат назначают в дозе 25 мг/сут, от 9 до 12 лет (масса тела 25-35 кг) - 25-50 мг/сут, старше 12 лет - 50-75 мг/сут.

При лечении детей необходимо учитывать, что доза не должна превышать 2,5 мг/кг массы тела ребенка.

Препарат лучше принимать однократно после ужина. В случаях, когда ребенок мочится в постель ранним вечером, суточная доза может назначаться в 2 приема: днем и после ужина.

Лечение энуреза должно продолжаться не более 3 мес. При уменьшении симптомов рекомендуется постепенная отмена препарата.

Формы выпуска.

Имизин (Россия), таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; раствор для в/м введения, 12,5 мг/мл.

Мелипрамин (EgisPharmaceuticalsWorksS.A., Венгрия), драже, 25 мг; раствор для в/м введения (амп.), 25 мг. 2 мл.

Анафранил (Anafranil)

Международное непатентованное название (МНН): кломипрамин

Обладает сбалансированным действием, является ингибитором обратного захвата норадреналина и серотонина. Высоко эффективен при депрессиях любой этиологии, особенно с выраженной тревогой и ажитацией.

Фармакологическое действие. Действие препарата связывают со стимуляцией адренергических и серотонинергических механизмов в ЦНС за счет угнетения обратного нейронального захвата медиаторов. В большей степени влияет на захват серотонина; чем обусловлена его эффективность при лечении обсессивно-компульсивных нарушений. Антидепрессивный эффект наступает относительно быстро (на первой неделе лечения). Обладает адреноблокирующей (преимущественно альфа1), холиноблокирующей и антигистаминной активностью. Психостимулирующее действие кломипрамина выражено в меньшей степени, чем у имипрамина, а седативный эффект - слабее, чем у amitриптилина.

Фармакокинетика. Анафранил действует на депрессивный синдром в целом, включая психомоторную заторможенность, угнетенное настроение и тревогу. Оказывает специфическое действие при обсессивно-компульсивных расстройствах и хронических боле-

вых синдромах.

После внутримышечного введения кломипрамин всасывается полностью. При повторном внутримышечном или внутривенном введении в дозе 50-150 мг/сут равновесная концентрация достигается на 2-ой неделе лечения. Максимальная концентрация в плазме достигается через 1,5-4 часа приема внутрь. Связь кломипрамина с белками плазмы крови составляет 97.6%. Кломипрамин метаболизируется, главным образом, путем деметилирования с образованием активного метаболита N-десметилкломипрамина. После внутримышечного и внутривенного введения конечный период полувыведения кломипрамина составляет в среднем 21 час. Клинический эффект отмечается обычно через 2-3 недели лечения.

Показания. Лечение депрессивных состояний различной этиологии, протекающих с различной симптоматикой: эндогенные, реактивные, невротические, органические, маскированные, инволюционные формы депрессии; обсессивно-компульсивные синдромы, фобии, хронические болевые синдромы.

Противопоказания. Детский возраст (до 5 лет), Повышенная чувствительность к кломипрамину или любым другим ингредиентам препарата, к трициклическим антидепрессантам из группы дибензазепина, одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), а также период менее 14 дней до и после их применения.

Побочные эффекты и осложнения. Сухость во рту, обильное потоотделение, тремор, головокружение, парез аккомодации, задержка мочеиспускания, ортостатическая гипотензия, заторможенность, аллергические кожные реакции. Редко – нарушения функции печени, гипрепирексия, судороги, агранулоцитоз.

Взаимодействия с другими лекарственными средствами. При совместном применении этанола и ЛС, угнетающих ЦНС возможно значительное усиление угнетающего действия на ЦНС, угнетение дыхания и гипотензивный эффект; с препаратами, обладающими антихолинергической активностью увеличивает риск возникновения побочных эффектов со стороны ЦНС, зрения, кишечника и мочевого пузыря. Флуоксетин и флувоксамин увеличивают концентрацию кломипрамина в плазме (может потребоваться снижение дозы кломипрамина на 50%).

Дозы и применение. Начальная доза - 10 мг в день, в течение 10 дней суточную дозу увеличивают: у детей в возрасте 5-7 лет - до 20 мг, в возрасте 8-14 лет - до 20-50 мг, а детям старше 14 лет - до 50

мг и выше.

Формы выпуска.

Анафранил (NovartisFarmaS.p.A, Италия; NycomedAustriaGmbHforNovartisFarmaGmbH, Австрия), таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 25 мг, 2 мл.

Кломипрамин (Nu-PharmInc., Канада), таблетки, покрытые оболочкой, 10,25 и 50 мг.

1.2. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Фармакотерапевтическая группа антидепрессантов, предназначенных для лечения тревожных расстройств и депрессии. СИОЗС являются современной и сравнительно легко переносимой группой антидепрессантов, избирательно блокирующих обратный захват серотонина. В отличие от трициклических антидепрессантов, для них значительно менее свойственны антихолинергические (холинолитические) побочные эффекты, редко возникает ортостатическая гипотензия и седация. СИОЗС обладают сравнимой с ТЦА эффективностью, хотя в некоторых случаях антидепрессивный эффект развивается постепенно (через 6-8 недель).

Сертралин (Sertraline)

Международное непатентованное название (МНН): Сертралин

Фармакологическое действие – антидепрессивное. Не оказывает стимулирующего, седативного или антихолинергического действия и не обладает кардиотоксичностью, не изменяет психомоторную функцию. В отличие от трициклических антидепрессантов, при лечении депрессии или обсессивно-компульсивных расстройств (навязчивого состояния) сертралином увеличения массы тела не происходит; у некоторых пациентов она даже снижается.

Фармакологическое действие. Селективно блокирует обратный захват серотонина пресинаптической мембраной нейронов головного мозга и тромбоцитами; незначительно влияет на уровень др. нейромедиаторов (норадреналина и дофамина) в синаптической щели. Не усиливает катехоламинергическую активность. Не обладает сродством к мускариновым холинорецепторам, серотониновым, допаминовым, гистаминовым, GABA, бензодиазепиновым и адренорецепторам. При длительном применении снижает количество адренорецепторов в ЦНС; сходный эффект оказывают другие клиниче-

ски эффективные антидепрессивные и антиобсессивные препараты.

Фармакокинетика. После приема внутрь полностью всасывается. Наличие пищи в желудке повышает максимальную концентрацию (на 25%) и сокращает время ее достижения. Максимальная концентрация достигается через 4,5-8,4 ч после приема. Связывание с белками плазмы составляет около 98%. Сертралин активно биотрансформируется при первом прохождении через печень. Основным метаболитом, обнаруживаемым в плазме, - N-десметилсертралин, который подвергается интенсивной биотрансформации при участии изофермента 3A4 цитохрома P450 (дезаминируется, гидроксिलируется) и конъюгирует с глюкуроновой кислотой. Период полувыведения сертралина составляет 22-36 ч, метилированного гомолога – 62-104 ч. Сертралин и N-десметилсертралин активно биотрансформируются, образующиеся метаболиты выводятся с калом и мочой в равных количествах. Только небольшая часть препарата (менее 0.2%) выводится с мочой в неизменном виде.

Показания. Лечение депрессивных состояний (в т.ч. сопровождающихся чувством тревоги), при наличии и отсутствии мании в анамнезе; обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) у детей и взрослых; панических расстройств, сопровождающихся или не сопровождающихся агорафобией; посттравматические стрессорные расстройства (ПТСР).

Противопоказания. Одновременное назначение ингибиторов MAO; повышенная чувствительность к препарату, возраст младше 6 лет, судорожные состояния.

Побочные эффекты и осложнения. Редко отмечаются сухость во рту, анорексия; редко - повышение аппетита, тошнота, рвота, неустойчивый стул, диарея, спазмы в желудке или животе, метеоризм или боли, снижение веса; головная боль, головокружение, бессонница, сонливость, тремор, нарушения движения (экстрапирамидные симптомы, изменение походки), акатизия, судороги, парестезии, симптомы депрессии, галлюцинации, агрессивность, возбуждение, тревожность, психоз, покраснение кожи или приливы крови, нарушение зрения (включая нечеткость зрения), зевота, потливость, аллергические реакции (полиморфная эритема, сыпь, зуд). Со стороны пищеварительной системы: тошнота, диарея, неустойчивый стул, отсутствие аппетита, диспепсия, сухость во рту.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. При совместном назначении с ингибиторами MAO вызывает гипер-

термию, ригидность, судороги мышц, изменения психического состояния, к которым относят спутанность сознания, раздражительность и чрезмерное возбуждение с развитием делирия и комы. Не совместим с этанолом. Усиливает эффект непрямых антикоагулянтов (увеличение протромбинового времени), блокирует цитохром P450 CYP2D6, повышая концентрацию в плазме одновременно применяемых препаратов, в метаболизме которых принимает участие этот фермент (трициклические антидепрессанты, антиаритмические средства I C класса - пропafenон, флекаинид).

Дозы и применение. У детей и подростков в возрасте 13-17 лет, страдающих ОКР, лечение следует начинать с дозы 50 мг/сут. У детей в возрасте 6-12 лет терапию ОКР начинают с дозы 25 мг/сут, через 1 неделю ее увеличивают до 50 мг/сут. В последующем, при недостаточном эффекте дозу можно увеличивать ступенчато по 50 мг/сут до 200 мг/сут по мере необходимости. Однако, чтобы избежать передозировки, при увеличении дозы более 50 мг необходимо принимать во внимание меньшую массу тела у детей по сравнению со взрослыми. Менять дозу следует с интервалом не менее 1 недели. Эффективность сертралина при депрессии или паническом расстройстве у детей в контролируемых исследованиях не установлена. Безопасность и эффективность сертралина у детей в возрасте менее 6 лет не доказаны.

Формы выпуска.

Золофт (Pfizer, Италия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Торин (Верофарм, Россия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Серената (Torrent, RanbaxyLaboratoriesLtd., Индия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Асентра (KRKA, Словения), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Стимулотон (ЭГИС, Венгрия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Флувоксамин (Fluvoxamine)

Международное непатентованное название (МНН): Флувоксамин
Фармакологическое действие – антидепрессивное. Эффект развивается через 1-4 нед.

Фармакологическое действие. Избирательно ингибирует об-

ратный нейрональный захват серотонина из синаптической щели, блокируя мембранный насос пресинаптической мембраны. Способствует усилению серотонинергической передачи и уменьшению кругооборота серотонина. Блокирует обратный захват серотонина в тромбоцитах. Незначительно влияет на обратный захват дофамина и норадреналина. Не влияет на гистаминергические, альфа- и бета-адренергические, м-холинергические, дофаминергические, 5-НТ1- и 5-НТ2-рецепторы.

Фармакокинетика. Хорошо всасывается из ЖКТ. Биодоступность не зависит от приема пищи и составляет около 53%. Равновесная концентрация в крови достигается примерно через 1 нед. Максимальная концентрация в равновесном состоянии достигается в течение 3–8 ч после приема очередной дозы. Корреляции между плазменной концентрацией и эффективностью не отмечено. Связывание с белками плазмы – около 80% (преимущественно с альбумином). В печени подвергается деметилированию и дезаминированию; идентифицировано девять неактивных метаболитов (флувоксаминовая кислота, флувоксэтанол и др.). Ингибирует изоферменты цитохрома P450: CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9, слабее влияет на CYP2D6. Период полувыведения – 15–20 ч. 94% экскретируется с мочой в течение 71 ч (2–3% в неизмененном виде). При исследовании выведения флувоксамина у пациентов с нарушением функции почек (клиренс креатинина 5–45 мл/мин), получавших его по 50 мг дважды в сутки, кумуляции не отмечено; при печеночной дисфункции выведение флувоксамина уменьшалось на 30%. У пациентов с генетически обусловленной недостаточностью фермента CYP2D6 (2–10% населения) максимальная концентрация и период полувыведения увеличивается.

Показания. Депрессия различного генеза, обсессивно-компульсивное расстройство.

Противопоказания. Гиперчувствительность, печеночная недостаточность, одновременный прием астемизола, цизаприда, терфенадина, средств, ингибирующих MAO (в том числе фуразолидона, прокарбазина, селегилина), грудное вскармливание, детский возраст до 8 лет.

Побочные эффекты и осложнения. Тошнота, иногда – рвота (в первые две недели приема препарата, как правило, исчезает), сухость во рту. Возможен запор, сонливость, головные боли, головокружение, бессонница, тревога, психомоторное возбуждение, чув-

ство страха, тремор, ощущение дискомфорта, астения, анорексия, диспепсия, диарея. Также может незначительно увеличиться ЧСС (частота сердечных сокращений) – на 2-6 ударов в минуту, усилиться потоотделение. После резкой отмены флувоксамина в редких случаях наблюдались головная боль, тошнота, головокружение, чувство страха.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим со средствами, ингибирующими MAO, в т.ч. фуразолидоном, прокарбазином и селегилином (риск развития серотонинергического синдрома и летального исхода). Развитие серотонинергического синдрома (озноб, гипертермия, ригидность мышц, миоклонус, вегетативная лабильность, гипертонический криз, возбуждение, тремор, двигательное беспокойство, судороги, диарея, гипоманиакальное состояние) возможно на фоне приема препаратов с серотонинергической активностью (триптофан, соединения лития). Повышает концентрацию в плазме крови пропранолола (в 5 раз), метопролола и других бета-адреноблокаторов, непрямых антикоагулянтов, в т.ч. варфарина (на 98%), карбамазепина, клозапина (в 3 раза), трициклических антидепрессантов (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин). Прием флувоксамина одновременно с антипсихотическими средствами группы бутирофенона, включая галоперидол, приводит к повышению их плазменной концентрации или к 2–10-кратному увеличению содержания флувоксамина. Способен угнетать биотрансформацию лекарственных средств, метаболизирующихся при участии изоферментов CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9, CYP2D6 цитохрома P450 (фенитоин, хинидин, теофиллин, кофеин и др.), повышая риск развития побочных реакций. Прием флувоксамина на фоне астемизола, цизаприда или терфенадина может привести к выраженному удлинению интервала Q – T и появлению аритмий типа «пируэт» (возможен летальный исход). При одновременном приеме с дилтиаземом может развиваться брадикардия, с суматриптаном – слабость, гиперрефлексия и нарушение координации движений. Уменьшает выведение бензодиазепинов (алпразолам, бромазепам, диазепам, мидазолам, триазолам), вызывая их кумуляцию; не влияет на выведение лоразепама, оксазепама и темазепама.

Дозы и применение. Дети старше 8 лет и подростки

Начальная доза составляет 25 мг/сут на один приём. Поддерживающая доза 50 - 200 мг/сут. При лечении ОКР у детей в возрасте от 8 до 18 лет суточная доза не должна превышать 200 мг. Суточные

дозы свыше 100 мг рекомендуется распределять на 2 или 3 приема.

При хорошем терапевтическом ответе на препарат лечение может быть продолжено при помощи индивидуально подобранной суточной дозы. Если улучшение не будет достигнуто через 10 недель, то лечение флувоксамином следует пересмотреть. Однако обсессивно-компульсивные расстройства носят хронический характер, и поэтому можно считать целесообразным продление лечения флувоксамином сверх 10 недель у больных, хорошо ответивших на этот препарат. Подбор минимальной эффективной поддерживающей дозы должен осуществляться с осторожностью в индивидуальном порядке. Периодически необходимо заново оценивать необходимость в лечении.

Форма выпуска.

Феварин (Эбботт Хелсеа САС, Нидерланды), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

2. Лекарственные препараты других групп

Атаракс (Atarax)

Международное непатентованное название (МНН): Гидроксизин

Групповая принадлежность: анксиолитическое средство

Фармакологическое действие. Производное пиперазина, обладает умеренной анксиолитической активностью; оказывает также седативное, противорвотное, антигистаминное и м-холиноблокирующее действие. Блокирует центральные м-холино- и Н1-гистаминовые рецепторы и угнетает активность определенных субкортикальных зон. Не вызывает психической зависимости и привыкания. Клинический эффект наступает через 15-30 мин после приема внутрь. Оказывает положительное влияние на когнитивные способности, улучшает память и внимание. Расслабляет скелетную и гладкую мускулатуру, обладает бронходилатирующим и анальгезирующим эффектами, умеренным ингибирующим влиянием на желудочную секрецию. Гидроксизин значительно уменьшает зуд у больных крапивницей, экземой и дерматитом. При длительном приеме не отмечено синдрома отмены Полисомнография у больных бессонницей и тревогой наглядно демонстрирует удлинение продолжительности сна, снижение частоты ночных пробуждений после приема однократно или повторно гидроксизина в дозе 50 мг. Сниже-

ние мышечного напряжения при тревоги в дозе 50 мг 3 раза в день.

Фармакокинетика. Препарат быстро поступает в кровь после всасывания в желудочно-кишечном тракте. Максимальная концентрация в плазме наблюдается через два часа после приема препарата внутрь. При повторном приеме концентрация препарата увеличивается на 30%. При приеме внутрь биодоступность препарата составляет до 80%. Распределение гидроксизина происходит во всем организме с преимущественным накапливанием в тканях. Гидроксизин проходит через гематоэнцефалический и плацентарный барьер, накапливаясь в высокой концентрации в тканях плода. Метаболизм гидроксизина происходит с преимущественным образованием цетаризина, обладающего свойствами антагониста гистаминовых рецепторов. Метаболиты препарата выводятся из организма с мочой в неизменном виде.

Показания. Повышенная возбудимость, тревожность; психоневротические состояния; atopический дерматит, экзема, зудящий дерматоз, крапивница; премедикация; послеоперационный период (в составе комбинированной терапии); рвота.

Противопоказания. Гиперчувствительность (в т.ч. к цетиризину и др. производным пиперазина, аминофиллину и этилендиамину).

Побочные эффекты и осложнения. Сонливость, слабость, сухость во рту; головная боль, головокружение, тремор, атаксия, острое повышение внутриглазного давления, задержка мочи, тахикардия, запоры, нарушение аккомодации, повышенное потоотделение, снижение АД, повышение активности "печеночных" трансаминаз, бронхоспазм, аллергические реакции. Симптомы: выраженное антихолинергическое действие, угнетение или парадоксальная стимуляция ЦНС, тремор, судороги, дезориентация; редко - снижение АД, спутанность сознания, тошнота, рвота, непроизвольная двигательная активность, галлюцинации, аритмия.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Усиливает действие опиоидных и неопиоидных анальгетиков, барбитуратов, анксиолитиков, этанола. Усиливает антихолинергическое действие антигистаминных и антипсихотических ЛС (нейролептиков) и антидепрессантов. Препятствует развитию прессорного эффекта эпинефрина, изменяет противоэпилептический эффект фенитоина. Атропин и др. м-холиноблокаторы влияния на активность гидроксизина не оказывают. Уменьшает действие бетагистина и антихолинэстеразных ЛС.

Способ применения и дозы. Детям от 1 года до 6 лет для симптоматического лечения зуда - 1 мг/кг/сут, максимально - 2.5 мг/кг/сут; с 6 лет - 1 мг/кг/сут, максимально - 2 мг/кг/сут в несколько приемов.

Форма выпуска.

Атаракс (UCB S.A. Pharma Sector, Бельгия), таблетки покрытые оболочкой,
25 мг

Тенотен

Международное непатентованное название (МНН):

Клинико-фармакологическая группа: ноотропный препарат с анксиолитической активностью.

Фармакологическое действие. Препарат оказывает успокаивающее, противотревожное (анксиолитическое) действие, не вызывая нежелательных гипногенного и миорелаксирующего эффектов. Улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок. Обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действием. В условиях интоксикации, гипоксии, при состояниях после острого нарушения мозгового кровообращения оказывает нейропротекторное действие, ограничивает зону повреждения, нормализует процессы обучения и памяти в ЦНС. Ингибирует процессы перекисного окисления липидов.

Фармакокинетика. Модифицирует функциональную активность белка S-100, осуществляющего в мозге сопряжение синаптических (информационных) и метаболических процессов. Оказывая ГАБК-миметическое и нейротрофическое действие, повышает активность стресс-лимитирующих систем, способствует восстановлению процессов нейрональной пластичности.

Показания. Невротические и неврозоподобные расстройства, сопровождающиеся повышенной возбудимостью, раздражительностью, тревогой, нарушением поведения и внимания, вегетативными расстройствами.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата; детский возраст до 3 лет.

Побочные эффекты и осложнения. При использовании по указанным показаниям и в рекомендуемых дозировках побочного действия не выявлено. Возможны реакции повышенной индивиду-

альной чувствительности к компонентам препарата.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами.

Случаев несовместимости с другими ЛС до настоящего времени не зарегистрировано. В состав препарата входит лактоза, в связи с чем его не рекомендуется назначать пациентам с врожденной галактоземией, синдромом мальабсорбции глюкозы или галактозы, либо при врожденной лактазной недостаточности. В связи с наличием в действии препарата Тенотен детского активирующего свойства, последний прием осуществлять не позже, чем за 2 ч до сна.

Способ применения и дозы. Внутрь, вне приема пищи. 1 табл. на один прием (держать во рту до полного растворения). При необходимости таблетку можно растворить в небольшом количестве кипяченой воды комнатной температуры. В зависимости от выраженности клинических симптомов — по 1 табл. 1–3 раза в сутки. Курс лечения — 1–3 мес; при необходимости курс лечения можно продлить до 6 мес или повторить через 1–2 мес. При отсутствии стойкого улучшения состояния в течение 3–4 нед после начала лечения необходимо обратиться к врачу.

Форма выпуска.

Тенотен (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия), таблетки для рассасывания, 20 шт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психиатрия: национальное руководство/ под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке. А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

2. Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Под ред. д.м.н. Н.А. Бохана, д.м.н. Н.Е. Буториной, д.м.н. Е.Н. Кривулина. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2009 – 230 с.

3. Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростка / Н. - Челябинск, 2006. С. 23 – 216.

4. Дроздовский Ю. В. Клиника формирующихся расстройств личности у подростков с нарушениями поведения (динамический, социально-психологический, профилактический аспекты): диссертация ... доктора медицинских наук. – Томск, 2003.- 490 с.

5. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология (под общей редакцией проф. Ю.С. Шевченко, проф. А.Л. Венгера) – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006.

6. Кривулин Е.Н., Бохан Н.А. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди подростков пенитенциарного учреждения//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 107-109.

7. Малинина Е.В., Забозлаева И.В. Применение торина (сертралина) в лечении депрессивных и обсессивно-компульсивных расстройств в детском возрасте. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова №8 (том 110), 2010 с.22-24.

8. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт -М.: «Триада-Х», 2008.-405 с.

9. Голубева О.И. Автореф. диссерт. на соискание уч. степени канд. мед. наук «Депрессивные расстройства в младенческом и раннем возрасте», 2010.

10. Бецкова Н. В. Автореф. диссерт. на соискание уч. степени канд. мед. наук «Депрессивные расстройства поведения у мальчиков среднего школьного возраста», 2007.

11. Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К.Гиллберга и Л.Хеллгрена, Рус изд. Под общ. ред. П.И.Сидорова; Пер. со швед. Ю.А. Макковеевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 544 с.

12. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем./ Под. ред. Х.

Ремшмидта. – М.: Мир, 2000.

13. Clavenna A, Andretta M, Pilati P, Dusi M, Gangemi M, Gattoni MB, Lombardo G, Zocante L, Mezzalana L, Bonati M. Antidepressant and antipsychotic use in an Italian pediatric population. Laboratory for Mother and Child Health, Department of Public Health, Mario Negri Institute for Pharmacological Research, Milan, Italy, 2011.

14. Gopalan G, Dean-Assael K, Klingenstein K, Chacko A, McKay MM. Caregiver Depression and Youth Disruptive Behavior Difficulties. Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine., 2011

15. Mendenhall AN, Demeter C, Findling RL, Frazier TW, Fristad MA, Youngstrom EA, Arnold LE, Birmaher B, Gill MK, Axelson D, Kowatch RA, Horwitz SM. Mental health service use by children with serious emotional and behavioral disturbance: results from the LAMS study. School of Social Welfare, University of Kansas, Lawrence, KS, USA, 2011.

16. Peris TS, Bergman RL, Asarnow JR, Langley A, McCracken JT, Piacentini J. Clinical and cognitive correlates of depressive symptoms among youth with obsessive compulsive disorder. Semel, University of neurology and behavior California, USA, 2010.