

ГБОУ ВПО ЮУГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ ФАКУЛЬТЕТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина, В.В. Колмогорова

ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Челябинск 2015

УДК 616.895 – 053.2 (075.8)

ББК 56.14 я 75

3 – 12

Рецензенты: К.Ю. Ретюнский, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, д.м.н.

Т.В. Раева, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, доцент, 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.

В.В. Колмогорова, доцент кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, к.м.н.

Учебное пособие содержит описание современных представлений о депрессии в детском возрасте, включая вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и терапии. Представлены клинические симптомы депрессивных расстройств в возрастном аспекте. 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.

Учебное пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по специальности Психиатрия

Учебное пособие утверждено на заседании ученого Совета ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России от 20.06.2013 г. протокол № 10

Учебному пособию присвоен гриф УМО 246/05.05-20 по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России от 16.07.2014

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ _____

ПРЕДИСЛОВИЕ _____

РАЗДЕЛ 1. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ _____

1.1 Определение эмоций и их развитие _____

1.2 Классификация эмоций _____

1.3. Синдромы эмоциональных расстройств _____

1.3.1. Маниакальный синдром _____

1.3.2. Смешанные состояния _____

1.3.3. Депрессивный синдром _____

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ _____

РАЗДЕЛ 2. ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ _____

2.1 Этиология и патогенез депрессий у детей _____

2.2 Клиника депрессий у детей _____

2.2.1 Клинические проявления депрессий у детей раннего возраста _____

2.2.2 Клинические проявления депрессии у детей дошкольного и младшего школьного возраста _____

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ _____

РАЗДЕЛ 3. ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ _____

3.1 Клинические особенности депрессий у подростков младшего пубертатного возраста _____

3.2 Клинические особенности депрессий у подростков старшего пубертатного возраста _____

3.3 Дистимии у детей и подростков _____

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ _____

РАЗДЕЛ 4. ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ _____

4.1. Психотерапевтические методы коррекции _____

4.2. Профилактика депрессий _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. _____

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ _____

ПРИЛОЖЕНИЕ. _____

ТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ _____

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА _____

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– антидепрессант
БАР	– биполярное аффективное расстройство
БДР	– большое депрессивное расстройство
ДОН	– детский опросник невротизма
ДР	– депрессивные реакции
ДЭ	– депрессивный эпизод
КПТ	– когнитивно-поведенческая терапия
ЛС	– лекарственные средства
МАО	– моноамин оксидаза
МКБ-10	– Международная классификация болезней десятого пересмотра (1992)
МЛТ	– межличностная терапия
ПАВ	– психоактивные вещества
ПД	– пенитенциарная дезадаптация
ППД	– патологически привычные действия
ПЭП	– последствия перинатальной энцефалопатии
ТЦА	– трициклические антидепрессанты
СДВГ	– синдром дефицита внимания и гиперактивности
СИОЗС	– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СХ	– шкала Спилбергера-Ханина
ЦНС	– центральная нервная система
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭСТ	– электросудорожная терапия
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 – <i>англ.</i>)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Депрессия является в настоящее время одним из наиболее распространенных аффективных расстройств. Долгие годы детские психиатры отвергали идею возникновения депрессии в детском возрасте. Считалось, что симптомы депрессии являются нормальными и временными проявлениями, присущими определенным стадиям детского развития. Однако депрессия для детей и подростков представляет собой такую же проблему, как и для взрослых. В настоящее время известно, что сниженное расстройство настроения в детско-подростковом возрасте часто встречающееся, не всегда распознаваемое тяжелое расстройство, распространенность которого постоянно увеличивается и составляет от 20% до 85%.

Диагностика депрессии зачастую затруднена из-за крайней изменчивости, неустойчивости и многообразия проявлений, маскированности соматической и вегетативной симптоматикой, влияния множества внешних, средовых факторов. Течение депрессивного расстройства в форме типичной меланхолии, когда диагностика однозначна, а терапевтическая тактика определена, встречается у детей относительно редко.

Для назначения адекватного лечения необходимо своевременное выявление депрессивной составляющей патологического состояния. Это осложняется тем обстоятельством, что дети и подростки с аффективными расстройствами с опозданием попадают в поле зрения психиатра, поскольку на первый план выступает нарушение поведения, которые окружающие расценивают как проявление «дурного характера и распушенности». В таких случаях истинную природу патологического состояния часто выявляют при поступлении больного в стационар, нередко в связи с неожиданной для окружающих суицидальной попыткой, которая при депрессивных расстройствах особенно велика. В связи с трудностью распознавания патологического состояния пациенты 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 аффективного расстройства сниженного настроения, включающие биологические, психосоциальные причины.

Отражено соответствие основных психопатологических симптомов депрессии возрастным особенностям детского и подросткового возраста и дифференциальная диагностика с другими аффективными, невротическими расстройствами.

Большое внимание уделено диагностике и терапии депрессивных состояний, поскольку они имеют отличительные особенности от взрослых, с применением медикаментозных препаратов 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. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

1.1 Определение эмоций и их развитие

Эмоции (от лат. *emoveo* – волную, потрясаю) – это субъективные реакции человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия, радости, страха, гнева, горя, стыда, вины.

Эмоции – это своеобразный индикатор, дающий человеку сведения о том, насколько значим для него раздражитель и была ли адекватной реакция организма.

Эмоции являются психическим отражением в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта. Эмоции имеют объективные (соматовегетативные) и субъективные (психологические) свойства. *Вегетативные реакции* при проявлении эмоций сопровождаются изменениями ЧСС, колебаниями АД (бледностью и покраснением кожи), потоотделением, слюноотделением (пересыханием во рту), расширением зрачка, пиломоторными реакциями («гусиная кожа»), дермографизмом (изменением окраски кожи при ее механическом штриховом раздражении), повышением тонуса мышц, угнетением моторики желудочно-кишечного тракта, мышечным напряжением, миганием, движением глаз. Эмоции сопровождаются не только вегетативными реакциями, но и выразительными движениями, мимикой, позой и жестами, интонациями голоса, речью, поведением.

Анатомо-физиологическим субстратом эмоций служат подкорковые (лимбико-диэнцефальные) отделы, участвующие в вегетативно – эндокринной регуляции деятельности органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ, скелетной и гладкой мускулатуры и корковые структуры, регулирующие функции внимания, мышления, произвольной деятельности. В формировании эмоций участвуют гиппокамп, гипоталамус (формирование потребностей – здесь находятся центры голода, жажды, холода, сна и т.п.). В эмоциях принимает участие ретикулярная формация ствола мозга (оказывает возбуждающее и тормозящее влияние на кору больших полушарий). Участие корковых структур очень сложное: затылочная доля включается, когда человек зрительно воспринимает какие-либо эмоциональные ситуации (пейзаж), за слуховое восприятие отвечает височная кора. За системные проявления эмоциональных реакций отвечает лобная доля с эмоциональной оценкой своих поступков.

В процессе жизнедеятельности человека эмоции имеют свое развитие. *Онтогенез* (от греч. – происхождение, рождение) – индивидуальное развитие организма, совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований, претерпеваемых организмом. В детском и подростковом возрасте эмоциональное развитие выражается в усложнении объектов, вызывающих отклик и в разнообразии внешнего выражения ощущений. Эмоциональный опыт детей постепенно обогащается в результате

общения с другими людьми, расширения диапазона восприятия, навыков, знаний и опыта. В табл.1 представлен онтогенез эмоций в детском и подростковом возрасте.

Таблица 1

Возрастные этапы формирования эмоций у детей и подростков

Возраст	Особенности эмоций
<i>Ранний</i> (от 0 до 3-х лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Критическим периодом развития эмоций является возраст до 3-х лет. 2. Обусловлены биологическими потребностями. 3. Выражаются соматовегетативными проявлениями. 4. Направлены на самосохранение, удовлетворение базовых инстинктов (прежде всего пищевого). 5. Появление нестойких представлений о действительности, формирование отношения к близким. 6. Появляются социальные формы гнева – ревность и зависть, если мать на глазах ласкает чужого ребенка, то ребенок сердится и плачет. 7. В условиях эмоциональной депривации эмоциональная сфера ребенка не будет развиваться.
<i>Дошкольный</i> (4-6 лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сохраняются биологические потребности. 2. Постепенно формирование высших нравственных эмоций под влиянием окружающей среды, оценки поведения со стороны окружающих «хорошо – плохо». 3. Уменьшение возбудимости эмоций. 4. Возрастают устойчивые чувства. 5. В результате социальных контактов появляются такие эмоции, как радость, удовольствие, стыд, страх.
<i>Младший школьный</i> (7-10 лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эмоции приобретают самостоятельное выражение в чувствах. 2. Переживания связаны с новым социальным этапом в жизни ребенка – со школой. 3. Сильные проявления эмоций возникают при трудности решения контрольных, поставленных задач в ситуациях нехватки времени.
<i>Младший подростковый</i> (10-15 лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжается совершенствование высших эмоций. 2. Улучшается вербальное обозначение базовых эмоций страха и радости. 3. Чувства становятся дифференцированными. 4. Появляется критическая оценка эмоциональных реакций. 5. Возрастная динамика эмоциональных свойств личности характеризуется возбудимостью и вспыльчивостью, обидчивостью, мстительностью.

<p><i>Старший подростковый</i> (15-18 лет)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заканчивается формирование основных высших эмоций (морально-нравственных, этических, эстетических). 2. Расширяется круг предметов и явлений, вызывающих чувства. 3. Корректируются интеллектуальной деятельностью. 4. Формируется возможность подавления внешних проявлений эмоций, мимических реакций и выразительных движений.
<p><i>Юношеский возраст</i> (18-22 года)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основной содержательной характеристикой эмоций и чувств является будущее. 2. Доминируют эмоции, связанные с ожиданием будущего. 3. Полное формирование высших человеческих эмоций. 4. Чувства становятся подвластны рассудку.

Динамика возрастных изменений эмоциональной сферы имеет следующие моменты:

- 1) увеличение количества объектов, имеющих социальный характер;
- 2) возрастает дифференцированность эмоциональных переживаний;
- 3) возникновение эмоциональных переживаний не только по поводу настоящего, но и по поводу будущего;
- 4) появление способности отличать экспрессивность от переживаний;
- 5) увеличение способности понимания эмоций других людей;
- 6) переход эмоциональных реакций от импульсивности к произвольности.

1.2 Классификация эмоций

Существует несколько классификаций эмоций, которые различаются по силе переживания, по влиянию на жизнедеятельность и по содержанию.

В общем эмоции дифференцируют на:

1. Положительные (приятные), которые побуждают к достижению и сохранению эмоций, имеют приятный эмоциональный фон, переживаются как удовольствие, являются положительным подкреплением для человека. К положительным эмоциям относятся *радость, энтузиазм, веселье, интерес, мечтательность, удовольствие*.

2. Отрицательные (неприятные) стимулируют активность человека, направленную на избегание вредных воздействий и делятся на стенические и астенические.

Стенические – это *гнев, негодование, ярость*; *астенические* – *тоска, страх, ужас*. Стенические эмоции возникают и протекают при повышении энергетической активности, они мобилизуют ресурсы организма, стимулируют деятельность мышц, нервной и сердечно-сосудистой систем. Астенические эмоции, наоборот, протекают на фоне подавления энергетического и интеллек-

туального потенциала организма, угнетения психической деятельности, мышечной активности, торможения любых ответных реакций организма.

3. Низшие – основанные на инстинктах, связанные с органическими потребностями ощущения голода и жажды, самосохранения, поддержания как биологического вида.

4. Высшие - возникают в связи с удовлетворением общественных потребностей, связаны с духовными потребностями и подразделяются на:

интеллектуальные (познавательный интерес);

эстетические (переживание прекрасного);

моральные (переживание человеком его отношения к другим людям);

практические (связанные с деятельностью).

I. По выраженности и длительности переживаний:

Эмоциональная реакция представляет собой кратковременное и неглубокое эмоциональное переживание, характеризуется высокой скоростью возникновения и быстротечностью. Кратковременная по длительности, может быть достаточно выраженной, интенсивной и связанной с вызвавшим ее событием или предметом. Например, от внезапного шума или крика, радости от услышанных слов или воспринятой мимики, гнев в связи с возникшим препятствием или по поводу чьего-то поступка.

Аффект (от лат. affectus – душевное волнение, переживание) – сильное и относительно кратковременное душевное волнение, которое может сопровождаться возбуждением, резкими двигательными и вегетативными проявлениями. При ясном сознании нарушен контроль над своим поведением.

Аффекты могут различаться:

- физиологический – без помрачения сознания,
- астенический – быстро истощающийся с угнетенным настроением,
- стенический – с повышенным самочувствием и психической активностью,
- неадекватный – несоответствующий или противоречащий содержанию переживания.

● *патологический* – кратковременное нарушение психической деятельности, которое выражается в бурной эмоциональной реакции, возникающей без повода или неадекватной по силе вызвавшему ее раздражителю или травмирующему событию. По силе реакции патологические аффекты значительно превосходят физиологические, сочетаются с помрачением сознания и автоматическими, бесцельными или опасными действиями (нападение, убийство). После патологического аффекта обнаруживается амнезия, которая может быть полной или частичной (с сохранением отрывочных воспоминаний). Проявляется у возбудимых личностей, при органических расстройствах, эпилепсии, при алкоголизме и наркомании.

Настроение – длительное, устойчивое эмоциональное состояние, не достигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течение длительного периода времени. Может колебаться в сторону повыше-

ния или понижения адекватно соответствующей обстановке, физическому или психическому состоянию.

Страсть – длительное, выраженное, напряженное, глубокое эмоциональное состояние, значимое для человека, направленное на определенный объект или вид деятельности.

II. По характеру («содержанию»):

Симптомы повышенного настроения (*гипертимии*)

Симптомы сниженного настроения (*гипотимии*)

Симптомы качественного искажения эмоций (*паратимии*)

Симптомы повышенного настроения (гипертимии) включают:

Гипертимия – повышенное настроение, сопровождающееся усилением двигательной и волевой активности, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.

Эйфория (греч. *euphoria* – состояние удовольствия) – переживание сильного душевного подъема, веселого настроения, чувства оптимизма, абсолютно-го благополучия, сопровождающееся двигательным и психическим возбуждением, может быть не мотивировано окружающей обстановкой и объективным состоянием человека.

В патологических случаях эйфория может сопровождаться бредовыми расстройствами (бред величия, чувство неуязвимости), также отмечается при умственной отсталости и при поражениях лобных долей головного мозга.

Мория (*mania* – нелепость, ребячество) – патологически повышенное настроение в сочетании с нелепым поведением, двигательным возбуждением, беспечностью, дурашливостью, склонностью к грубым шуткам, с расторможенностью влечений, показным стремлением подшутить над окружающими. В детском и подростковом возрасте может встречаться мореоподобное поведение – это перманентная эйфория с дурашливостью разболтанностью, непоседливостью, суетливостью. Наблюдается при травматических поражениях и опухолях в лобных отделах головного мозга, при интоксикационных психозах.

Экстаз (от греч. *extasis* – исступление, восхищение) – крайняя степень экзальтации, при котором на фоне восторженно-исступленного настроения доминирует чувство страсти. Высшая степень восторга, воодушевления, восторженности. Это состояние сопровождается чувством восторженности, опьянения, отрешенности от действительности, игнорированием реальных внешних ощущений в котором теряются границы между внешним и внутренним. Реакции на внешние раздражители отсутствуют, глаза широко открыты, взор устремлен вдаль, на лице выражение восхищения. Входит в структуру маниакального синдрома, онейроидного нарушения сознания.

К симптомам сниженного настроения относятся:

Гипотимия – пониженное, подавленное, тоскливое настроение, переживание безысходности с фиксацией только на отрицательных событиях. Входит в структуру депрессивных, невротических, онейроидных синдромов.

Тоска – душевная боль, мука, сопровождающаяся подавленностью, унынием, безнадежностью, отчаянием, страданием. Входит в структуру депрессивных, невротических синдромов.

Апатия (от греч. Apatia – бесчувственность) – расстройство, сопровождающееся снижением жизненного тонуса, вялостью, безразличием к себе, всему окружающему. Характерна для депрессивных, эндогенных и психоорганических расстройств.

Ангедония (от греч.) – снижение или утрата способности получать удовольствие, сопровождающееся потерей активности в его достижении. При ангедонии утрачивается мотивация к деятельности, которые обычно приносят удовольствие, включая спорт, хобби, музыку, сексуальную активность и социальные взаимодействия. Встречается при депрессии (особенно при большой депрессии), шизофрении, тревожном расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве, деперсонализации и расстройствах личности.

Тревога – неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся ожиданием неблагоприятного развития событий, наличием дурных предчувствий, страха, напряжения и беспокойства. Может встречаться при различных нозологиях: аффективных, невротических, психоорганических и эндогенных расстройствах.

Страх (фобия) – негативное эмоциональное переживание, опасение за себя, своих близких, которое испытывает человек при встрече с угрозой или при ее ожидании. Отмечается при аффективных, невротических, бредовых синдромах.

По степени выраженности страхи бывают в виде:

- испуга – внезапного кратковременного страха, при ситуации угрожающей жизни или благополучию человека;
- боязни – постепенно возникающее продолжительное чувство страха при длительном времени опасности, на которую может быть оказано определенное воздействие;
- ужаса – повышенная степень страха с характерным угнетением рассудочной деятельности.

Страх и тревога вполне обычны в повседневной жизни, и поэтому их рассматривают как оправданные явления, которые не нуждаются в терапии.

Однако если они легко возникают, постоянны, граничат с паникой, то в этих случаях их рассматривают как заболевание.

В детском и подростковом возрасте наблюдается типичная возрастная динамика фобий, в соответствии с изменением потенциальных опасностей и объектов страхов в процессе развития индивида.

В раннем возрасте (от 2 до 4-х лет) – страхи темноты, одиночества, сказочных персонажей (ведьм, чертей, приведений), животных.

В дошкольном и младшем школьном возрасте (5-7 лет) – социализированные переживания (боязнь получить плохую оценку, наказания родителей), страх заразиться опасной болезнью, смерти.

В подростковом возрасте встречаются страхи определенных социальных ситуаций (экзамена, приема пищи, публичного выступления, встречи с лицами противоположного пола), авторитарных личностей, боязнь за будущее.

Если переживания фобий у детей и подростков проходят без нарушений в поведении, то можно говорить о физиологическом отклонении страхов, но при значительных затруднениях в адаптации, возникают болезненные состояния.

Критерии патологических проявлений страхов:

1. чрезмерная интенсивность и длительность переживаний;
2. затяжной характер течения;
3. выраженное нарушение поведения;
4. отсутствие возможностей для ослабления или преодоления страхов;
5. необычное содержание страхов и объектов;
6. несоответствие реакции страха с ситуацией, в которой они возникают.

Синдромы страхов у детей встречаются при различной нервно-психической патологии и имеют определенные клинические характеристики, представленные в табл.2.

Таблица 2

Клинические характеристики синдромов страхов у детей

п/н	Типы страхов	Виды страхов	Клинические проявления
1.	<i>Навязчивые страхи</i>	Заражения, загрязнения, острых предметов, закрытых помещений, транспорта, смерти.	Связаны с психогенией; конкретны по содержанию; переживание чуждости; активное стремление к преодолению.
2.	<i>Сверхценного содержания</i>	Темноты, одиночества, животных, устрашающих объектов.	Представления доминируют в сознании; заряжены аффектом; убежденность в обоснованности страхов; тенденция к генерализации; отсутствие попытки преодолеть страх.
3.	<i>Бредового содержания</i>	Теней, ветра, шума воды, разнообразных обыденных предметов, персонажей из	Имеют диффузный характер; сопровождаются постоянной тревогой, настороженностью, боязливостью, постоянные. подозрительность к окружающим.

		книг, сказок:	
4.	<i>Недифференцированные бессодержательные</i>	Страх смерти вообще или без причинный	Переживания неопределенной угрозы жизни; общее двигательное беспокойство и разнообразные вегетативные нарушения.
5.	<i>Ночные невротические</i>	Устрашающие сновидения, ночные кошмары	Возникают во время ночного сна, с наличием измененного сознания по типу рудиментарного сумеречного помрачения.

Депрессия (от лат. depressio – подавление, угнетение) – болезненное патологически пониженное настроение (гипотимия), с тоской, негативной пессимистической оценкой своего прошлого, настоящего и будущего с идеаторной и двигательной заторможенностью. Депрессия может быть отдельным симптомом в рамках невротических, психоорганических и эндогенных расстройств, а также как отдельное самостоятельное заболевание при патологии аффективной сферы.

Дисфория (греч. disphoria — раздражение, досада) – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. В редких случаях может проявляться атипично в виде приподнятого или экзальтированного настроения с раздражительностью, напряженностью, агрессивностью. Характерна для органических заболеваний головного мозга, эпилепсии, а также для некоторых форм психопатий (эксплозивной, эпилептоидной).

Симптомы качественного искажения эмоций (паратимии):

Эмоциональная лабильность – частая интенсивная смена настроения, возникающие в связи с незначительными изменениями ситуации или под влиянием событий, которые не подразумевают яркой реакции. Встречается при повышении АД, атеросклерозе сосудов головного мозга, при опухолях нервной системы, как следствие черепно-мозговых травм, соматических заболеваний, инфекционных и токсических поражений. Также наблюдается при биполярном аффективном расстройстве (БАР), шизоаффективном психозе, при субдепрессивных состояниях различной этиологии.

Слабодушие – недержание эмоций, с быстрым переходом от веселого настроения к слезливости, а затем опять к беспечному благодушию без достаточного на то основания, эмоции при этом поверхностные, переживания неглубокие. Чаще проявляется у пожилых людей, страдающих атеросклерозом сосудов головного мозга.

Эмоциональная ригидность (инертность, "тугоподвижность", "вязкость" эмоций) – трудности переключаемости с одной эмоциональной реакции на другую при смене ситуации. Отличается «вязкостью» эмоций, их стабильностью с фиксацией внимания и аффекта на каких-либо значимых событиях, объектах, психотравмирующих обстоятельствах, на неудачах и обидах (злопамятность),

волнующих темах. Отмечается у акцентуированных тревожно-мнительных и паранойяльных личностей, при эпилепсии.

Эмоциональное огрубение – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций в сфере высших чувств и отношениях с окружающими при этом утрачиваются сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства и уважения к другим, появляются расторможенность, назойливость, цинизм, бесцеремонность, заносчивость, не соблюдаются элементарные приличия. Характерно при алкоголизме, атеросклеротических изменениях личности.

Эмоциональная тупость – душевная холодность, опустошение, черствость, бессердечие, состояние, связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций, переходящее в полное равнодушие и безучастность. Отмечается при алкогольной деградации.

Неадекватность эмоций – эмоциональная реакция, не соответствующая ситуации или поводу, вызвавшей ее. Встречается в структуре кататонических синдромов.

Амбивалентные эмоции (лат. ambit-вокруг, с обеих сторон +valens, valentis - сильный) – парадоксальное присутствие двух взаимоисключающих эмоций, сосуществование разных чувств по отношению к одному и тому же объекту. Крайние варианты амбивалентности проявляются неспособностью осознавать факт антагонизма возникающих в одно и то же время полярных эмоций, свидетельствуют о глубокой степени расщепления личности.

Патологический аффект – это кратковременное психическое расстройство в виде взрыва сильнейшего аффекта (обычно ярости, бешенства) в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию с помрачением (сужением) сознания, двигательным возбуждением, с автоматизированными действиями, последующей амнезией. Патологическому аффекту сопутствуют резкие вегетативные сдвиги, возможны дебюты и рецидивы психических, а также соматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз и др.).

1.3. Синдромы эмоциональных расстройств

Эмоциональные психопатологические синдромы – это комплекс симптомов, в клинической картине которых преобладают стойкие расстройства настроения, проявляющиеся его снижением (депрессия) или повышением (мания). Общее название группы психических расстройств, связанных с нарушениями в эмоциональной сфере относится к аффективным нарушениям.

Аффективные синдромы (расстройства настроения) – это синдромы, в которых преобладающим расстройством является нарушение эмоций. Описываются в рубрике F 30 – 39 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ – 10).

В зависимости от характера аффекта выделяют *депрессивные и маниакальные синдромы*.

Каждый из этих синдромов характеризуется триадой:

- *аффективные расстройства* со снижением (гипотимией) или повышением (гипертимией) настроения;
- *двигательные нарушения* с замедленностью или ускорением;
- *идеаторные изменения* с замедленностью или ускорением ассоциативно-мыслительных процессов.

Классификация аффективных синдромов:

I Простые (типичные) синдромы:

Маниакальный синдром.

Депрессивный синдром.

II Сложные (атипичные) синдромы с появлением в структуре аффективного синдрома других психопатологических проявлений (обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых).

III Смешанные состояния, сочетающие одновременно депрессивные и маниакальные симптомокомплексы.

1.3.1. Маниакальный синдром

Маниакальный синдром характеризуется *триадой*: повышенным радостным настроением (гипертимией), ускорением ассоциативных процессов (идеаторный компонент) и чрезмерным стремлением к деятельности (двигательное возбуждение).

В клинической картине ведущими психопатологическими проявлениями являются веселость, отвлекаемость, изменчивость внимания, поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему; превосходное расположение духа, чувство необычайной бодрости, прилив сил, отсутствие утомляемости. Стремление к деятельности сопровождается отсутствием завершения ни одно из начатых дел, бездумная и беспорядочная трата денег. При общении обращает внимание ускоренный темп мышления, изменчивость внимания (существенное или незначительное вызывает интерес, но ни на чем не задерживается длительное время, нередко с комментариями всего, что попадает в поле зрения), многоречивость. Больные поют, читают стихи, часто развивается скачка идей (резкое ускорение мышления, при котором происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой, сбивчивость и непоследовательность высказываний, достигающие степени бессвязности), интонации патетические, театральные. Также свойственна переоценка собственной личности, высказывание желания прославить себя в качестве выдающегося исследователя, артиста, писателя или выдаются за таковых, нестойкие сверхценные идеи величия. Повышается аппетит, сокращается продолжительность сна или развивается бессонница, повышается сексуальность.

Маниакальные синдромы делятся на:

I. Простые мании

II. Сложные маниакальные синдромы

Классификация маниакальных синдромов представлена в табл.3.

Виды маниакальных синдромов

Виды маниакальных синдромов	Варианты проявлений маниакальных синдромов
<i>Простые</i>	Веселая (солнечная) мания Спутанная мания Гневливая мания Психопатоподобные маниакальные состояния
<i>Сложные</i>	Маниакально-бредовые состояния Мания с онейроидом Маниакальные состояния с дурашливостью

Простые или типичные мании характеризуются триадой. Выделение отдельных вариантов простых маниакальных состояний связано с преобладанием в структуре синдрома одного из компонентов маниакальной триады.

- *Веселая (солнечная) мания* – доминирует веселость, но не отмечается ускорения мышления, ассоциаций и повышенной продуктивности и стремление к деятельности выражены нерезко.

- *Спутанная мания* – при усилении интенсивности ассоциативного процесса отвлекаемость доходит до скачки идей, степени бессвязности и речевой спутанности, стремление к деятельности в виде беспорядочного, хаотического возбуждения.

- *Гневливая мания* – преобладание раздражительности, гневливости, придирчивости вплоть до возникновения возбуждения со злобой, яростью, разрушительными тенденциями, агрессией – *маниакальное буйство*. В ряде случаев гневливая мания может возникать перед окончанием маниакального состояния.

- *Психопатоподобные маниакальные состояния* – нестойкий аффект, нет стремления к деятельности, импульсивные влечения (сексуальные и садистические), агрессивность по отношению к родным и близким. Маниакальный аффект крайне нестойкий, отсутствует стремление к различным видам деятельности. Отвлекаемость, сочетается с раздражительностью: все, что привлекает внимание больного, вызывает крайнюю степень недовольства и раздражения.

Сложные (атипичные) маниакальные синдромы характеризуются появлением в структуре аффективного синдрома других регистров психопатологических проявлений: обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых, явлений психического автоматизма, кататонических расстройств.

Маниакально-бредовые состояния – состояние, характеризующееся развитием на фоне мании бреда, галлюцинаций, признаков психического автоматизма без помрачения сознания.

В случаях маниакальных состояний с развитием острого чувственного бреда обращают на себя внимание экстатический оттенок повышенного настроения, патетика, экзальтированность, многоречивость. Возникает инсценировка с изменением восприятия окружающего, с ощущением, что разыгрывается спектакль, главную роль в котором играет больной; содержанием разыгрываемой пьесы обычно бывают героические поступки, как будто совершенные больным в прошлом, или безоблачное будущее пациента. Возможно развитие антагонистического фантастического бреда и идей величия, что позволяет квалифицировать состояние как острую маниакальную парафрению. Нередко маниакальные состояния с острым фантастическим бредом и идеями величия сопровождаются развитием вербальных псевдогаллюцинаций (острая маниакальная псевдогаллюцинаторная парафрения) или конфабуляций фантастического содержания (острая маниакальная конфабуляторная парафрения).

Мании с онейроидом – повышенное настроение с плоскими шутками и гримасничанью сочетается с гебефренической дурашливостью и кататоническим возбуждением. В этих случаях онейроид развивается в картине маниакальных состояний не внезапно, ему предшествуют состояния острого чувственного и острого фантастического бреда. Онейроидные расстройства экспансивного содержания могут занимать значительное место в картине маниакального приступа, иногда развивается в качестве эпизода на высоте приступа. Характерны кататонические расстройства в виде возбуждения, ступора.

Маниакальные состояния с дурашливостью – психопатологическая картина, которая складывается из повышенного настроения, склонности к нелепым и плоским шуткам, гримасничаньям, тенденции к совершению нелепых поступков. Возможны бредовые идеи, вербальные галлюцинации, психические автоматизмы. На высоте состояния наблюдаются явления пуэрилизма (лат. *puerilis* детский – наличие в поведении и высказываниях взрослого человека черт, свойственных детям) и псевдодеменции (ложное слабоумие – состояние, при котором отмечается грубое, нарочитое нарушение ориентации в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности).

Маниакальный эпизод в классификационной системе DSM-IV представлен следующими *диагностическими критериями*:

1. Патологически и устойчиво повышенное, экспансивное или раздражительное настроение, сохраняющееся, по крайней мере, на протяжении *1 недели* (или же любой продолжительности, в случае необходимости госпитализации)

2. Присутствие, по крайней мере, 3 - 4-х из перечисленных признаков:

- Повышенная самооценка или идеи величия
- Снижение потребности во сне
- Необычная многоречивость
- Скачка идей
- Повышенная отвлекаемость
- Повышение активности или психомоторное возбуждение
- Чрезмерное вовлечение в досуговые мероприятия с потенциально неблагоприятными последствиями

●Выраженное нарушение трудового и социального функционирования или сопутствующие психотические симптомы

К симптомам повышенного настроения также относится *гипомания* (*mania levis, mania mitis*), которая представляет собой более легкую форму мании и не характеризуется развитием психотических симптомов. Данное состояние характеризуется патологически измененным фоном настроения с легкой или умеренной степенью выраженности маниакальными симптомами, которое может длиться в течение нескольких дней или многих месяцев. Основным отличием от состояния мании является то, что гипомания может быть диагностирована через 4 дня и не характеризуется выраженными нарушениями функционирования.

Диагностическими критериями гипомании в DSM-IV являются:

1. Легкая мания, длительностью, по крайней мере, 4 дня, не подразумевает влияние психоактивных веществ. Это является ограничением, так как наиболее частые формы гипомании длятся менее 2 дней и зачастую связаны со злоупотреблением алкоголем или психоактивными веществами.

2. Повышенное, экспансивное или раздражительное настроение

3. Заметные окружающим изменения

4. Отсутствие госпитализации и психотических симптомов

5. Менее выраженные изменения в социальном или профессиональном функционировании в сравнении с манией

Гипомания является важным диагностическим критерием для диагностики типа течения БАР преимущественно II типа, где ведущими фазами являются депрессивные расстройства, которые чередуются гипоманиями и их наличие выявляется при тщательном сборе анамнеза.

В табл.4 представлены отличительные особенности гипомании.

Таблица 4

Позитивные и негативные стороны гипомании

Позитивные стороны гипомании	Негативные стороны гипомании
Меньшая потребность во сне	Большое число разъездов, безрассудное вождение
Больше энергичности	Повышенные траты и/или покупки
Большая уверенность в себе	Безрассудные денежные вложения
Повышение мотивации к работе	Высокая раздражительность, нетерпеливость
Более высокая социальная активность	Легкая отвлекаемость
Более высокая физическая активность	Повышение сексуального интереса
Больше планов, идей	Повышенное употребление кофе, сигарет
Менее выражены застенчивость, за-	Повышенное употребление алкоголя,

комплексованность	психоактивных веществ
Большая, чем обычно, разговорчивость	Большое число разъездов, безрассудное вождение
Крайне веселое настроение, повышенная оптимистичность	Повышенные траты и/или покупки
Легкие шутки, смех, быстрое мышление	Безрассудные денежные вложения
Меньшая потребность во сне	

У детей и подростков отмечаются возрастные особенности протекания маниакального синдрома, представленные в табл.5.

Таблица 5

Возрастные особенности маниакального синдрома у детей и подростков

Возраст	Клинические особенности маниакальных состояний
<i>Детский</i> (от 0 до 10 лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атипичность 2. Гипоманиакальные состояния 3. Изменения в инстинктивной сферы (укороченный и беспокойный сон, повышенный аппетит, сексуальные девиации). 4. Изменения в поведении (бестактность, отсутствие дистанции, моторное возбуждение, многоречивость, суетливость, отсутствие целенаправленной деятельности).
<i>Подростковый</i> (от 11 до 18 лет)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Типичная мания, как у взрослых с 15-16-лет. 2. Гневливая мания 3. Делинквентный эквивалент мании, (склонность к совершению правонарушений и хулиганских действий, алкоголизация, злоупотребление ПАВ без заметного повышения настроения). 4. Мориоподобная мания

У детей и подростков маниакальные состояния необходимо дифференцировать с шизофреническим процессом, при котором основным отличием является отсутствие «теплых» эмоций, холодность, отгороженность от окружающих и отсутствие стремления к общению. При раннем начале БАР отмечается нарушения сна, тревога, субпсихотические состояния, в анамнезе отягощенный семейный анамнез по аффективной патологии. С классическим состоянием мории вследствие органического поражения лобных отделов головного мозга помогают отличить дополнительные обследования: отсутствие грубого органического поражения лобных отделов головного мозга при мориоподобной мании; анамнестические данные (например, указания на прооперированную опухоль головного мозга свидетельствуют в пользу классической мории).

Также маниакальные состояния у детей и подростков следует дифференцировать с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания (СДВГ), сравнительные характеристики которых представлены в табл.6.

Таблица 6

Дифференциальная диагностика СДВГ и БАР у детей и подростков

Симптом	СДВГ	Маниакальное состояние
<i>Напористая речь</i>	++	+++
<i>Гиперактивность</i>	+++	+++
<i>Снижение потребности во сне</i>	+	+++
<i>Нарушение внимания</i>	+++	+++
<i>Раздражительность</i>	++	+++
<i>Повышенная самооценка</i>	+	+++
<i>Лабильность</i>	++	+++
<i>Агрессивность</i>	++	+++

В МКБ – 10 маниакальный синдром представлен в рубрике F 30.

F30.0 Гипомания.

А. Повышенное или раздражительное настроение, которое является явно аномальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня подряд.

Б. Должны быть представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни:

- 1) повышенная активность или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость;
- 3) затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;
- 4) сниженная потребность во сне;
- 5) повышение сексуальной энергии;
- 6) небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения;
- 7) повышенная общительность или фамильярность.

В. Расстройство не отвечает критериям мании (F30.1 и F30.2), биполярного аффективного расстройства (F31-), депрессивного эпизода (F32-), циклотимии (F34.0) или нервной анорексии (F50.0).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения:

Эпизод не может быть приписан употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

F30.1 Мания без психотических симптомов

А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или подозрительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума. Это изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на

протяжении по меньшей мере недели (если только его тяжесть недостаточна для госпитализации).

Б. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то - четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость ("речевое давление");
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей";
- 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;
- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
- 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
- 8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;
- 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

В. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკυζия, восприятие красок как особенно ярких).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством (в смысле F00-F09).

F30.2 Мания с психотическими симптомами.

А Эпизод отвечает критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия В.

Б. Эпизод не отвечает одновременно критериям шизофрении (F20.0-F20.3) или маниакального типа шизоаффективного расстройства (F25.0).

В. Присутствуют бред или галлюцинации, но помимо тех, что перечислены в качестве типичных для шизофрении в критерии, т. е. бреда, который не является совершенно невероятным по содержанию или культурально неадекватным, и галлюцинаций, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера. Наиболее частыми примерами является бред величия, значения, эротический или персекуторного содержания.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть приписан употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Пятый знак может быть использован для определения бреда или галлюцинаций как соответствующих или несоответствующих настроению:

F30.20 с психотическими симптомами, соответствующими настроению (такими как бред величия или "голоса", сообщающие больному о его сверхчеловеческих силах)

F30.21 с психотическими симптомами, не соответствующими настроению (такими как "голоса", говорящие больному об эмоционально нейтральных вещах или бред значения или преследования).

F30.8 Другие маниакальные эпизоды.

F30.9 Маниакальный эпизод, неуточненный.

1.3.2. Смешанные состояния

Смешанные состояния – это атипично и одновременно протекающие фазы циркулярного психоза, характеризующиеся смешением маниакальной и депрессивной симптоматики, когда 3 ингредиента, составляющие аффективный синдром взаимно заменяются.

Впервые выделены Крепелиным Е. в 1896.

- Заторможенная мания со скачкой идей и повышенным настроением при двигательной заторможенности;

- Маниакальный ступор с заменой скачки идей заторможенностью мышления при заторможенной моторике;

- Ассоциативно-замедленная мания с повышенным настроением, заторможенностью мышления вместо скачки идей;

- Гиперактивная депрессия – повышенная деятельность при угнетении мыслительных процессов и пониженном настроении;

- Ассоциативно-ускоренная депрессия с ускорением интеллектуальной деятельности, наплывом мыслей и двигательной заторможенностью.

Смешанный эпизод в DSM-IV соответствует диагностическим критериям:

1. Симптомы соответствуют критериям как маниакального, так и большого депрессивного эпизода (за исключением продолжительности) практически ежедневно в течение, по крайней мере, 1 недели

2. Выраженное нарушение трудового и социального функционирования или госпитализация, с целью предупреждения нанесения вреда себе или окружающим, или психотические симптомы

3. Симптомы не являются следствием непосредственного физиологического эффекта различных веществ (например, лекарственных, наркотических средств и др.) или соматического состояния (например, гипертиреоза).

1.3.3. Депрессивный синдром

Депрессивный синдром характеризуется *триадой*: пониженным настроением (гипотимией), идеаторным торможением и психомоторной заторможенностью.

В *клинической картине* ведущими психопатологическими проявлениями являются различной степенью снижения настроения от легкой печали, грусти

до глубокой тоски и отчаяния с тягостными ощущениями в области сердца, груди. Снижение темпа мыслительного процесса, со снижением памяти, внимания, идеями самообвинения, никакие приятные события не могут изменить ход этих мыслей, ответы на вопросы носят односложный характер с частыми и длительными паузами. Мысли о себе становятся негативными, с фиксацией на отрицательных сторонах жизни, собственной ненужности, никчемности, обременительности для близких. Трудности самостоятельно принимать решения. Отмечается замедление движений, речи, с тихим голосом, мимика скорбная, выражение лица печальное, фигура сторбленная, подолгу сохраняется и не меняется поза, в тяжелых случаях полная обездвиженность вплоть до депрессивного ступора, но может внезапно сменяться приступами возбуждениями, взрывами тоски (меланхолический раптус). Наблюдаются суточные колебания с нарушением режим сна и бодрствования, с бессонницей. Аппетит может исчезнуть полностью или, наоборот, усилиться и приводить к перееданию. Боли в области сердца, желудка, запоры. Быстрая утомляемость даже при небольших физических и умственных нагрузках. Нередко возникают расстройства сексуальной сферы. Отмечаются случаи употребления алкоголя и наркотиков, которые создают у больного ложное ощущение хорошего самочувствия. Депрессия в тяжелых случаях может привести к суицидальным мыслям и попыткам.

Диагностические критерии депрессивного эпизода (А.С.Тиганов,2008):

Основные симптомы:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;

- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение внимания и сосредоточения;

- снижение самооценки,

- неуверенность в себе;

- идеи виновности и самоуничижения;

- пессимистическое видение будущего;

- суицидальные мысли.

Симптомы соматической патологии:

- слабость,

- утомляемость;

- боли;

- затрудненное дыхание;

- учащенное сердцебиение;

- похудание;

- снижение аппетита;

- запоры;

- расстройства сна;

- нарушение менструального цикла;
- снижение либидо.

Депрессивный эпизод в диагностической классификации **DSM-IV** представлен следующими критериями:

На протяжении 2-х недель должны присутствовать 5 или более из нижеперечисленных 9-ти симптомов (и эти симптомы должны включать как минимум 1 из двух основных симптомов: депрессивное настроение и/или утрата интересов или удовольствия):

- депрессивное настроение (у детей и подростков может проявляться раздражительностью);
- значительное снижение удовольствия или интереса ко всем или почти всем видам деятельности;
- снижение веса и аппетита (возможно усиление аппетита и увеличение веса);
- инсомния (возможна гиперсомния);
- психомоторное возбуждение или торможение;
- снижение энергичности и повышенная утомляемость;
- чувство никчемности и сниженная самооценка или неадекватное чувство вины;
- заторможенное мышление или снижение способности концентрации внимания;
- суицидальные тенденции.

Депрессивные синдромы делятся на: (А.С.Тиганов,2008)

I. Простые депрессии

II. Сложные депрессивные синдромы

Классификация депрессивных синдромов представлена в табл.6.

Таблица 6

Виды депрессивных синдромов

Виды депрессивных синдромов	Варианты проявлений депрессивных синдромов
<i>Простые</i>	Меланхолическая (тоскливая) Тревожная Анестетическая Апатическая Адинамическая Дисфорическая
<i>Сложные</i>	Сенесто-ипохондрическая Депрессия с бредом и галлюцинациями Депрессия с кататонией

Меланхолическая или тоскливая депрессия характеризуется пониженным настроением, тоской, ангедонией, идеаторной и моторной заторможенностью, суицидальными мыслями и тенденциями. Тягостными физическими и соматовегетативными ощущениями. Внешне больные выглядят неопрятными, целые дни проводят в однообразной позе или лежат в постели, выражение лица скорбное, движения и речь замедленные, отсутствует стремление к деятельности. Характерна для взрослых, меланхолическая депрессия у подростков встречается при БАР, реже при эндореактивных депрессиях.

Тревожная депрессия – состояние, при котором на первый план выступает тревога с мучительным тягостным ожиданием неизбежного конкретного несчастья с ощущением внутренней напряженности, беспокойства, сопровождается однообразными речевым и двигательным возбуждением. Сочетается с идеями самоуничтожения и отчаянием. Тревожные депрессии могут быть ажитированными и заторможенными:

- *тревожно-ажитированные депрессии* в клинической картине характеризуются двигательным возбуждением в виде ажитации с ускоренной речью, вплоть до двигательной бури с бесцельными стереотипными движениями или нигилистическим бредом (*синдром Катара*) при котором больной убежден, что давно умер, «все внутри сгнило» или «мучения вечны, и он никогда не умрет». Аффективные нарушения могут сочетаться с иллюзиями, рудиментарными зрительными, вербальными и экстракампинными галлюцинациями, фобиями, деперсонализационными-дереализационными расстройствами;

- *заторможенные депрессии* в психопатологическом проявлении представлены преимущественно тревогой с выраженной двигательной заторможенностью в депрессивной триаде, темп мышления не меняется и идеаторное торможение проявляется тревожно-тоскливым содержанием, наблюдаются идеи самообвинениями, неполноценности, суицидальными мыслями.

Тревожная депрессия встречается при шизоаффективном психозе, реже с нее начинается острая прогредиентная шизофрения, еще реже тревожная депрессия бывает реактивной, когда психическая травма приходится на соматическое или острое инфекционное заболевание, интоксикационное (злоупотребление препаратами типа фенамина, большими дозами кофе).

Анестетическая депрессия проявляется ощущением утраты чувств любви к близким, радости, печали, ужасав вплоть до состояния «эмоционального бесчувствия» (*anesthesia psychica dolorosa* – психическая анестезия). Также сопровождается деперсонализацией, физической и психической слабостью, тревогой в вечерние часы, наплывами и путаницей мыслей.

Апатическая депрессия – состояние, для которого характерно снижение и утрата заинтересованности в жизни с затруднением или невозможностью выполнять умственную и физическую нагрузку в результате отсутствия желания, мотивации, стремления к какому-либо виду деятельности, снижения побуждений к психической активности. Встречается при шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Выделяют апатомеланхолические и апатодинамические варианты:

● *апатомеланхолические* проявления отличает пониженное настроение с чувством тоски, идеями самообвинения, суицидальными мыслями;

● *апатоадинамические* – сочетание апатии с адинамией.

Адинамическая депрессия проявляется слабостью, в том числе и эмоционального отклика, вялостью, невозможностью выполнять физическую работу, умственным истощением, плохой сообразительностью при сохранении побуждений. Встречается при циклотимии и шизофрении.

Различают следующие варианты:

● *идеаторный*, в котором адинамиа преобладает над депрессией, т.е. в триаде доминирует торможение мышления над моторным компонентом;

● *моторный* характеризуется преобладанием чувств разбитости, вялости, мышечной расслабленности и бессилия, моторный компонент выделяется над идеаторным;

● сочетанному варианту свойственны явления и моторной, и идеаторной адинамии.

Дисфорическая депрессия характеризуется мрачным, угрюмым настроением с вспыльчивостью, озлобленностью и ожесточенным отчаянием. Со слов пациентов, их возмущает, “бесит” решительно всё, они “ненавидят всех и вся”, понимая в то же время, что для такого отношения нет серьёзных объективных оснований, и они нередко обвиняют себя в бессердечии, чёрствости, невыносимом для окружающих собственном поведении. Встречается у детей и подростков, как проявление психопатоподобного эквивалента депрессивного синдрома, также при органических (травматических) поражениях головного мозга, эпилепсии.

Сенесто-ипохондрическая депрессия проявляется неприятными, тягостными ощущениями в различных частях тела, порой вычурного, причудливого характера, тревогой, опасением за свое здоровье.

Бредовая с галлюцинациями, с бредом Котара, нигилистически - ипохондрическим депрессивным бредом в сочетании с идеями громадности.

Депрессия с кататонией онейроидно-кататонические состояния.

Существуют другие варианты депрессий:

Классическая меланхолическая депрессия «сухая», но могут быть варианты в виде *слезливой депрессии*.

Когда больной может улыбаться, несмотря на печаль, тоску – это *улыбающаяся депрессия*.

Если депрессивный синдром может сопровождаться ворчливостью, недовольством, неприязнью к окружающему, то это *брюзжащая или ворчливая депрессия*.

Маскированная (ларвированная, скрытая) *депрессия* – состояния, обозначающие «маски депрессии», классические аффективные компоненты незначительные или даже совсем отсутствуют. Пациент не осознаёт депрессивного расстройства, убежден в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого соматического заболевания.

Основные соматические, неврологические и психопатологические «маски» депрессии представлены в табл.7.

Таблица 7

Основные «маски» депрессий

«Маски» депрессии	Клинические варианты
Психопатологические расстройства	тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, ипохондрические, неврастенические
Нарушения биологического ритма	бессонница, гиперсомния
Вегетативные, соматизированные, эндокринные расстройства	синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, нейродермит, анорексия, импотенция, нарушения менструального цикла
Болевые синдромы	головные боли, кардиалгии, боли в животе, фибромиалгии, невралгии, псевдоревматические арталгии
Патохарактерологические расстройства	расстройства влечений (наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (конфликтность, вспышки агрессии), истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного)

Клинические особенности депрессий при шизофрении:

- Шизофреническая «натяннутость», ригидность, поверхностность и вычурность гипотимических проявлений.
- Психомоторная заторможенность, беспомощность, чувство безнадежности, суицидальные мысли.
- Поверхностность, невыраженность (без дифференцированного чувства тоски) собственно аффективных расстройств при стертости витальных проявлений и нарушений циркадного ритма

● Апатия, анергия, психическая анестезия. Среди феноменов негативной аффективности, неотделимых от расстройств личности, в клинической картине депрессий выявляются дисфорические проявления.

Депрессии при шизофрении возникают как доманифестное, продромальное нарушение, в структуре острого приступа, постшизофренические депрессии, возникающие при использовании типичных нейролептиков.

Клиническая типология постшизофренических депрессий:

- √ Апато-адинамическая депрессия
- √ Адинамическая депрессия
- √ Тоскливо-адинамическая депрессия
- √ Астено-ипохондрическая депрессия
- √ Психастено-фобическая депрессия
- √ Дисфорическая депрессия с гетерогенными реакциями

Систематика депрессий основывается на нозологической классификации, в рамках БАР, шизофрении, психогении. Дифференциация осуществляется в рамках классических этиологических и клинических типов, определяющей эндогенный или экзогенный характер аффективных расстройств.

Классификации депрессий: (О.П. Вертоградова, 1980)

I. По типу доминирующего аффекта:

1. Тоскливая
2. Тревожная
3. Апатическая

II. Динамическая (этапно-синдромологическая)

1. Дистимическая
2. Маскированная
3. Астеническая (субдепрессия)
4. Классическая
5. Анестетическая
6. Бредовая (с бредом Котара)

III. Нозологическая:

1. Соматогенные депрессии: органические
симптоматические
2. Эндогенные депрессии: шизофренические
циркулярные (биполярные)
периодические (монополярные)
инволюционные
эндореактивные
невротические
3. Психогенные депрессии: депрессии истощения
реактивные

IV. Бинарная типологическая модель (психопатологические проявления подразделяются на негативную и позитивную аффективность):

(А.Б. Смулевич, 2003)

Позитивная аффективность (явления депрессивной гиперестезии):

- витальная тоска,
- тревога,
- интеллектуальное и двигательное торможение,
- патологический циркадный ритм.

Негативная аффективность (явления девитализации):

- угнетение инстинктов,
- болезненное бесчувствие,
- моральная анестезия,
- апатия,
- ангедония.

В современной классификации МКБ-10 основное значение придается вариантам течения депрессии:

- единственный депрессивный эпизод,
- рекуррентная (повторяющаяся) депрессия,
- биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз),
- циклотимия,
- дистимия,

а также выраженности депрессии:

- легкая,
- умеренная,
- тяжелая.

В МКБ-10 депрессивный эпизод представлен в рубрике F 32.

F32 Депрессивный эпизод

А. Депрессивный эпизод должен длиться, по крайней мере, две недели.

Б. В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода F30.-).

В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Г. Соматический синдром

1) снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;

2) отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;

3) пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;

4) депрессия тяжелее по утрам;

5) объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);

- 6) заметное снижение аппетита;
- 7) снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
- 8) заметное снижение либидо.

F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени

Диагностические указания:

- сниженное настроение,
- утрата интересов и способности получать удовольствие,
- повышенная утомляемость обычно считаются наиболее типичными симптомами депрессий.

Для достоверного диагноза необходимы по крайней мере 2 из этих 3-х симптомов, плюс хотя бы еще 2 из других симптомов, описанных выше (для F32). Ни один из указанных симптомов не должен достигать глубокой степени, а минимальная продолжительность всего эпизода – примерно 2 недели.

Пятый знак используется для обозначения соматического синдрома.

F32.00 Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов.

Выполняются критерии легкого депрессивного эпизода, присутствуют, но не обязательно, лишь некоторые соматические симптомы.

F32.01 Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами.

Удовлетворяются критерии легкого депрессивного эпизода и присутствуют 4 или более соматических симптомов (можно использовать эту категорию, если присутствуют только 2 или 3, но достаточно тяжелые).

F32.1 Депрессивный эпизод средней степени

Диагностические указания:

- должны присутствовать по крайней мере 2 из 3-х наиболее типичных симптомов для легкой степени депрессии (F32.0),
- по меньшей мере 3 (а предпочтительней 4) других симптома.
- несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это необязательно, если имеется много симптомов. Минимальная длительность всего эпизода – около 2-х недель.

Пятый знак используется для определения соматических симптомов.

F32.10 Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов.

Удовлетворяются критерии для депрессивного эпизода средней степени при том, что присутствуют лишь некоторые или вовсе отсутствуют соматические симптомы.

F32.11 Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами.

Удовлетворяются критерии для депрессивного эпизода средней степени при том, что присутствуют 4 или более соматических симптомов. (Можно ис-

пользовать эту рубрику если присутствуют только 2 или 3 соматических симптома, но они необычно тяжелой степени).

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Диагностические указания:

- присутствуют все 3 из наиболее типичных симптомов, характерных для легкой и умеренной степени депрессивного эпизода,
- наличие 4 и более других симптомов, часть из которых должны быть тяжелой степени.

- присутствуют такие симптомы как агитация или заторможенность,
- больной может не захотеть или не может детально описать многие другие симптомы.

- депрессивный эпизод должен длиться по меньшей мере 2 недели. Если же симптомы особенно тяжелые и начало очень острое, оправдан диагноз тяжелой депрессии и при наличии эпизода менее чем 2 недели.

- во время тяжелого эпизода маловероятно, чтобы больной продолжал социальную и домашнюю деятельность, выполнял свою работу. Такая деятельность может выполняться очень ограничено.

Эту категорию надо использовать только для единичного тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов; при последующих эпизодах используется подрубрика рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-).

Включаются:

- единичный эпизод агитированной депрессии без психотических симптомов;

- меланхолия без психотических симптомов;

- витальная депрессия без психотических симптомов;

- значительная депрессия (единичный эпизод без психотических симптомов).

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Диагностические указания:

- тяжелый депрессивный эпизод, отвечающий критериям F32.2, дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора.

- бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера "голоса", а запахи — гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруентные или неконгруентные настроению (смотри F30.2x).

Дифференциальный диагноз:

Депрессивный ступор необходимо дифференцировать от кататонической шизофрении (F20.2xx), от диссоциативного ступора (F44.2) и от органических форм ступора. Эту категорию надо использовать только для единичного эпизода тяжелой депрессии с психотическими симптомами. Для последующих эпизодов надо использовать подрубрики рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-).

Включаются:

● маниакально-депрессивный психоз с депрессивно-бредовым состоянием с непрерывным типом течения;

● приступообразная шизофрения, депрессивно-бредовое состояние;

● единичный эпизод большой депрессии с психотическими симптомами;

● единичный эпизод психотической депрессии;

● единичный эпизод психогенного депрессивного психоза;

● единичный эпизод реактивного депрессивного психоза.

F32.33 *Депрессивно-бредовое состояние с конгруэнтным аффекту бредом*

Включается:

● маниакально-депрессивный психоз с депрессивно-бредовым состоянием с непрерывным типом течения.

F32.34 *Депрессивно-бредовое состояние с неконгруэнтным аффекту бредом*

Включается:

● приступообразная шизофрения, депрессивно-бредовое состояние.

F32.38 *Другой депрессивный эпизод тяжелой степени с другими психотическими симптомами*

Включаются:

● единичный эпизод большой депрессии с психотическими симптомами;

● единичный эпизод психотической депрессии;

● единичный эпизод психогенного депрессивного психоза;

● единичный эпизод реактивного депрессивного психоза.

При невротических депрессивных расстройствах используется рубрика F 43.2 «Расстройства адаптации».

А. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип.

Б. Симптомы или нарушение поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (F30-F39) (за исключением бреда и галлюцинаций), любых расстройствах в F40-F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и расстройствах поведения (F91-), но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств. Симптомы могут быть вариabильными по форме и тяжести.

В. Симптомы не продолжаются более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий, за исключением F43.21 (пролон-

гированная депрессивная реакция), но этот критерий не должен препятствовать предварительному диагнозу.

Преобладающие особенности симптомов могут быть определены с использованием пятого знака:

F43.20 Короткая депрессивная реакция

Преходящее легкое депрессивное состояние, длительностью *не более одного месяца*.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

Легкое депрессивное состояние, возникшее в результате пролонгированного действия стрессорной ситуации, но *длительностью не более двух лет*.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

Симптомы и тревоги, и депрессии отчетливо выражены, но по уровню не выше, чем определено для смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3).

F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций

Симптомы обычно нескольких эмоциональных типов, такие как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не столь доминируют, что другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства могли бы быть диагностированы. Эта категория должна также использоваться для реакций у детей, у которых также присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭМОЦИЙ

- 1) субъективные реакции на раздражители
- 2) психическое отражение переживаний
- 3) социальная дезадаптация
- 4) проявление вегетативных реакций
- 5) нарушение сознания

2. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

- 1) обусловлены биологическими потребностями
- 2) формирование высших эмоций
- 3) выражение эмоций в чувствах
- 4) преобладание отрицательных реакций
- 5) критическая оценка эмоций

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭМОЦИЙ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ

- 1) эмоциональная реакция

- 2) экстаз
- 3) аффект
- 4) настроение
- 5) тревога

4. СИМПТОМЫ СНИЖЕННОГО НАСТРОЕНИЯ

- 1) гипотимия
- 2) апатия
- 3) страх
- 4) эйфория
- 5) тоска

5. КАЧЕСТВЕННОЕ ИСКАЖЕНИЕ ЭМОЦИЙ

- 1) эмоциональная лабильность
- 2) эмоциональная ригидность
- 3) кататонические нарушения
- 4) амбивалентные эмоции
- 5) слабодушие

6. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

- 1) маниакальный синдром
- 2) депрессивный синдром
- 3) неврозоподобные синдромы
- 4) смешанные состояния
- 5) психоорганический синдром

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАНИЙ

- 1) повышенное настроение
- 2) ускоренный темп мышления
- 3) суицидальные мысли
- 4) идеи величия
- 5) уменьшение потребности во сне

8. ПРОСТЫЕ МАНИАКАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

- 1) веселая (солнечная) мания
- 2) гневливая мания
- 3) маниакально-бредовые состояния
- 4) мания с онейроидом
- 5) психопатоподобные маниакальные состояния

9. ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА

- 1) сниженное настроение (гипотимия)
- 2) психомоторная заторможенность
- 3) дереализация, деперсонализация
- 4) идеаторное торможение
- 5) гиперактивная депрессия

10. СЛОЖНЫЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ

- 1) маскированные депрессии
- 2) бредовые
- 3) с кататонией
- 4) сенесто-ипохондрические
- 5) анестетическая депрессия

РАЗДЕЛ 2. ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

Депрессия занимает значительное место среди детской патологии, частота варьирует от 0,5% до 5% и имеет тенденцию к увеличению, 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 и в последующем у взрослых.

2.1 Этиология и патогенез депрессий у детей

Депрессия является многофакторным заболеванием с участием биологических, генетических и психосоциальных причин, последние лежат в основе психотерапевтических методов лечения. Основные факторы возникновения депрессий представлены в табл.8.

Таблица 8

Причины возникновения депрессий у детей

Факторы возникновения депрессий	Провоцирующие причины
<i>Биологические</i>	<ul style="list-style-type: none">● биохимические нарушения, связанные с изменением уровня моноаминов (дефицитом серотонина, норадреналина) в синапсах мозга;● нарушение суточного ритма расщепления кортизола;● нарушение циркадного типа секреции нейрого르몬а мелатонина,● морфологические изменения в миндалине и фронтальной коре головного мозга.
<i>Генетические</i>	<ul style="list-style-type: none">● отягощенная наследственность по аффективной патологии;● нейромедиаторная недостаточность, уязвимость к хронически стрессам.
<i>Психосоциальные</i>	<ul style="list-style-type: none">● недостаток материнской любви;● отделение от матери в раннем возрасте;● социальные и экономические перемены;● массовые катастрофы;● острые стрессы: развод родителей, смерть близких, тяжелая болезнь, горе;● возрастные критические периоды.

Риск возникновения депрессии высок в семьях, где родители и ближайшие родственники страдали аффективной патологией – биполярным аффективным расстройством, униполярной депрессией.

Биологическими предпосылками возникновения депрессии являются:

- дефицит моноаминов – норадреналина и серотонина,
- маркерами служат повышенный ночной уровень кортизола,
- нарушение циркадного типа секреции нейrogормона мелатонина, продуцируемого шишковидной железой (эпифиз).

Катехоламиновая теория объясняет депрессию, как дефицит нейротрансмиттеров в отделах центральной нервной системы (ЦНС), осуществляющих обратную передачу импульсов, с нарушениями функций в системе гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа. Нарушение транзиттерной 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. Эти изменения не являются специфическими для аффективной патологии, они могут быть и при других психических расстройствах или после воздействия стрессов.

Личностные особенности также способствуют манифестации депрессивных расстройств. К ним относятся интровертированность, тревожность, невротизм. Если прежний опыт суммируется одними негативными результатами и воспоминаниями, травматическими переживаниями, то человек становится ранимыми, стремится избегать ситуации, которые могут привести к плохому настроению.

Средовые влияния в значительной степени участвуют в возникновении данных расстройств, известно, что у депрессивных пар мать-дети чаще выявляется сходство в мимике и поведении. У детей, которые с раннего возраста привыкают видеть таких матерей, реже отмечаются заметные протестные реакции. Взаимодействие генов со средой, т.е. отягощенная наследственность по депрессии может увеличивать уязвимость индивидуума по отношению к негативным событиям в жизни.

Возникновению депрессии предшествуют *социальных факторы*: отрицательные жизненные события, которые могут носить острый, либо хронический характер.

К острым стрессам относятся:

- развод родителей,
- смерть одного из родителей,
- 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,
- жестокое обращение с ребенком в семье,
- дисгармоничное воспитание без учета потребностей ребенка в эмоциональном и когнитивном восприятии.

Одним из факторов, имеющих отношение к возникновению депрессии, являются стремительные изменения, происходящие в общественной жизни: переполненные города, распадающиеся семьи, рост числа злоупотреблений психоактивными веществами (ПАВ) и перемены, происходящие в профессиональной и трудовой деятельности. Эти изменения могут делать ребенка более уязвимым по отношению к психотравмирующим воздействиям вследствие потери защитных факторов, таких, например, как поддержка семьи.

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 *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).

Рост депрессий в детской популяции отражает реальные тенденции, происходящие в современном обществе. Актуальность проблемы определяется трудностью диагностики, 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.

2.2 Клиника депрессий у детей

Гипотимические расстройства у детей сложно распознавать из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на первый план в клинической картине. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние устанавливается лишь в 23,6% случаев, в связи со слабой выраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушенное поведение, агрессивностью, школьной дезадаптацией. Дети длительное время наблюдаются педиатрами, хирургами, урологами, неврологами.

Для большинства детей симптомы сниженного настроения носят временный характер, вызваны событиями повседневной жизни, не являются следствием какого-либо расстройства. Однако могут рассматриваться как клиническое проявление, когда депрессия имеет глубокий и длительный характер, далеко выходя за рамки допустимых норм.

Различают понятия депрессивный синдром, депрессивное расстройство и депрессию как заболевание.

Депрессивный синдром – это состояние, которое объединяет группу симптомов, возникающих одновременно: чувство печали, ослабление интереса к обычным видам деятельности, когнитивные и мотивационные нарушения, изменения соматического и психомоторного характера. Депрессивный синдром у детей коморбиден с тревогой, нарушением поведения, синдромом гиперактивности и дефицита внимания. Чаще возникает вследствие некоторых стрессовых 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. Картина депрессивной настроенности состоит из симптомов, характеризующихся упадком настроения.

У детей проявления депрессии имеет специфические особенности:

- маскированность поведенческими и соматовегетативными нарушениями в виде детских капризов, временных интеллектуальных нарушений с трудностями сосредоточения, снижением памяти, усвоения школьных знаний,
- снижением интереса к занятиям или прежде любимым играм,
- возврат к старым игрушкам,
- кратковременность,
- быстрота смены депрессивных состояний возбуждением.

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.

В клинической картине у детей, страдающих депрессией, аффективные проявления включают чувства печали, уныния, раздражительность, вину и стыд. Моторный компонент характеризуется беспокойством, тревогой, снижением активности, замедленной речью, чрезмерной плаксивостью, ограничением социальных контактов. Мыслительные процессы нарушаются, возникают трудности концентрации внимания, принятия решения, дети поглощены собственными мыслями и переживаниями, излишне самокритичны и застенчивы, преобладает пессимистический взгляд на будущее, дети могут винить себя за любую неудачу, развивается чувство собственной никчемности и низкая самооценка. У них может измениться отношение к школе, ухудшиться 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 суицидальных мыслей и попыток. Сопутствующими симптомами наблюдаются нарушения сна и расстройства приема пищи, с

потерей аппетита, частые пробуждениями 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.

У детей сложно выявить депрессию, они плачут тайком, не могут пожаловаться на тоску, апатию, грустное настроение, плохое самочувствие. По изменениям в поведении, нарушениям в повседневной жизни, касающихся сна, еды, игр, обучения можно судить о состоянии подавленности, депрессии.

2.2.1 Клинические проявления депрессий у детей раннего возраста

Депрессия может наблюдаться в раннем возрасте (0-3 года), включая младенчество, но имеет преимущественно не аффективное выражение, а «маскированное» или «телесное». Детская меланхолия приводит к остановке или замедлению психического развития, 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, снижается иммунитет, появляется склонность к длительным рецидивирующим простудным заболеваниям.

Нераспознанная в раннем возрасте депрессия представляет опасность для ребенка: замедляет развитие, искажает эмоциональный онтогенез, нарушает социальную адаптацию, провоцирует появление другой психопатологии.

Депрессии у детей раннего возраста носят название *анаклитической (anaclitic depression)*, которая отмечается у младенцев, выросших в эмоционально холодной обстановке (дети-сироты), связана с отсутствием материнской заботы и возможностью сформировать привязанность, сопровождается дефицитом как положительных, так и отрицательных эмоций, при сохраняющейся аффективной лабильности.

Важную роль играют факторы, связанные с 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. Они характеризуются отсутствием суточной циркадности, нарушением функции общения в виде проявлений параутизма, снижением интереса к взаимодействию с окружающими, задержкой психоречевого развития. Депривационные депрессии характеризуются пролонгированным течением и склонностью к рецидивированию, вызывают снижение толерантности младенцев в условиях депривации к обыденному стрессу.

Клиническая картина проявляется слезливостью, плаксивостью, отчуждением, апатией, потерей в весе, нарушением сна, замедлением развития, вплоть до остановки в психомоторном, речевом и физическом развитии. Дети

через 3-4 недели после внезапного отрыва от матери становятся плаксивыми, боязливыми, раздраженными. Ребенок выглядит унылым, пассивным и безразличным. Отсутствует продуктивность в играх и занятиях, дети производят впечатление аутичных. *Соматовегетативные проявления* характеризуются нарушением сна, аппетита, пищеварения, повышением температуры тела. *Моторный компонент* проявляется наличием двигательных стереотипий, замещающих непосредственное сенсорное взаимодействие, по типу патологически привычных действий (ППД) в виде раскачивания телом, головой (яктация), сосания пальца и языка.

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.

Существует клинико-динамическая зависимость депрессий младенческого и раннего возраста от конституционально-наследственной предрасположенности и характера социально-средовых воздействий, представленная в табл.9.

Таблица 9

Клинические особенности депрессий у детей раннего возраста

Причины возникновения анаклитической депрессии	Клинические проявления
Последствия перинатальной энцефалопатии (ПЭП)	<ul style="list-style-type: none"> ● развиваются по реактивному механизму и характеризуются частотой возникновения повторных депрессивных состояний, ● кратковременность и лабильность психопатологических проявлений, ● эмоциональные нарушения с выраженным дисфорическим компонентом, ● формирование патологических поведенческих стереотипов, ● образование повышенной уязвимости к повседневным стрессовым воздействиям.
При эндогенном заболевании	<ul style="list-style-type: none"> ● аутохтонное начало, с циркадностью самочувствия и поведения, ● стойкая гипотимия с выраженным апатическим, тревожным или меланхолическим аффектом, ● рецидивирование повторной депрессии.

Динамика аналитической депрессии различна:

- постепенное исчезновение депрессии при возобновлении контактов с матерью или заменяющим ее лицом;

- замедление развития, частые инфекционные заболевания, замкнутость, апатичность;

- физическая истощенность, резкая заторможенность, остановка психического развития.

Также у детей раннего возраста могут встречаться следующие виды депрессии:

- **адинамическая** характеризуется вялостью, медлительностью, монотонностью, безрадостным настроением;

- **тревожная** с двигательным беспокойством, плаксивостью, капризностью, страхами, тревогой, нарушениями сна с трудностями засыпания, прерывистым сном и устрашающими сновидениями.

В раннем возрасте для классификации депрессий можно использовать следующие рубрики МКБ-10:

F 93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

Диагностические указания:

Ключевым диагностическим признаком является чрезмерная тревога, касающаяся отделения от тех людей, к которым ребенок привязан (обычно родители или другие члены семьи), что не является частью генерализованной тревоги относительно многих ситуаций. Тревога может принимать форму:

- а) нереалистичного поглощающего беспокойства о возможном вреде, которому могут подвергнуться лица, к которым испытывается привязанность, или страха, что они оставят его и не вернуться;

- б) нереалистичного поглощающего беспокойства, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому испытывается большая привязанность, например ребенок потеряется, будет похищен, поступит в стационар или будет убит;

- в) упорного нежелания или отказа идти в школу из страха расставания (а не по другим причинам, например, что в школе что-то случится);

- г) упорного нежелания или отказа идти спать, чтобы быть рядом с лицом, к которому испытывается большая привязанность;

- д) упорного неадекватного страха одиночества или страха оставаться в течение дня дома без лица, к которому испытывается большая привязанность;

- е) повторяющихся ночных кошмаров о разлуке;

- ж) рецидивирующего появления физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль, рвота и пр.) при разлуке с лицом, к которому испытывается привязанность, например, когда надо идти в школу;

- з) чрезмерного повторяющегося дистресса (проявляющегося тревогой, плачем, раздражением, страданием, апатией или социальной аутизацией) при

предчувствии разлуки, во время или сразу вслед за разлукой с лицом, к которому испытывается большая привязанность.

F 93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

Диагностические указания:

Эта категория должна быть использована только для страхов, специфических по отношению к определенным фазам развития, когда они удовлетворяют дополнительным критериям, которые применимы ко всем расстройствам в рубрике (F93.x), а именно:

- а) начало в соответствующий развитию возрастной период;
- б) степень тревоги клинически патологическая;
- в) тревога не является частью более генерализованного расстройства.

F 93.2 Социальное тревожное расстройство

Диагностические указания:

а) постоянная тревога в социальных ситуациях, в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, включая сверстников, проявляется социально уклоняющимся поведением.

б) ребенок обнаруживает робость, стеснительность или повышенную озабоченность адекватностью своего поведения, когда взаимодействует с незнакомыми людьми.

в) имеется существенное нарушение социальных (в том числе со сверстниками) взаимоотношений, которые являются вследствие этого ограниченными; в новых социальных ситуациях или в тех, в которых ребенок участвует поневоле, он испытывает существенный дистресс или дискомфорт, что проявляется плачем, отсутствием спонтанной речи или социальной аутизацией.

г) социальные взаимоотношения со знакомыми лицами у ребенка удовлетворительны (с членами семьи или со сверстниками, которых он хорошо знает).

д) начало расстройства обычно совпадает с возрастной фазой развития, при которой эти тревожные реакции считаются адекватными. Аномальная тяжесть, хронический характер и возникающее в результате нарушение должны проявляться до 6-летнего возраста.

е) отсутствуют критерии генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80).

ж) расстройство не развивается как часть более широких нарушений эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

- з) продолжительность по меньшей мере 4 недели.

2.2.2 Клинические проявления депрессии у детей дошкольного и младшего школьного возраста

Клиническая картина аффективных расстройств у дошкольников характеризуется равнодушным отношением к радостям жизни, неспособностью ребенка получать удовольствие от игр и забав, возврат к старым игрушкам, видение мира в мрачных тонах. Внешне дети выглядят бледными, понурыми, подавленными, угрюмыми, печальными с грустным и беспокойным взглядом, тихим голосом, печальным выражением лица, скупой мимикой, повышенной слезливостью и плаксивостью по малейшему поводу, повышенной чувствительностью и жалостливостью. Нет оживления при встрече со знакомыми людьми (воспитателями, родителями, друзьями). Характер меняется с общительного и открытого на замкнутого; мягкий и добрый ребенок становится злым и агрессивным. Им недостает богатства фантазии, живости и энтузиазма в игре, они проявляют чрезмерную привязчивость к матери. Появляются беспокойство за своё здоровье, страх смерти, по утрам ребенок вял и заторможен, к вечеру нарастают страхи темноты, животных, одиночества. Отмечаются негативные и самоуничижительные высказывания. «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 наоборот пассивная подчиняемость, исключительная примерность в поведении.

Подавляющее большинство детских депрессий – *скрытые*, когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо *соматическое заболевание*, болевые ощущения, спазмы и жжение в желудке («болит живот»), которые не проходят после приема лекарств, зато исчезают при положительных эмоциях и переключении на интересные объекты и явления. *Вегетативные расстройства* с нарушениями сна, аппетита, повышением температуры. Ребенок плохо спит, долго засыпает, часто просыпается, видит кошмарные сны, ходит во сне.

Моторный компонент депрессии характеризуется расстройством двигательной активности, снижением инициативности. Дети стремятся к одиночеству, у них появляются приступы немотивированного плача, агрессивность, иногда возникает непроизвольное мочеиспускание (энурез) и выделение кала (энкопрез). Дошкольник выглядит ушедшим в себя и заторможенным.

Для дошкольников типичны депрессии:

- **астеноподобная** с повышенной утомляемостью, истощаемостью, раздражительностью и гиперестезиями;
- **боязливая** с преобладанием страхов, тревоги, тоской, дисфорией;
- **маскированная** с полиморфной соматовегетативной симптоматикой, имитирующей первичную соматическую патологию и маскирующие собственно депрессивные проявления;
- **слезливая** с плачем и обильными слезами без повода, нарушениями сна и аппетита, телесными ощущениями и болями в различных частях тела.

Основные клинические различия в проявлении депрессий в данном возрастном периоде представлены в табл. 10.

Таблица 10

Сравнительные клинические характеристики депрессии у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста

Возраст	Клинические особенности депрессий
<i>Ранний возраст (0-3 года)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● пониженное, унылое, пассивное, безразличное, боязливо-печальное настроение, долгий плач; ● нарушения пищеварения, сна, повышение температуры тела; ● нарушение моторики, вплоть до остановки в психомоторном, речевом и физическом развитии; ● поведение по типу аутистического; ● отсутствие продуктивности в играх.
<i>Дошкольный возраст (4-6 лет)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● неспособность получать удовольствие от игр и забав; ● возврат к старым игрушкам; ● видение мира в мрачных тонах, ● бледный, понурый, подавленный, грустный взгляд; ● нарушения сна, аппетита, боли в разных частях тела; ● регресс в психомоторном развитии; ● трудности при концентрации внимания; ● страхи темноты, животных; ● отсутствие инициативности, снижение активности и энергичности; ● стремление к одиночеству; ● приступы немотивированного плача или агрессивности; ● чрезмерная привязчивость к матери.
<i>Младший школьный возраст (7-10 лет)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● повышенная раздражительность; ● низкая самооценка, самообвинения; ● чувство печали и уныния, потеря интереса и удовольствия от занятий; ● колебания настроения от печали до вспышек ярости; ● безрадостность, тревога; ● потеря веса, головные боли, нарушения сна: бессонница или, наоборот, постоянное желание спать; ● трудности в учебе после периода хорошего обучения; ● усталость и недостаток энергии для поддержания активности; ● деструктивное поведение, вспышки гнева и драчливость; отсутствие друзей, трудности взаимодействия с

одноклассниками; ●прогулы в школе; ●суицидальные попытки.

Депрессия у детей младшего школьного (7-10 лет) возраста наряду с соматовегетативными симптомами проявляется нарушениями поведения.

В МКБ-10 можно использовать рубрику:

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Эта категория требует сочетания расстройства поведения детства (F91.x) с постоянными выраженными эмоциональными симптомами – такими как тревога, боязливость, навязчивости или компульсии, деперсонализация или дереализация, фобии или ипохондрия. Гнев и негодование являются скорее признаками нарушений поведения, чем эмоционального расстройства; они ни опровергают, ни поддерживают диагноз.

Включаются:

- расстройство поведения, относящееся к рубрике F91.x, в сочетании с эмоциональным расстройством, указанным в рубрике F93.x;

- расстройство поведения, относящееся к рубрике F91.x, в сочетании с невротическими расстройствами, указанными в рубриках F40 — F48.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

- 1) соматические маски
- 2) меланхолия
- 3) апатия
- 4) поведенческие нарушения
- 5) школьная дезадаптация

2. ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

- 1) биологические
- 2) острые стрессы
- 3) хронические психотравмирующие факторы
- 4) аномалии головного мозга
- 5) хронические соматические заболевания

3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

- 1) дефицит норадреналина
- 2) дефицит дофамина
- 3) сниженная супрессия кортизола
- 4) дефицит серотонина

5) атрофия гиппокампа

4. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ

- 1) атипичные клинические проявления депрессии
- 2) временные интеллектуальные нарушения
- 3) поведенческие расстройства
- 4) выраженное снижение настроения
- 5) идеи вины и самоуничужения

5. ТИПИЧНЫЕ ЧЕРТЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

- 1) кратковременность
- 2) быстрота смены депрессии и возбуждения
- 3) нарушение цикла «сон-бодрствование»
- 4) массивность вегетативных нарушений
- 5) пессимистическое ведение будущего

6. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИЕЙ

- 1) ограничение социальных контактов
- 2) усиление беспокойства
- 3) уходы из дома
- 4) прогулы школы
- 5) отказ от привычных видов деятельности

7. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У МЛАДЕНЦЕВ

- 1) нарушение сна, аппетита
- 2) остановка в психоречевом развитии
- 3) апатия
- 4) патологические привычные действия
- 5) утрата привычных интересов

8. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДЕПРЕССИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

- 1) чрезмерная активность
- 2) отсутствие богатой фантазии в играх
- 3) чрезмерная привязанность к матери
- 4) склонность к страхам за свою жизнь
- 5) остановка в развитии

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ШКОЛЬНИКОВ

- 1) агрессивность в поведении
- 2) снижение успеваемости
- 3) прогулы школы
- 4) безрадостность, плаксивость
- 5) меланхоличное настроение

10. СОМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ДЕПРЕССИИ У ШКОЛЬНИКОВ

- 1) вегето-сосудистая дистония

- 2) аллергические заболевания
- 3) расстройства пищеварения
- 4) инфекционные заболевания
- 5) астенические состояния

РАЗДЕЛ 3. ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

Распространенность депрессивных состояний среди подростков составляет 10%-20%. Особенности клинических проявлений являются:

- частые депрессивные колебания настроения;
- в пубертатном периоде преобладают у мальчиков, после завершения – у девочек;
- учащаются суицидальные мысли и попытки;

Подростковый период можно разделить на младший пубертатный или средний школьный возраст от 11-12 до 15 лет и старший пубертатный возраст до 18 лет. В каждом из этих возрастных периодов имеются клинические особенности протекания депрессий.

3.1 Клинические особенности депрессий у подростков младшего пубертатного возраста

В младшем пубертатном возрасте проявления депрессий обнаруживают сходство с симптоматикой в школьном возрасте, но имеют особенности, соответствующие особенностям данного возрастного периода.

Клиническая картина депрессии в этом возрасте проявляется раздражительностью, деструктивным поведением, вспышками гнева и драчливостью. *Аффективный компонент* проявляется отсутствием радости, ненавистью к себе и всему, что его окружает. Развивается низкая самооценка, преобладают самообвинения, чувство печали, уныния, скуки, потери интересов и удовольствия от вещей, которые ранее их доставляли. Часто можно слышать от подростка: «Я – тупой», «Мне никто не нравится», жалобы на усталость, недостаток энергии, раздражительность, колебания настроения от печали до вспышек ярости; неудовлетворенность. При расспросах подростки говорят, что они несчастливы, им грустно. Могут случаться попытки суицида. *Моторные* нарушения проявляются в виде заторможенности. *Идеаторные нарушения* характеризуется спадом работоспособности, трудностями концентрации внимания, незаинтересованностью в учебе и играх, проблемы с обучением.

Депрессию сложно распознать, поскольку часто сопровождается другими, более заметными нарушениями, например, поведенческими расстройствами и соматовегетативными проявлениями.

Соматические симптомы характеризуются общим недомоганием, аллергией, расстройствами пищеварения, нарушением сна и аппетита, астенизацией.

В поведении прежде общительные, живые и разговорчивые, подростки становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям. Возникают трудности в социальном взаимодействии («социальная заторможенность»), прогулы в школе и избегание школьных мероприятий.

У подростков в младшем пубертатном возрасте встречаются:

- *Ступидные депрессии* в клинической картине преобладают *идеаторная замедленность* и затрудненность мышления при отсутствии или слабой выраженности торможения в сфере моторики и стертости депрессивного аффекта,

отмечается *резкое падение успеваемости*, связанное с утратой способности к восприятию новых сведений, субъективным ощущением потери памяти, трудностями воспроизведения нового материала и сосредоточения внимания. При выраженном и длительном течении ступидной депрессии возникает **депрессивная псевдодебильность** с чертами «интеллектуального краха», имитирующая умственную отсталость. На этом фоне появляются не резко выраженные идеи несостоятельности, самоуничтожения, сенситивные идеи отношения, страх школы, иногда с полным отказом от ее посещения.

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, чередующаяся с периодами возврата к прежним возможностям восприятия и воспроизведения нового, постепенное углубление несостоятельности в учебе, множественная фрагментарная аффективная симптоматика с суточными колебаниями настроения.

● **Адинамическая депрессия** проявляется усталостью, утомлением, нежеланием приступить к занятиям, утратой прежних интересов, снижением успеваемости в школе. Не отмечается затруднений в движении, но отсутствует желание играть, заниматься спортом, выходить на улицу, неожиданным оказывается отказ от посещения школы. В утренние часы появляется сонливость, в вечерние часы возникают эпизоды тревоги и страха, могут возникать истерические реакции по незначительному поводу, в целом к вечеру подростки становятся оживленнее, активнее, целенаправленнее, эмоциональнее.

Адинамические депрессии наиболее распространены при шизофрении, для которых характерны эпизоды немотивированного страха, идеи отношения.

● **Астеноподобная депрессия** клинически проявляется утомляемостью, истощаемостью, раздражительностью, обидчивостью, плаксивостью. Подростки жалуются на усталость, непереносимость шума, яркого света, слабость, головные боли, ухудшение памяти, которые связаны с суточными колебаниями настроения, проявляющейся наиболее выражено в утренние часы. Во второй половине дня тот же ребенок обладает нормальной или даже повышенной работоспособностью, хорошей памятью. Могут сопровождаться снижением аппетита, нарушениями сна (трудностями засыпания, прерывистостью, чуткостью сна, отсутствием чувства сна), очерченными состояниями с дисфорической окраской настроения, наступающие в основном при неблагоприятных ситуациях (замечания, порицания, нравоучения родителей и педагогов). Фрагментарными являются идеи заброшенности и сензитивные идеи отношения.

Дифференциальная диагностика проводится с астенией, при которой не отмечается связи с суточными колебаниями настроения, как при депрессии, проявляющейся в утренние часы и с нормализацией и повышением работоспособности во второй половине дня.

Особенности клинических проявлений депрессий у подростков младшего пубертатного возраста приведены в табл. 11.

**Отличительные особенности основных вариантов депрессий
у подростков младшего пубертатного возраста**

Виды депрессии	Клиническая картина	Дифференциальная диагностика
Ступидная депрессия	<ul style="list-style-type: none"> ● суточные колебания настроения; ● идеи несостоятельности самоуничтожения; ● чувствительные идеи отношения; ● <i>депрессивная псевдодобильность</i>: √внезапный «интеллектуальный крах» √замедленность и затрудненность мышления, √потеря памяти и сосредоточения внимания; √резкое снижение способности к обучению, √повышенная утомляемость, √несостоятельность в учебе; √страх школы, иногда с полным отказом от ее посещения. 	<p>При умственной отсталости отсутствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● своевременное гармоничное интеллектуальное развитие в дошкольные годы; ● внезапная и необоснованная утрата способности к обучению, чередующаяся с периодами прежних возможностей восприятия и воспроизведения нового; ● постепенное углубление несостоятельности в учебе; ● множественная фрагментарная аффективная симптоматика с суточными колебаниями настроения.
Адинамическая депрессия	<ul style="list-style-type: none"> ● отказ от прежних интересов; ● сонливость в утренние часы; ● тревога в вечерние часы; ● страхи, истерические реакции по незначительному поводу; ● общее недомогание; ● аллергия, нарушения аппетита; ● астения, усталость, утомление, нарушение внимания; ● снижение успеваемости; ● отказ от посещения школы. 	<p>При шизофрении:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● эпизоды немотивированного страха; ● идеи отношения.
Астеноподобная депрессия	<ul style="list-style-type: none"> ● раздражительность, обидчивость, плаксивость, ● непереносимость шума, яркого 	<p>При астении отсутствует:</p> <p>связь с суточными ко-</p>

	<p>света суточные колебания настроения в утренние часы с нормализацией работоспособности, хорошей памятью во второй половине дня;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● слабость, головные боли; ● снижение аппетита, нарушения сна; ● утомляемость, усталость истощаемость; ● ухудшение памяти; ● проблемы с обучением; ● в поведение замкнутость. 	<p>лебаниями настроением, как при депрессии, проявляющейся в утренние часы и с нормализацией и повышением работоспособности во второй половине дня.</p>
--	--	---

Для оценки депрессий у подростков младшего пубертатного возраста можно использовать рубрику F 92 МКБ-10.

F 92.0 Депрессивное расстройство поведения

Диагностическими критериями 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.

Диагностика направлена на выявлении скрытых проявлений депрессии. Выраженные изменения поведения подростка, ранее ничем не отличавшегося от других, произошедшие за короткий срок, характеризуются мрачным, озлобленным, язвительным настроением, утратой учебной мотивации без видимых причин с прогулами, невыполнением домашних заданий, резким снижением успеваемости. В высказываниях отмечается пессимистическая оценка будущего, бессмысленность существования, озвучивание мыслей о смерти. Подростки слушают музыку депрессивного содержания, читают соответствующую литературу, появляется ранняя компьютерная зависимость. Молодые люди сталкиваются с асоциальной компанией, пробует курить, употреблять алкоголь, наркотические и токсические вещества.

Ближайшее окружение, в том числе родные, не понимают причин резкого изменения характера подростка и стремительного падения его успеваемости,

расценивая эти проявления как лень, избалованность, распущенность или влияние улицы, дурной компании.

К такому подростку подходят с дисциплинарными мерами: требованиями, порицаниями, взысканиями, наказаниями, без применения адекватного лечения, тем самым усугубляя патологическое состояние.

3.2 Клинические особенности депрессий у подростков старшего пубертатного возраста

В зависимости от возраста клиническая картина депрессий проявляется по-разному, ее определяют психопатологические возрастные особенности с преобладанием соматовегетативных, поведенческих нарушений, маскирующие аффективную симптоматику. В старшем подростковом возрасте появляются собственно аффективные расстройства, в основном тоскливые или дисфорические, которые по своему клиническому проявлению приближаются к депрессиям у взрослых.

Проявления депрессии различны, наряду с типичным меланхолическим встречаются другие депрессивные синдромы.

Варианты депрессий у подростков (А. Е. Личко, 1979):

- ***меланхолический***
- ***делинквентный***
- ***ипохондрический***
- ***астенопатический***

Клиническая картина меланхолического варианта:

- √ приближается к депрессиям у взрослых,
- √ возникают суицидные мысли,
- √ выраженность вегетативных проявлений: частый пульс, повышение артериального давления, головные боли, поверхностное дыхание, чувство нехватки воздуха.

Делинквентный вариант труден для диагностики, так как на первый план выступают выраженные поведенческие нарушения, маскирующие аффективные проявления.

Клинические проявления характеризуются угнетенным настроением:

- √ асоциальными поступками, тяга к уличным асоциальным компаниям,
- √ агрессией по отношению к близким,
- √ отсутствие удовольствия от своих поступков,
- √ угрюмый вид, мрачное выражение лица
- √ периоды бездействия, пребывание в одиночестве.

Делинквентный вариант в будущем может смениться меланхолическими фазами. Диагноз депрессии при выраженных поведенческих нарушениях не вызывает доверия окружающих, чаще применяются воспитательные меры, опас-

ность вызвана агрессивностью, которая сменяется аутоагрессией и суицидными действиями.

Астенопатический вариант проявляется затруднениями в учебе.

Клиническая картина характеризуется:

√ трудностями сосредоточения,

√ ослаблением внимания,

√ безрадостным настроением,

√ снижением психического напряжения: уроки занимают все больше времени, подростки засиживаются до поздней ночи и все-таки не успевают все сделать. Подростки говорят о том, что их способности куда-то исчезли, или их не было.

Депрессивные фазы могут повторяться несколько раз, прежде чем депрессия примет типичную картину; часто бывают сезонными, развиваются в период, когда требуется мобилизация сил (контрольные работы, зачеты, экзамены).

Ипохондрический вариант характеризуется:

√ разнообразными соматическими жалобами на боли или неправильное функционирование внутренних органов,

√ бесконечным стремлением обследоваться у врачей, даже если процедура этих обследований неприятна.

Такие депрессия встречаются у подростков разных характерологических типов, но чаще она бывает при низком уровне интеллекта.

Кроме перечисленных в старшем пубертатном возрасте встречаются другие характерные для этого возраста депрессии:

- **анестетическая;**
- **реактивная;**
- **астеноподобная;**
- **динамическая;**
- **психопатоподобная;**
- **дисфорическая;**
- **inlust-депрессия (безрадостная);**
- **тревожная.**

Отличительные особенности клинических проявлений депрессий у подростков представлены в табл.12.

Таблица 12

Клинические особенности проявлений депрессий у подростков старшего возраста

Виды депрессий	Клинические проявления
Анестетическая	<ul style="list-style-type: none">● совпадает с началом подросткового возраста, редко возникает в детском возрасте,● преобладает <i>anaesthesia psychica dolorosa</i>: утрата чувств, любви к близким, радости, печали, ужаса, сопереживания, сострадания, эмоционального резонан-

	<p>са, с мучительным переживанием эмоциональной измененности,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● уныние, безучастность и раздражительность, ● изменения в поведении в течение длительного времени, ● затаенной характер, ● возникает в рамках первого (манифестного) психоза <i>приступообразной шизофрении</i>.
Реактивная	<ul style="list-style-type: none"> ● предшествует психогения, которая звучит в переживаниях.
Виды депрессий	Клинические проявления
Астеноподобная	<ul style="list-style-type: none"> ● симптомы истощения, ● снижения активности, ● слезливость, ● физическое бессилие, утрата энергии, ● циркадный (суточный) ритм с выраженной усталостью и тягостными ощущениями в утренние часы.
Адинамическая	<ul style="list-style-type: none"> ● уходы из дома в вечернее время, ● участие в асоциальных компаниях, вовлечение в правонарушения, при этом пассивно подчиняемые и ведомые.
Психопатоподобная	<ul style="list-style-type: none"> ● выраженные расстройства поведения, скрывающие симптомы депрессии, ● оппозиционность по отношению к окружающим, ● незначительные психогенные факторы (ссоры с родителями, одноклассниками, учителями; несправедливо, поставленная плохая отметка) могут подтолкнуть к <i>суицидальным действиям</i>, ● возникают у подростков благополучных, успевающих в школе, без признаков девиаций характера в детские годы, ● скучное, плаксивое или злобно-угрюмое настроение, ● периоды безразличия, вялости, малоподвижности, ● неприятные ощущения и боли, ● нарушения сна и аппетита, ● суточные колебания активности и настроения, ● пассивность, подчиняемость, стремление уклониться от интеллектуального напряжения в школе, отвлечься от мрачных мыслей, уйти от неразрешимой ситуации.
Дисфорическая	<ul style="list-style-type: none"> ● плохое, злое настроение с недовольством собой, окружающими, раздражительность, вспыльчивость, ● кратковременные тревожные, тоскливые или боязливые эпизоды, ● вялость, потеря интересов, снижение побуждений,

	<ul style="list-style-type: none"> ● незначительная моторная заторможенность, ● идеаторные расстройства с замедлением ассоциативных процессов, трудностями осмысления и концентрации внимания, ● социальная отгороженность в школьном коллективе, ● нарушения поведения с агрессией, ● продуктивная деятельность замедлена, ● затрудненное общение,
Виды депрессий	Клинические проявления
	<ul style="list-style-type: none"> ● школьная дезадаптация, ● злые истеричные выходки, грубость, драки, пропуски уроков и уходы из дома, общение с асоциальными группами, с формированием патологической зависимости – курение, пьянство, употребление наркотиков, ранние половые связи.
<i>Unlust-депрессия (безрадостная)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● депрессивное состояние с угрюмым, мрачным настроением, ● недовольства собой и окружающими с придирчивостью, неприязнью, враждебностью, ненавистью к близким, бывшим друзьям с отсутствием стремления к получению удовольствия, ● постоянное ворчание или брюзжание ● имитирует патологию характера с грубым, дерзким, злобным, агрессивным поведением в сочетании с оппозиционностью, возбудимостью и истеричностью, ● отказ от учебы, вплоть до отказа от посещения школы, ● драки, бродяжничество, совершение противоправных поступков, ● суицидальные попытки отличаются обдуманностью и обосновываются.
<i>Тревожная</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● основные симптомы – страх и тревога за жизнь и благополучие матери и других близких или беспричинный («витальный страх», «витальная тревога»), смутное ощущение «что-то ужасное должно случиться», ● тоска и угнетенное настроение отходят на задний план, ● двигательная активность различна – от суетливого беспокойства, желания все время куда-то пойти, поехать, непрерывного топтания на месте, невозможности спокойно усидеть до почти полной обездвиженности, оцепенения с застывшим выражением страха на

	лице, ● мышление затруднено, с жалобами на «пустоту в голове», ● может возникать бред преследования, отношения и самообвинения. ● характерна при шизоаффективном психозе.
--	--

В старшем подростковом возрасте депрессия нередко оформляется проявлениями *метафизической интоксикации*, которые чаще встречаются у подростков психастенического, шизоидного склада и характеризуются:

- переживания смысла утраты, «экзистенциальный вакуум», рассматривается как личная драма,
- размышления о смысле жизни и смерти превращаются в навязчивое и бесплодное мудрствование,
- снижение способности к продуктивной интеллектуальной деятельности,
- молодые люди становятся одинокими и отрешенными, нарастает дезадаптация.

В пубертатном возрасте встречаются депрессии с ведущими расстройствами интеллектуальной деятельности, как «*юношеская астеническая несостоятельность*».

Фундаментальным нарушением в этих случаях являются:

- неспособность к концентрации мыслей,
- отвлекаемость, не связанная с внешними обстоятельствами и с наличием доминирующей мысли,
- расстройство носит произвольный и неуправляемый характер,
- посторонние мысли воспринимаются как насильственное вторжение, затруднение понимания смысла с невозможностью установить логическую взаимосвязь, понять целое,
- реже встречаются «малые идеаторные автоматизмы» типа «обрывов», «отключения» 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),
- сопровождаются выраженной тревогой и страхом «утраты разума».

Подростковые депрессии скрывают трудность своевременной и адекватной диагностики, построения терапевтической тактики и таят в себе риск совершения молодыми людьми попытки к самоубийству.

Суицидальное поведение встречается в подростковом возрасте часто. В последние годы среди лиц юношеского возраста стремительно растет число суицидов, связанных с депрессией. Особенности пубертатного периода, а именно эмоциональная лабильность, гипотимность, неустойчивая самооценка,

трудности самоидентификации, коммуникативные проблемы, эгоцентризм делают подростка легко уязвимым, ранимым.

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 лечение депрессии является единственной возможностью попытаться предупредить первичную и предотвратить повторение суицидальной попытки.

При депрессии подростки демонстрируют значительное ухудшение своего состояния, что делает аффективное расстройство одним из наиболее опасных заболеваний юношеского возраста, препятствующее нормальному развитию, с проблемами психического здоровья, трудностями образовательного процесса и сложностью с системами правосудия.

Диагностика депрессий в подростковом возрасте затруднена маскированными депрессивными эквивалентами. Наиболее усложняют распознавание картины депрессии делинквентные варианты: лживость, конфликтность, агрессивность, жестокость и насилие, уходы из дома, прогулы школы использование ПАВ, совершение самоубийств. Часто с поведенческими расстройствами коморбидны тревожные и аффективные симптомы, которые развиваются позднее, чем нарушенное поведение.

Для классификации смешанных нарушений поведения и эмоций в старшем подростковом возрасте можно использовать рубрики МКБ-10F90 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

F92.8 Смешанные расстройства поведений и эмоций

Диагностическими критериям являются:

А. стойкое диссоциальное, агрессивное поведение 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.

Смешанные расстройства поведения и эмоций – это группа нарушений, характеризующаяся сочетанием стойкого нарушенного и вызывающего поведения с явными симптомами депрессии или тревоги, страхом, деперсонализационно-дереализационными и обсессивно-компульсивными расстройствами.

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.

Синонимами данных состояний можно считать такие расстройства, как:

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

Клинические проявления начинаются постепенно, снижение настроения у подростков остается незамеченным окружающим, затем в течение нескольких месяцев наблюдается резкое снижение успеваемости, отказ от посещения школы и нарушения поведения. Эти состояния имеют длительное многолетнее течение. При ранней диагностике и комплексном лечении психопатоподобные расстройства редуцируются одновременно с аффективными симптомами. При неправильной или несвоевременной диагностике и отсутствии лечения постепенно нарастает выраженность поведенческих и аффективных компонентов, с формированием стойких расстройств личности и социальной дезадаптации.

У подростков старшего пубертатного возраста также можно использовать рубрику F32 МКБ-10.

3.3 Дистимии у детей и подростков

Растет число доказательств существования дистимии у детей и подростков, которая протекает в хронической форме. У молодых людей наблюдается депрессивное настроение большую часть времени, на протяжении не менее 1 года. Пациенты бывают грустными или раздражительными, но симптомы менее выражены, чем у лиц с БДР.

Согласно Руководству **DSM-IV** основными диагностическими критериями являются:

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.

У детей и подростков с дистимическим расстройством преобладают чувства печали и одиночества, самообвинения, низкая самооценка, тревожность, раздражительность и вспышки гнева.

В связи с хронической природой дистимии происходит изменение поведения. Такие пациенты выглядят унылыми, мрачными, не способные ничему радоваться.

Дистимическое расстройство развивается в возрасте 11-12 лет и может быть предвестником развития БДР, так как дистимия почти всегда предшествует тяжелой депрессии.

Особенностями дистимии у детей и подростков являются:

- пролонгированное течение со средней продолжительностью эпизода 2-5 лет,
- длительность выздоровления больше 4-х лет,
- продолжительность выздоровления зависит от наличия сопутствующих поведенческих проблем, связанных со злоупотреблением ПАВ,
- связь с учебными, когнитивными, семейными и социальными проблемами, могут оказать пагубное воздействие на развитие,
- высокая вероятность возникновения других расстройств, БДР, тревожных состояний, развитием страхов, преимущественно одиночества,
- после выздоровления сохраняются трудности социального взаимодействия, хотя нарушения в социальном взаимодействии могут предшествовать дистимическому расстройству, а могут возникать как следствие этого расстройства.

Ранняя диагностика дистимии может способствовать выявлению детей и подростков, кто подвержен риску расстройств настроения в более позднем возрасте, что может иметь важное значение для профилактики аффективных заболеваний.

Для классификации можно использовать рубрику МКБ – 10:

F34.1 Дистимия

Это хроническое депрессивное настроение, которое в настоящее время не отвечает описанию рекуррентного депрессивного расстройства легкой или умеренной тяжести (F33.0x или F33.1x) ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов (хотя в прошлом могли быть отдельные эпизоды, отвечающие критериям легкого депрессивного эпизода, особенно в начале расстройства). Бывают периоды (дни или недели), которые расцениваются как хорошие. Но большую часть времени (часто месяцами) – усталость и сниженное настроение. Все становится трудным и ничто не доставляет удовольствие, склонность к мрачным размышлениям и жалобы на плохой сон дискомфорт, но в целом пациенты справляются с основными требованиями повседневной жизни. Поэтому дистимия имеет много общего с концепцией депрессивного невроза или невротической депрессии. Если необходимо, можно отметить время начала расстройства как раннее (в подростковом возрасте или до 30 лет) или более позднее.

Диагностические указания:

А. Основной чертой является длительное сниженное настроение, которое никогда (или очень редко) не бывает достаточным для удовлетворения критериям рекуррентного депрессивного расстройства легкой или средней степени (F33.0x или F33.1x).

Б. Обычно это расстройство начинается в молодом возрасте и длится в течение нескольких лет, иногда неопределенно долго.

В. Когда такое состояние возникает позже, это чаще всего следствие депрессивного эпизода (F32.-) и связано с утратой близкого человека или другими явными стрессовыми ситуациями.

Включаются:

- √хроническая тревожная депрессия;
- √депрессивный невроз;
- √депрессивное расстройство личности;
- √невротическая депрессия (длительностью более 2-х лет).

Депрессивные симптомы являются довольно распространенными в детско-подростковом возрасте и часто сочетаются с соматическими проявлениями и нарушениями поведения, включающими делинквентные, девиантные, антидисциплинарные и аддиктивные формы. Это связано с тем, что аффективная симптоматика не достигает высокого уровня проявления эмоциональных нарушений, как у взрослых, а маскируются поведенческими и соматовегетативными нарушениями. При первичном обращении не всегда можно решить полностью диагностические задачи, 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 депрессивных симптомов и наметить пути дальнейшей реабилитации таких пациентов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ТИПИЧНЫЕ ЧЕРТЫ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

- 1) кратковременность
- 2) быстрота смены депрессии и возбуждения
- 3) нарушение цикла «сон-бодрствование»
- 4) массивность вегетативных нарушений
- 5) пессимистическое ведение будущего

2. ЧЕРТЫ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

- 1) употребление алкоголя и психоактивных веществ
- 2) повреждение собственности
- 3) ограничение социальных контактов
- 4) агрессивное поведение

5) язвительные замечания окружающим

3. ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ

- 1) типичные черты депрессии
- 2) поведенческие «маски»
- 3) рекуррентный тип течения
- 4) появление суицидальных мыслей
- 5) тенденция к хронической депрессии

4. «МАСКИ» ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ

- 1) школьные фобии
- 2) коммуникативные проблемы
- 3) соматовегетативные проявления
- 4) девиантные формы поведения
- 5) патологические личностные черты

5. ИДЕТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

- 1) скачка идей
- 2) навязчивое, бесплодное мудрствование
- 3) разорванность мышления
- 4) размышления о смысле жизни и смерти
- 5) снижение продуктивной деятельности

6. ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

- 1) наличие депрессии
- 2) неустойчивая самооценка
- 3) витальная тоска
- 4) легкая уязвимость
- 5) беспричинная подавленность

7. ИСХОДЫ ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ

- 1) рецидивы болезненного состояния
- 2) риск злоупотребления ПАВ
- 3) патологическое формирование личности
- 4) формирование соматоформного расстройства
- 5) развитие биполярного расстройства

8. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ АСТЕНОПОДОБНОЙ ДЕПРЕССИИ

- 1) утомляемость и истощаемость
- 2) непереносимость шума, яркого света
- 3) мышечные боли
- 4) суточное колебание настроения
- 5) снижение настроения в вечерние часы

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДИНАМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

- 1) снижение интереса к прежним занятиям

- 2) повышенная активность в вечерние часы
- 3) тоскливое настроение в течение суток
- 4) навязчивые мысли
- 5) неожиданный отказ от посещения школы

10. ВИДЫ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ ПО А.Е.ЛИЧКО

- 1) меланхолическая
- 2) тревожная
- 3) ипохондрическая
- 4) делинквентная
- 5) депрессия с кататонией

11. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИСТИМИИ У ДЕТЕЙ ПО DSM-IV

- 1) длительность не менее 2-х лет
- 2) длительность в течение 1 года
- 3) наличие раздражительности в настроении
- 4) суицидальные мысли
- 5) заниженная самооценка

12. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТИМИИ У ДЕТЕЙ

- 1) преобладание чувства печали и одиночества
- 2) наличие идей самообвинения
- 3) снижение успеваемости
- 4) раздражительность, вспышки гнева
- 5) ускоренный темп речи

13. ИСХОДЫ ДИСТИМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) возникновение большого депрессивного эпизода
- 2) развитие тревожного расстройства
- 3) невротическое расстройство личности
- 4) формирование соматоформного расстройства
- 5) злоупотребление психоактивными веществами

РАЗДЕЛ 4. ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

До начала лечебных мероприятий необходимо провести диагностику, которая состоит из:

1. Сбор анамнестических сведений, с учетом:
 - отягощенной наследственности по аффективной патологии;
 - наличие суицидальное поведение среди ближайших родственников.
2. Наблюдение и опрос больного.
3. Психологические методы диагностики с применением:
 - шкалы Бекка;
 - шкалы Гамильтон;
 - шкалы Монтгомери-Асберг

Для детей и подростков диагностические критерии имеют отличительные особенности:

1. Наблюдение за поведением и игрой ребенка.
2. Использование проективных методик: «дом, дерево, человек», «моя семья», «несуществующее животное».
3. Информация от родителей, учителей.
4. Применение теста Векслера для определения интеллектуальных способностей.
5. Использование теста Люшера.
6. Применение психологических методик:
 - тест САТ (Childrenapperceptiontest) – толкования картинок с животными для оценки собственных эмоциональных переживаний, страхов, тревоги и внутрисемейных ситуаций);
 - шкалы депрессии Бекка;
 - шкалы тревожности Яхина-Менделевича;
 - шкалы Гамильтон;
 - шкалы Монтгомери-Асберг

Препаратами выбора при лечении депрессии являются антидепрессанты (АД), которые различаются по клиническому действию на седативные, стимулирующие и сбалансированные, по способу применения и выраженности побочных эффектов на препараты первого и второго ряда.

К АД первого ряда относятся:

СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина):

сертралин (золофт, торин)

пароксетин (паксил)

флувоксамин (феварин)

флуоксетин (прозак)

циталопрам (ципрамил)

ССОЗС (селективные стимуляторы обратного захвата серотонина):

тианептин (коаксил)
СБОЗН (селективные блокаторы обратного захвата норадреналина):
миансерин (леривон)
СИОЗСиН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина):
венлафаксин
милнаципран (иксел)
МТ (мелатониновый АД):
вальдоксан (агомелатин)

Особенностями АД первого ряда являются:

1. Назначение на амбулаторном приеме.
2. Минимальная выраженность побочных эффектов и нежелательных взаимодействий.
4. Простота использования (1 раз в день).
5. Безопасность при передозировке.

К АД второго ряда относятся:

ТЦА (трициклические антидепрессанты):
амитриптилин
имипрамин (мелипрамин)
дезипрамин
доксепин (синекван)
кломипрамин (анафранил)
СИОЗН (селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина):
мапротилин (лудиомил)
ОИМАО (обратные ингибиторы моноамин оксидазы):
моклобемид (аурорикс)
ниаламид
пиразидол (пирлиндол)

Особенностями АД второго ряда являются:

Назначение в специализированных психиатрических медицинских учреждениях.
Наличие выраженного психотропного эффекта, сопровождаемого риском побочного нейротропного и соматотропного действия.
Неблагоприятные последствия взаимодействия с соматотропными препаратами.

Основными целями терапии антидепрессантами являются:

1. Достижение полной ремиссии (интермиссии).
2. Снижение риска рецидивов.
3. Преодоление резистентности.
4. Поиск и внедрение новых антидепрессантов.

Принципы оказания помощи пациентам с депрессией:

1. Осмотр психиатром и возможность госпитализации с последующим амбулаторным наблюдением после выписки.

2. Терапевтический ответ на антидепрессивную терапию измеряется на основе шкал депрессии Монтгомери-Асберг или Гамильтон и включает 50% улучшение симптоматики.

3. Полным выздоровление считается возврат социального и трудового функционирования без депрессивной симптоматики.

4. При выборе антидепрессанта (АД) должна учитываться доказанная эффективность и приниматься во внимание предыдущий опыт применения АД.

5. Купирующее (острое) лечение составляет от 4 до 8 недель, для пожилых пациентов до 12 недель.

6. Продолжительность лечения АД после медицинского вмешательства при остром эпизоде составляет от 4 до 6 месяцев, при учащении количества эпизодов до 2-3 лет.

Лечебные мероприятия при депрессии носят комплексный характер, сочетая медикаментозные препараты и психотерапию, предпочтением выбора того или иного метода является степень и тяжесть выраженности проявления депрессии. Основные показания для назначения медикаментозной терапии представлены в табл.13.

Таблица 13

Диагностические показания для назначения антидепрессантов (Обзор доказательных данных Рабочей группы исследователей, 2008)

Диагностические группы	Специфические показания АД
<i>Легкие или умеренные униполярные депрессии</i>	Лечение апробированными АД
<i>Тяжелые униполярные депрессии</i>	АД двойного действия (ТЦА, ИОЗСН, НаССА); электросудорожная терапия (ЭСТ)
<i>Депрессии с психотическими симптомами</i>	Комбинация АД (ТЦА, ТетраЦА (амоксапин) и антипсихотиками; препараты лития, ЭСТ; поддерживающая монотерапия СИОЗС
<i>Депрессия с кататоническими признаками</i>	Комбинация седативных АД с бензодиазепинами при ажитации; Активирующие АД (СИОЗС, ИОЗН) при торможении; ЭСТ
<i>Биполярные депрессии</i>	АД группы СИОЗС, ИМАО; комбинация АД с тимостабилизаторами (ламотриджин до 200 мг в сутки на 2 приема)
<i>Фармакотерапевтическая резистентность депрессии</i>	Два курса терапии АД различных групп и длительность проведения;

	потенцирование препаратами лития; бензодиазепины (лоразепам или алпрозалам); ЭСТ
<i>Дистимия</i>	Комбинация АД с психотерапией когнитивно-поведенческой терапией (КПП) и межличностной психотерапией (МЛП)
<i>Сезонные аффективные расстройства</i>	Терапия ярким светом, АД
<i>Расстройства адаптации</i>	Психосоциальная терапия с АД

Общие алгоритмы лечения депрессивного эпизода:

Эпизод средней степени тяжести:

1. Начать с психообразования и психотерапии (4-6 недель).
2. Если ответ частичный или его нет – продолжить психообразование и психотерапию и присоединить препарат СИОЗС (на 6-12 недель).
3. Если нет достаточного ответа на выбранный АД группы СИОЗС – сменить его на другой препарат из СИОЗС (на 6-12 недель).
4. Если нет достаточного ответа и на второй препарат СИОЗС – пересмотреть диагноз, коморбидность (особенно СДВГ или тревожные расстройства), комплаенс, соматические расстройства, семейное функционирование, негативные жизненные события, болезни родителей и сиблингов. Возможен переход на АД второй линии – миртазапин, венлафаксий, бупропион, ТЦА.
5. Продолжать лечение еще 6-12 месяцев после появления достаточного ответа, затем, если не было обострений, начинать снижать дозу.
6. Если имеет место уже второй неосложненный эпизод – продолжительность терапии составляет 1 -3 года.

Тяжелый депрессивный эпизод:

1. Начать с психообразования, психотерапии и препарата из СИОЗС (на 4-6 недель), при наличии суицидальных тенденций осуществлять соответствующий контроль и если требуется принимать меры.
2. Если нет ответа после 6-12 недель – перейти на другой препарат из группы СИОЗС (продолжать прием еще 6-12 недель).
3. Если нет ответа через 6-12 недель – назначить АД второй линии миртазапин, венлафаксин, бупропион, ТЦА
4. Принимать препараты 1-3 года.
5. Если имели место 2, 3 и более осложненных депрессивных эпизода или хроническая депрессия, то прием препаратов показан на срок от 3 лет до пожизненного.

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.

В детско-подростковой практике предпочтением выбора того или иного метода лечения депрессии является возраст ребенка и степень выраженности аффективных проявлений. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста и при легких формах заболевания (невротические и реактивные депрессии) в лечение используются психотерапевтические методы коррекции и проводятся амбулаторно. При тяжелых случаях, когда пациент высказывает суицидальные мысли, лечение осуществляется в стационаре с применением медикаментозных препаратов, с предпочтением монотерапии.

Особенностями лечения депрессии у детей и подростков являются:

1. Решение вопроса о пользе применения АД или психотерапии.
2. Если депрессивные симптомы легкие проводится интенсивная психосоциальная терапия и поддержка с наблюдением в течение 6-8 недель.
3. Терапия начинается с небольших дозировок с еженедельным в первые 4 недели лечения и раз в 2 последующие недели мониторингом. При положительном «ответе» терапия может быть продолжена. «Стабилизирующая терапия» продолжается 3-6 месяцев; «поддерживающая» в течение 1-3 лет.
4. Если пациент не «отвечает» на терапию необходимо пересмотреть диагноз или попробовать альтернативную медикаментозную терапию.

5.1. Медикаментозная терапия

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 суицидального поведения, следует заранее решить, кто именно в семье будет отвечать за выдачу препаратов ребенку.

В детско-подростковой практике неширок спектр применения АД, из-за возрастных ограничений, поэтому можно использовать проверенные, допустимые в детской психиатрической клинике с доказанной эффективностью.

Препаратами выбора являются антидепрессанты ТЦА седативного или сбалансированного действия (с отсутствием или минимальным побочным действием) – амитриптилин, кломипрамин. Назначение трициклических антидепрессантов 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 имеющие-

ся побочные эффекты (головокружение, сухость во рту, выраженная седация, чаще дозозависимые) затрудняют их применение.

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

В табл.14 приведены рекомендуемые возрастные дозы в детско-подростковом возрасте некоторых трициклических антидепрессантов и СИОЗС.

Таблица 14

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
<i>Амитриптилин</i>	10-30 мг	50-75 мг	75-100 мг
<i>Имипрамин (Мелипрамин)</i>	25 мг	25-50 мг	50-75 мг
<i>Кломипрамин (Анафранил)</i>	10-20 мг	20-50 мг	50-75 мг
<i>Флувоксамин (феварин)</i>	-	25-50 мг	50-100 мг
<i>Сертралин (золофт, торин)</i>	-	25 мг	25-50 мг

При симптомах нарушения мышления, патологическом фантазировании, бредовых расстройствах показано назначение небольших доз нейрорептиков. При выраженной тревоге – клозапин (30-60 мг в сутки) (азалептин, лепонекс), левомепромазин (1-5 мг/кг в сутки) (тизерцин). Наряду с этим назначаются ноотропы, не обладающие стимулирующим действием – фенибут, когитум, глицин, а также общеукрепляющее лечение и физиотерапия.

4.1. Психотерапевтические методы коррекции

Психотерапевтические и психологические техники являются предпочтительными в лечении депрессии детей и подростков, особенно при легких формах, требующей коррекции взаимоотношений в семье, школе, ближайшем окружении.

Ведущие современные методы психотерапии в лечении депрессии включают:

- семейную,
- когнитивно-поведенческую,
- межличностную терапию.

Семейная терапия направлена на то, чтобы изменить факторы, которые способствуют высокому уровню стресса и вызывающие возникновение депрессии, объяснить причину заболевания ребенка, поддержать родителей, близких родственников. В легких случаях расстройств родители сами могут помочь ребенку справиться с аффективными реакциями, 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.

Для достижения позитивных изменений в семье, понимания роли ребенка в ней, поддержки родителей, значимости родительских обязанностей необходима семейная терапия, а также консультирование по вопросам воспитания и внутрисемейного взаимоотношения.

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

Когнитивная поведенческая психотерапия (КПТ) направлена на то, чтобы дать переживаниям ребенка позитивный стимул, развить способность у детей шаг за шагом справляться с заданиями, тем самым улучшить социальные отношения.

Целью КПТ является устранить негативные травмирующие мысли и представления о самовосприятии, повысить 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 (МЛТ) является укрепление самооценки пациента, развитие способности выражать свои чувства, рассказать о них, травмирующих переживаниях, справиться с проблемами и конструктивно воздействовать самому на сложившуюся ситуацию.

Выбор техник МЛТ зависит от возраста ребенка, могут применяться игровая терапия, проективные методики с помощью картинок (которые в некото-

рых случаях больше поощряют к сотрудничеству, чем вербальное общение), техника психодрамы, поддерживающая терапия разговором, в редких случаях – психоанализ.

Особенности применения психотерапевтических техник в лечении депрессии приведены в табл. 15.

Таблица 15

**Психотерапевтические техники для лечения депрессии
у детей и подростков**

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

Задача психотерапевтического лечения заключается в обучении пациентов с депрессией контролировать себя, свои эмоции, учиться сдерживаться, чтобы не причинять вред себе и окружающим. На заключительном этапе лече-

ния следует убедить ребенка или подростка своевременно обратиться к психиатру при повторении болезненного состояния.

Выбор медикаментозного, психотерапевтического, комбинированного подхода к терапии депрессивных расстройств зависит от тяжести симптоматики:

При легкой депрессии достаточно использовать психологическую поддержку.

При умеренной депрессии необходим трехэтапный план ведения пациента:

✓ на первом этапе психологическая поддержка,

✓ на втором этапе техники КПТ или МЛТ,

✓ на третьем этапе 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.

Условия лечения определяются тяжестью депрессивной симптоматики:

Амбулаторное лечение назначается при нерезко выраженных депрессивных расстройствах, корригируемом поведении в домашних условиях и детских учреждениях, отсутствии социальной и учебной дезадаптации и при отказе родителей от стационарного лечения.

Стационарное лечение показано при выраженных аффектах тоски, тревоги или страха, агрессивности, суицидальных тенденциях, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств к амбулаторному лечению, неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Дети школьного возраста при стационарном лечении без перерыва должны продолжать обучение по программе школы, в которой учились до болезни. Срок ведения больного в стационаре составляет от 4 до 12 недель (при необходимости может быть продлен).

Полустационарное лечение (частичная госпитализация) необходимо после стационарного лечения для закрепления положительного терапевтического эффекта и обучения в щадящих условиях в школе. Срок наблюдения больных составляет до 12 месяцев.

4.2. Профилактика депрессий

Для профилактики развития депрессии у детей необходима организация психологической помощи в школах, улучшение климата в семье, занятость любимыми делами (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. Родителям необходимо 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 пристра-

ствия. Самостоятельно дети не смогут выйти из депрессивного состояния, поэтому задача родителей вовремя увидеть изменение в поведении, личности ребенка и обратиться за медицинской помощью.

Основная задача профилактической работы при депрессивных состояниях у подростков заключается в реализации 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 непрекращающиеся, 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 социального реабилитационного подхода является раннее выявление депрессивного состояния у подростка для своевременного введения терапии и медико-педагогических мер, направленных на профилактику (или восстановление) нарушенных межперсональных связей и учебной дезадаптации. Неверная диагностика, неадекватное лечение и медико-педагогические рекомендации (академический отпуск, 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.

Вторым условием правильного реабилитационного подхода является вопрос о форме ведения больного: стационарном, полустационарном или 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.

Начало профилактики школьной дезадаптации и ранней реабилитации по существу совпадает с первым осмотром ребенка или подростка, когда после сбора анамнеза и осмотра врач проводит разъяснительную работу и рациональную психотерапию с родителями. Целью которой является коррекция 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 принцип реабилитации в этом возрасте заключается в удержании или восстановлении депрессивного ребенка или подростка в школе, в непрекращающемся обучении во временно щадящих условиях, пре-

одолении упорного отказа от школы и "школьных фобий". Наиболее полноценным всегда остается обучение детей и подростков в собственном классе.

При амбулаторных формах лечения депрессий необходимо сохранить имеющуюся форму обучения, выработать у школьника и его родителей правильную психологическую установку на обучение в своей школе, проводить разъяснительную работу с педагогами для создания благоприятного психологического климата в коллективе, облегчения учебного режима (2-3 выходных дня в неделю, свободное посещение уроков).

В случаях затяжного субпсихотического состояния с развитием тяжелых форм школьной дезадаптации с падением успеваемости и страхом перед школой в короткие сроки вводится 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 щадящим условиям учебы.

При лечении в стационаре больной 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 проходя стадии 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 высокими. Дублирование классов 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, нейропсихологом, дефектологом.

Реабилитационно-профилактический подход к школьникам с депрессивными состояниями является процессом:

- √ индивидуальным,
- √ длительным,
- √ последовательным,
- √ преемственным

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 терапевтов, дефектологов, педагогов – при условии их обязательного тесного контакта с семьей пациента.

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-IV.

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

4. Психофармакотерапия антидепрессантами группы СИОЗС в сочетании с психотерапией и психообразовательными программами являются наиболее эффективным способом лечения депрессии в детско-подростковой популяции.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) психотерапевтические техники
- 2) медикаментозная терапия
- 3) психообразовательные программы
- 4) психологическая коррекция
- 5) комбинированные методы

2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

- 1) межличностная терапия
- 2) семейная психотерапия
- 3) игровая терапия
- 4) когнитивно-поведенческая
- 5) терапия светом

3. ГРУППЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

- 1) группа СИОЗС
- 2) четырехциклические антидепрессанты
- 3) обратные ингибиторы МАО
- 4) препараты двойного действия СИОЗСиН
- 5) трициклические антидепрессанты

4. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) флувоксамин (феварин)
- 2) амитриптилин

- 3) милнаципран
- 4) мелипрамин
- 5) сертралин

5. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗИРОВКА СИОЗС У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) 25-50 мг
- 2) 50-100 мг
- 3) 100 мг
- 4) 200 мг
- 5) свыше 200 мг

6. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗИРОВКА ТЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) 12,5 – 25 мг
- 2) 50 мг
- 3) 75 мг
- 4) 100 мг
- 5) свыше 100 мг

7. УСЛОВИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

- 1) выраженный аффект тоски, страха, тревоги
- 2) удовлетворительные социально-бытовые условия
- 3) наличие суицидальных тенденций
- 4) социальная и школьная дезадаптация
- 5) эффективная психологическая коррекция

8. УСЛОВИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

- 1) не резко выраженные депрессивные расстройства
- 2) отсутствие социальной и школьной дезадаптации
- 3) суицидальные мысли
- 4) отказ родителей от стационарного лечения
- 5) выраженная агрессивность

9. ОБЩИЕ АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА

- 1) психообразовательные программы 4-6 недель
- 2) назначение трициклических антидепрессантов
- 3) использование антидепрессантов группы СИОЗС
- 4) продолжительность приема антидепрессантов 12 недель
- 5) профилактический прием АД не менее года

10. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ

- 1) поддержание активности в социальной жизни
- 2) дублирование классов
- 3) разъяснительная работа с родителями
- 4) своевременное обращение за медицинской помощью
- 5) назначение антидепрессантов в терапевтической дозе

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:

***амитриптилин,
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), противоязвенное 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 (Tmax) 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 (Cmax) - 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 гипотони-

ческим 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 МАО, повышенная чувствительность к amitriptiline. 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 МАО. Перерыв в лечении между приемом ингибиторов МАО и трициклическими антидепрессантами должен составлять не менее 14 дней. Усиливает угнетающее действие 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/сут дробно, в подростковом возрасте - до 100 мг/сут. 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 amitriptiline 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 (ICN Polfa Rzeszow S.A., Польша), драже, 25 мг.

Саротен и саротен ретард (H.Lunbdeck A/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), некоторым 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 серотонинергическую 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 (Т_{сmax}) - 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 дезметилимипрамин 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 МАО (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 болевых 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, невротиче-

ские, 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, гиперпирексия, 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; Nycomed Austria GmbH for Novartis Farma GmbH, 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.

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, ГАБА, бензодиазепиновым и адренорецепторам. При длительном применении снижает количество адренорецепторов в ЦНС; сходный эффект оказывают другие клинически 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. Основной метаболит, обнаруживаемый в плазме, - N-десметилсертралин, который подвергается интенсивной биотрансформации при участии изофермента 3A4 цитохрома P450 (дезаминируется, гидроксيليруется) 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 неизмененном 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 МАО вызывает гипертермию, 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, Ranbaxy Laboratories Ltd., 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 обратный 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, чувство 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, при-

водит 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, оксазепам 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 Хелскеа 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 H₁-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 инги-

бирующим 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. Снижение мышечного напряжения при тревоге 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 накоплением 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; атопический 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 индивидуальной 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 свойств, последний прием осуществлять не позже, чем за 2 ч до сна.

Способ применения и дозы. Внутрь, вне приема пищи. 1 табл. на один прием (держат в 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 «Материа Медика Холдинг», Россия), таблетки для рассасывания, 20 шт.

ТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Ответы к разделу 1

п/н вопроса	Ответы
1	1,2,4
2	1,2,3,5
3	1,3,4
4	1,2,3,5
5	1,2,4,5
6	1,2,4
7	1,2,4,5
8	1,2,5
9	1,2,4
10	2,3,4

Ответы к разделу 2

п/н вопроса	Ответы
1	1,4,5
2	1,2,3,5
3	1,3,4
4	1,2,3
5	1,2,4
6	1,3,4,5
7	1,2,3,4
8	2,3,4
9	1,2,3
10	1,2,3,5

Ответы к разделу 3

п/н вопроса	Ответы
1	1,2,4
2	1,3,5
3	1,2,4
4	1,2,4
5	2,4,5
6	1,2,4
7	1,2,4
8	1,2,5
9	1,2,5
10	1,3,4
11	1,2,3,5

12	1,2,3,4.
13	1,2,3,5

Ответы к разделу 4

п/н вопроса	Ответы
1	1,2,5
2	1,2,4,5
3	1,5
4	1,2,4,5
5	1,2,3
6	1,2,3
7	1,3,4
8	1,2,4
9	1,3,4,5
10	1,3,4

РЕКОМЕНДУЕМАЯ 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 детской и подростковой психиатрии. Уч. пособие/ под. Ред. Н.Е. Буториной. – Изд-во ООО «Пирс», Челябинск, 2011. – 176 с.
3. 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.
4. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология (под общей редакцией проф. Ю.С. Шевченко, проф. А.Л. Венгера) – М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА-М, 2006.
5. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К., Дьяконов А.Л. Психопатология: симптомы и синдромы – Ярославль, 2007. – 228 с.
6. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт -М.: «Триада-Х», 2008.- 405 с.
7. Голубева О.И. Автореф. диссерт. на соискание уч. степени канд. мед. наук «Депрессивные расстройства в младенческом и раннем возрасте», 2010.
8. Бецкова Н. В. Автореф. диссерт. на соискание уч. степени канд. мед. наук «Депрессивные расстройства поведения у мальчиков среднего школьного возраста», 2007.
9. 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.
10. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем./ Под. ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях – Москва, 2003. – 429 с.
12. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных – Москва, 2008. – 215 с.
- 13.МКБ – 10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – ВОЗ, Женева.
14. Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Кривулин Е.Н. Клинические особенности депрессий в детском возрасте – Челябинск, 2014. – 102 с.