

# ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПІДЛІТКІВ: КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, ПОВЕДІНКОВІ ЕКВІВАЛЕНТИ ПСИХОПАТОЛОГІЇ ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРА, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

Михайлова Е. А.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків  
emiliam2013@ukr.net

*Визначено інформативність поведінкових паттернів депресивного розладу поведінки у підлітків у віковому і гендерному аспектах. Доведено, що безліч варіантів порушень поведінки у підлітків із депресивними розладами свідчить про складний характер формування відносин співіснування порушень поведінки, що визначає практичну цінність щодо розробки конкретних профілактично-терапевтичних програм.*

**Ключові слова:** депресивний розлад поведінки, підлітки, терапевтичне втручання

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ: КЛИНИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Михайлова Е. А.

*Определена информативность поведенческих паттернов депрессивного расстройства поведения у подростков в возрастном и гендерном аспектах. Доказано, что множество вариантов нарушений поведения у подростков с депрессивными расстройствами свидетельствует о сложном характере формирования отношений сосуществования нарушений поведения, что определяет практическую ценность разработки конкретных профилактически-терапевтических программ.*

**Ключевые слова:** депрессивное расстройство поведения, подростки, терапевтическое вмешательство

## DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS: CLINICAL PHENOMENOLOGY, BEHAVIORAL EQUIVALENTS OF THE PSYCHOPATHOLOGY OF THE DEPRESSIVE SPECTRUM, FEATURES OF THE COURSE

Mykhailova E. A.

*The informative value of behavioral patterns of depressive behavior disorder in adolescents in age and gender aspects is determined. It is proved that many variants of behavioral disorders in adolescents with depressive disorders indicate the complex nature of the formation of behavioral disorders coexistence relations which determines the practical value of specific preventive and therapeutic programs developing.*

**Keywords:** depressive behavior disorder, adolescents, therapeutic intervention

### ВСТУП

Депресія представляється однією з ключових патогенетичних, клінічних і методологічних проблем сучасної клінічної психіатрії [1–5]. Про її масштаб і актуальність свідчить вже той факт, що сам феномен депресії виходить за межі статусу медичної проблеми, зачіпаючи глибинні аспекти людського існування. У числі чинників, що обумовлюють спостережуване сьогодні експоненціальне зростання частоти депресій, розглядається насиченість епохи стресогенними і іншими негативними соціальними подіями [6–10]. Депресії – це міжнародна проблема і являє собою серйозну загрозу соціальному розвитку будь-якої нації. Депресивні розлади підліткового віку представляють одну із складних медичних про-

блем також зважаючи на тяжкі соціальні наслідки, до яких належать самогубство, насильство, наркоманія і поведінкові девіації.

За даними І. А. Марценковського та співавт. у 15,0 % дітей і підлітків у віці від 8 до 18 років, що зробили суїцидальну спробу, були виявлені депресивні реакції і стани. [3].

Депресивні розлади погіршують шкільні проблеми, які проявляються в зниженні інтелектуальної активності, падінні інтересу до навчання, скруті в спілкуванні, порушенні зв'язку з однолітками, поглибленні почуття неповноцінності, концентрації на власних хворобливих переживаннях, зниженні можливостей реалізації своїх здібностей. Захисні реакції уникнення, заперечення, гіперкомпенсації,

сором'язливість, сенситивність, рефлексія, образливість негативно впливають на особистість дитини, роблячи її ще більш крихкою, вразливою і конфліктною. Необхідність діагностики і правильної кваліфікації депресії у дітей диктується її обтяженістю з віком, високим ризиком рецидиву на подальших етапах розвитку дитини та схильністю до аддиктивної поведінки. Клінічними ознаками депресії у дітей є: когнітивні розлади із специфічними порушеннями інтелектуальної діяльності та поведінки при рудиментарності власне тимічного компонента депресії. Стерта афективна симптоматика депресії у дітей може бути під «маскою» препубертатних і пубертатних проявів, соматичних і поведінкових розладів, створюючи додаткові діагностичні труднощі. Стандартизовані діагностичні процедури, визнані в світі, не заохочують фахівців у галузі дитячої психіатрії до поширеної діагностики депресивних розладів у дітей за рахунок поведінкових розладів [11–18].

**Мета дослідження.** Дослідити клінічну типологію поведінкових порушень і визначити їх взаємозв'язок з клініко-психопатологічними і психологічними показниками депресивного розладу у підлітків.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 176 хворих підлітків із депресією, (72 хлопця і 104 дівчат). Застосувались клініко-психопатологічний, патопсихологічний (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, Шкала загального клінічного враження

(CGI)). Оцінка психічної патології, що вивчається, проводилася на підставі двох сучасних методологічних підходів: категоріального і дімensionального. Критерії включення: непсихотичний рівень депресивного розладу коморбідного з порушеними формами поведінки; підлітковий вік (12–18 років). Критерії виключення: маніфестні психози (органічні/ендогенні); деменція (F 70); важке соматичне захворювання.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У підлітків із депресивним розладом найбільшу інтенсивність мають симптоми пригніченого настрою, суїцидального мислення, хворобливих ідей, соціальної самоізоляції, поведінкові порушення. Діапазон сумарних балів за шкалою CDRS-R (Т-оцінка) складає 120,6 балів, що вказує на глибокий рівень депресії у підлітків. Тяжкість депресивних проявів статистично відрізнялась між групами підлітків 12–14 років і 15–18 років (102,46 балів та 128,52 балів, відповідно,  $p = 0,001$ ). Спрямованість вектору афекту у хлопців переважно у зовні (локус екстерналізації) — когнітивна дисфункція, агресія, схильність до ризику, вразливість до пошкоджень і травм, порушення правил, вікова регресія — із зростанням в старшому підлітковому віці (64,0 % і 82,9 %, відповідно,  $p < 0,01$ ), а у дівчат — на себе (локус інтерналізації), з превалюванням в віці 12–14 років (80,6 % і 67,6 %,  $p < 0,01$ ).

Встановлено клінічні варіанти депресивного розладу у підлітків (табл. 1).

Таблиця 1

#### Клінічні варіанти депресивного розладу у підлітків

Клінічні варіанти депресивного розладу	Усього, n = 176		Хлопці, n = 72		Дівчата, n = 104	
	N	%	N	%	N	%
Тривожно-фобічний	50	28,5	24	33,3	26	25,0
Апатичний	24	13,7	17	23,6	7	6,7
Дисфоричний	69	39,2	31	43,1	38	36,5
Дисморфобічний	33	18,6	1	2,1	32	30,8

У хлопців достовірно частіше, ніж у дівчат, формуються тривожно-фобічний, апатичний, дисфоричний варіанти ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ), а в дівчат — дисморфобічний ( $p < 0,005$ ). Більшість підлітків із депресивними розладами демонструють поступове зростання психопатології афективного регістру та тяжкості поведінкових порушень з часом. Аналіз показників тесту загального клінічного враження (шкала CGI) встановив, що у підлітків 12–14 років превалюють показники рівня «Помітні», а у підлітків 15–18 років — «Важки», що свідчить про пізню діагностику захворювання і його резистент-

ність до терапії. Встановлено трансформацію іпохондричного варіанту депресії у тривожний та апатичний варіанти, персистенція поведінкового варіанту, трансформація дисморфобічного варіанту у поведінковий, а фобічного — у тривожно-депресивний синдромокомплекс. Варіанти порушених форм поведінки у підлітків із депресивними розладами представлено у табл. 2

В структурі депресивного розладу реєстровано різні поведінкові порушення (табл. 2): агресія (100,0 %), аутоагресія (порізи в області верхніх і нижніх кінцівок, плечей та інших частинах тіла — 59,1 %).

**Варіанти порушених форм поведінки у підлітків із депресивними розладами (гендерний аспект)**

Варіанти порушених форм поведінки	Усього, n = 176		Хлопці, n = 72		Дівчата, n = 104	
	N	%	N	%	N	%
Агресія	176	100,0	72	100,0	104	100,0
Аутоагресія	104	59,1	12	16,7	92	88,5
Селфі	29	16,5	0	0,0	29	27,9
Екстремальні види спорту	18	10,2	18	25,0	0	0,0
Надцінні психопатологічні захоплення	76	43,2	40	55,6	36	34,6
Характерологічні та патохарактерологічні реакції	176	100,0	72	100,0	104	100,0
Комунікативні девіації	176	100,0	72	100,0	104	100,0
Аморальна поведінка	86	48,9	34	47,2	52	50,0
Неестетична поведінка	88	50,0	36	50,0	52	50,0

Цей показник достовірно частіше реєстровано в когорті дівчат (88,5 % і 16,7 %, відповідно,  $p < 0,005$ ). Порушення харчової поведінки реєстровано у 31,8 % підлітків з депресивними розладами з переважанням в когорті дівчат (49,0 % і 18,5 % відповідно,  $p < 0,001$ ). В основному це були порізи в області верхніх і нижніх кінцівок, в області плечей, шиї та інших частинах тіла, сліди від гасіння сигарет. Селфі реєстровано тільки у дівчат-підлітків (27,9 %,  $p < 0,005$ ). Екстремальні види спорту зареєстровано тільки в групі хлопців із депресивними розладами (25,0 % і 0,0 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Надцінні психопатологічні захоплення зустрічались в 43,2 %. Цей показник зареєстровано частіше у хлопців, ніж у дівчат (55,6 % і 34,6 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Патохарактерологічні реакції зустрічались у всіх підлітків незалежно від віку та статі. Комунікативні девіації також реєстровані у всіх пацієнтів із депресивними розладами. Комунікативні девіації включали: парааутистичну поведінку, конформну поведінку, гіпертовариськість, вербальну поведінку з переважанням псевдології, фобічну поведінку, ревності, нігілізм. Комунікативна девіація у вигляді поведінки, заснованої на ревностях, є однією з найбільш потенційно небезпечних девіацій — у формі підозри. Комунікативні девіації без достовірної різниці реєстровано як у групі хлопців, так і у дівчат, що важливо враховувати при розробці терапевтичних та профілактичних програм психосоціальної реабілітації підлітків із депресивними розладами.

Безнравствена та аморальна поведінка зареєстровані у половини пацієнтів (48,9 %). Слід констатувати, що достовірної різниці у переважанні безнравственої та аморальної форми порушеної

поведінки залежно від статі нами не було виявлено (47,2 % і 50,0 %, відповідно). Аморальна поведінка була у вигляді дій і діяльності, результати яких об'єктивно суперечать етичним нормам і не залежать від оцінки особи, що їх здійснює. Безнравствена поведінка — це аморальна девіантна поведінка, яка оцінюється особою, як аморальна. Девіації стилю поведінки у підлітків з депресією характеризувались стильовими змінами і порушеннями (девіації стилю рухів і манери поведінки — міміки, жестикуляції, руху; девіації стилю мови — вимови, голоси; девіації стилю погляду).

Неестетична поведінка склала 50,0 % випадків. В групі дівчат і хлопців неестетична поведінка реєстрована у половини з них без достовірної різниці (50,0 % та 50,0 %, відповідно). Таким чином, неестетична поведінка може бути одним з просоціальних маркерів депресії у підлітків.

Цей факт піддає сучасну тенденцію підростаючого покоління — моральний та інтелектуальний ателіоз. Все це необхідно враховувати при формуванні неселективної та селективної психопрофілактики та виділення до групи високого ризику підлітків з вищепоказаним показником соціального та психологічного функціонування.

Далі нами проаналізовано деякі психологічні особливості підлітків із депресивними розладами. Прихований комплекс неповноцінності реєстровано у всіх пацієнтів незалежно від віку та статі. Соціальність в поєднанні зі страхом переважувала у підлітків молодшої підліткової групи як у дівчат, так і у хлопців. У 73,3 % випадків встановлено прагнення говорити неправду, цей показник достовірно частіше відмічено у підлітків 15–18 років ( $p <$

0,01). У 56,8 % реєстровано прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні, причому достовірно частіше цей феномен відмічено у старших підлітків. Стереотипність, повторюваність поведінки в цілому реєстровано у 100,0 % досліджуваних підлітків. У 87,1 % хворих реєстрований психологічний симптомокомплекс тривожності незалежно від віку: у хлопців 80,0 % і 78,9 %, відповідно, у дівчат 100,0 % і 94,4 %, відповідно. Фобічна поведінка мала як психопатологічний, так і психологічний характер. Іпохондрична девіантна поведінка характеризувалася надцінним відношенням до власного здоров'я з формуванням боязкості, обережності, недовірливості, гидливості.

Отже, у підлітків із депресивними розладами визначено просоціальні маркери порушення поведінки, які необхідно враховувати при формуванні програм терапевтичного втручання і профілактики резистентних форм депресії і асоціальної поведінки. Визначено структуру і спрямованість афекту в залежності від віку та статі, що істотно у визначенні тактики лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів. За результатами окремого логістичного аналізу встановлено, що маніфестація депресивного розладу поведінки пов'язана із наявністю вторинних травматичних факторів (95,0 %,  $p < 0,001$ ). Критерії відмежування патологічних форм девіантної поведінки від непатологічних: наявність певного патохарактерологічного синдрому (синдрому підвищеної афективної збудливості, емоційно-вольової нестійкості, істероїдних, епілептоїдних, гіпертимних рис характеру та ін.); прояви девіантної поведінки за межами основних для дитини або підлітка мікросоціальних груп: сім'ї, колективу шкільного класу, референтної групи підлітків; поліморфізм девіантної поведінки, тобто поєднання у підлітка девіантних вчинків різного характеру — антидисциплінарних, антисоціальних, делінквентних, аутоагресивних; поєднання порушень поведінки з розладами невротичного рівня; динаміка девіантної поведінки у напрямку фіксації стереотипів порушеної поведінки, переходу їх в аномалії характеру і патологію ваблень з тенденцією до патологічної трансформації особистості.

Встановлено, що предикторами депресивних розладів у підлітків з порушеними формами поведінки є ряд психопатологічних і психологічних паттернів на ранньому етапі онтогенезу: невротія (гіперзбудливість), патологічний тип прихильності в системі «мати-дитина» на першому році життя (дезорганізований, амбівалентний). Встановлено, що особливості дисгармонічних відхилень стилю виховання, виявлені при опитуванні батьків підлітків із депресивним розладом, відповідали структурі потураючої гіперпротекції. Цей симптомокомплекс включав схильність до гіперпротекції, потурання потребам підлітка, недостатність вимог-обов'язків та вимог-заборон, мінімальність батьківських санкцій у разі не-

виконання вимог. Для батьків дівчат із депресивного розладу була властива фобія втрати дитини — це уявлення про надмірну крихкість та хворобливість дитини (40,5 % проти 11,1 % у батьків хлопців,  $p = 0,007$ ). Для батьків хлопців із депресивного розладу була більш властива проекція на дитину власних небажаних рис, коли батьки бачать в дитині ті риси, що відчують, але не визнають у собі (50,0 % проти 10,8 % у батьків дівчат,  $p = 0,0009$ ).

За параметром експресивності в родинних стосунках за оцінками підлітків із депресивними розладами низькі показники (46,5 %) діагностувалася втричі частіше, ніж за оцінками батьків (12,1 %,  $p < 0,01$ ), що вказує на неможливість підліткам відкрито діяти і виражати свої почуття, побоюючись погіршення ставлення або психологічного руйнування. Батьки хлопців із депресивними розладами часто відзначали високу безконфліктність (61,1 %). Також вони у 55,6 % випадків відмічали родинні стосунки як високо згуртовані, тобто зчеплені, проти 7,1 % таких оцінок серед їх дітей, хлопців із депресією ( $p < 0,05$ ). Батьки дівчат із депресивними розладами суттєво частіше за своїх доньок відзначали високий перфекціонізм (25,7 % проти 8,8 %,  $p < 0,01$ ). За результатами регресивного аналізу встановлено, що тяжкість симптомів інтерналізації збільшувалася у підлітків з поведінковими порушеннями та депресією із збільшенням віку дитини ( $p < 0,001$ ) та тяжкості депресивних проявів ( $p < 0,001$ ), що було особливо виражено у осіб жіночої статі ( $p < 0,01$ ). Тяжкість симптомів екстерналізації збільшувалася із збільшенням віку підлітків ( $p < 0,01$ ) та важкості депресивних проявів ( $p < 0,001$ ), що було особливо виражено серед осіб чоловічої статі ( $p < 0,001$ ).

Розроблено технологію психопрофілактики депресивного розладу у підлітків, яка включає три модулі. Перший модуль втручання передбачає купіювання депресивної та коморбідної поведінкової симптоматики (персоналізована психофармакотерапія, когнітивно-поведінкова терапія). Другий модуль — спрямований на сім'ю і найближче оточення підлітка (сімейна психотерапія, психопрофілактична програма для батьків). Він включає медико-психологічні стратегії, орієнтовані на хворого підлітка (визначення зони дії психотравмуючого чинника в сферах мотивації, психологічних установок і поведінкового реагування). Третій модуль передбачає освіту пацієнтів (програмна і алгоритмічна реалізація моделі класу задач прийняття рішень в контексті: якості життя, копінг-поведінка, локус-контроль, мотивація і модифікація неадекватних форм поведінки (моделювання нових когніцій).

Технологія здатна визначити зони-мішені психопрофілактики, сформувавши реєстр поведінкових порушень, діагностувати початкові прояви психічної та соціальної дезадаптації.



---

---

## БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Essau C.A. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization / C.A. Essau, J. Gabbidon // Essau C.A., Ollendick T.H., editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety*. First ed. Wiley-Blackwell; Chichester. – 2013.
2. Mykhailova E. Psychological characteristics of anxiety and depressive disorders of art-diagnostics in children when choosing therapeutic tactics of intervention / E. Mykhailova // *Global Akademics*. – 2020. – N 5 (6). – С. 35–44.
3. Марценковский И.А. Депрессивные расстройства у детей и подростков. *Neuronews*. 2017. № 3(87). С. 40–45.
4. A case-control study of the difficulties in daily functioning experienced by children with depressive disorder / Masahide Usami at al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – Vol. 179 – P. 167–174
5. Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression / Annemieke Noteboom at al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Vol. 190 – P. 156–161.
6. Perceived Control, Family Environment, and the Etiology of Child Anxiety / Ollendick, T.H., Grills, A.E. // *Behavior Therapy*. – 2016. – № 47(5). – P. 633–642.
7. Prenatal exposure to anxiolytic and hypnotic medication in relation to behavioral problems in childhood: A population-based cohort study/Maja RRadojčić at al.// *Neurotoxicology and Teratology*. – 2017. – Vol 61. – P. 58–65.
8. One session treatment for specific phobias in children: comorbid anxiety disorders and treatment outcome / Sarah M. Ryan, Marlene V. Strege, Ella L. Oar, Thomas H. Ollendick // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2017. – V.54. – P.128–134.
9. Clinical and non-clinical depression and anxiety in young people: A scoping review on heart rate variability / MelissaPaniccia at al. // *Autonomic Neuroscience*. – 2017. – V. 208, P. 1–14.
10. Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood / J.Narusyte at all. // *J. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*– 2017. – V. 52(9). – P. 1159–1168.
11. Paolo del Vecchio The Good News About Preventing Adolescent Depression // *Prevention Science*. – 2018. – V.19. – P.112–114.
12. Kathleen Ries Merikangas. Time Trends in the Global Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents: Gap in Data on U.S. Youth // *Child and Adolescents Psychiatry*. – 2018. – V. 57, Issue 5, P. 306–307
13. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder / Payton J. Jones at all. // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2018. – V. 53. – P. 1–8.
14. Linda F. Pendleton. Factors Influencing Primary Health Care Providers' Diagnosis and Treatment of Behavioral Health Conditions // *Journal of Adolescents Health*. – 2018. – V. 62, Iss. 2. – P. 54.
15. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder / Payton J. Jone at all. // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2018. – Vol. 53. – P. 1–8.
16. The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis / Anouk Spruit at al. *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2020. – V. 23, P. 54–69.
17. Affective Processing Biases in Relation to Past, Current, and Future Depression in Children and Adolescents / TabanSalem at al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – V. 273. – P. 146–156.
18. Comorbidity patterns in depression: A disease network analysis using regional hospital discharge records. HangQiub, LiyaWangb, Xianrong Zengc, Jingping Pand. *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – V. 296, P. 418–427.