

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ПІДЛІТКІВ

Михайлова Е. А.

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

У роботі розглянуто взаємозв'язки соціальних, психологічних, біологічних факторів формування депресивного розладу у підлітків.

Ключові слова: депресивні розлади, підлітки, фактори нейрогенезу

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF DEPRESSIVE DISORDER IN ADOLESCENTS

Mykhailova E.A.

SI «Institute of Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The work examines the interrelationships of social, psychological, and biological factors in the formation of depressive disorder in adolescents.

Keywords: depressive disorders, adolescents, neurogenesis factors

ВСТУП

Медико-соціальна актуальність проблеми депресії — основної причини інвалідності в світі визначається фактом її дезадаптуючого впливу, вимірюваного високими значеннями показника глобального тягаря хвороби. Депресія представляється однією з ключових патогенетичних, клінічних і методологічних проблем сучасної клінічної психіатрії. Про її масштаб і актуальність свідчить вже той факт, що сам феномен депресії виходить за межі статусу медичної проблеми, зачіпаючи глибинні аспекти людського існування. Когорта підлітків із депресивними розладами є найскладнішою в контексту соціального прогнозу та соціальної адаптації. У числі чинників, що обумовлюють спостережуване сьогодні експоненціальне зростання частоти депресій, розглядається насиченість епохи стресогенними та іншими негативними соціальними подіями. Захисні реакції уникнення, заперечення, гіперкомпенсації, сором'язливість, сенситивність, рефлексія, образливість негативно впливають на особистість дитини, роблячи її ще більш крихкою, вразливою і конфліктною [1-3].

Більшість інтерналізуючих ознак дитячої депресії є прихованими, «маскованими», важко діагностуються лікарями, що підкреслює необхідність більш активного впровадження нових діагностичних та реабілітаційних заходів щодо дітей з емоційними проблемами.

Недостатньо вивченими залишаються питання співвідношення депресії у підлітків зі складом особистості. Відповідно, не отримала повного ви-

світлення оцінка внеску чинника преморбідної уразливості на формування, типологічну структуру депресивних розладів, перебіг, прогноз позитивного лікування афективного захворювання. Типологічна диференціація депресії у підлітків проводиться недостатньо, що визначає необхідність аналізу проблеми в цьому аспекті.

Необхідність діагностики і правильної кваліфікації депресії у дітей диктується її обтяженістю з віком, високим ризиком рецидиву на подальших етапах розвитку дитини. Різні психопатологічні симптоми, що розглядаються як еквіваленти депресії, розширюють поняття афективної патології в дитячому віці [4-6].

Поширення розладів адаптації у підлітків із депресивними розладами, складності їх кваліфікації, лікування і реабілітації, необхідність медико-соціального прогнозу є дуже актуальною проблемою для практичної охорони здоров'я дітей та підлітків.

Мета роботи — вивчити клініко-психологічні кореляти депресивного розладу у підлітків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клініко-психопатологічний; патопсихологічний (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків (ПДО) А. Е. Личко, тест на запам'ятовування 10 слів, таблиці Платонова-Шульте, тест Люшера, Колумбійська суїцидальна шкала (С-SSRS), шкала Спілбергера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; тест невротичного стану Б. Д. Менделевича, Шкала за-

гального клінічного враження (CGI), проєктивні рисувальні тести, тест когнітивного соціального функціонування Люсина.

Сформовано робочу гіпотезу дослідження, згідно якої депресивні розлади — це психопатологічні гетерогенні стани, у формування і типологічні характеристики яких вносять істотний внесок чинники преморбідної уразливості.

Обстежено 200 підлітків із депресивними розладами та 100 підлітків із резистентною до терапії депресією.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доведено, що ключові симптоми депресії у підлітків є емоційні та соматичні. Емоційні — похмурий настрій, втрата інтересу, відчуття провини, ослабле-

на здатність думати або концентруватись, думки про самогубство. Соматичні симптоми — психомоторна загальмованість або збудження, порушення сну, зниження або збільшення ваги тіла, втома або втрата енергійності. Основні категорії депресивних симптомів: афективні (емоціональні), соматичні (біологічні, вітальні), моторна сфера (рухові, психомоторні), психологічні, соціальні (рис. 1).

У підлітків із депресією найбільшу інтенсивність мають симптоми погіршення успішності в школі, труднощі з отриманням задоволення, роздратованість, пригнічений настрій, суїцидальне мислення, хворобливі ідеї, соціальна самоізоляція.

У пацієнтів із резистентною депресією достовірно частіше переважали симптоми, що мають максимальні показники: хворобливі ідеї (7 балів),

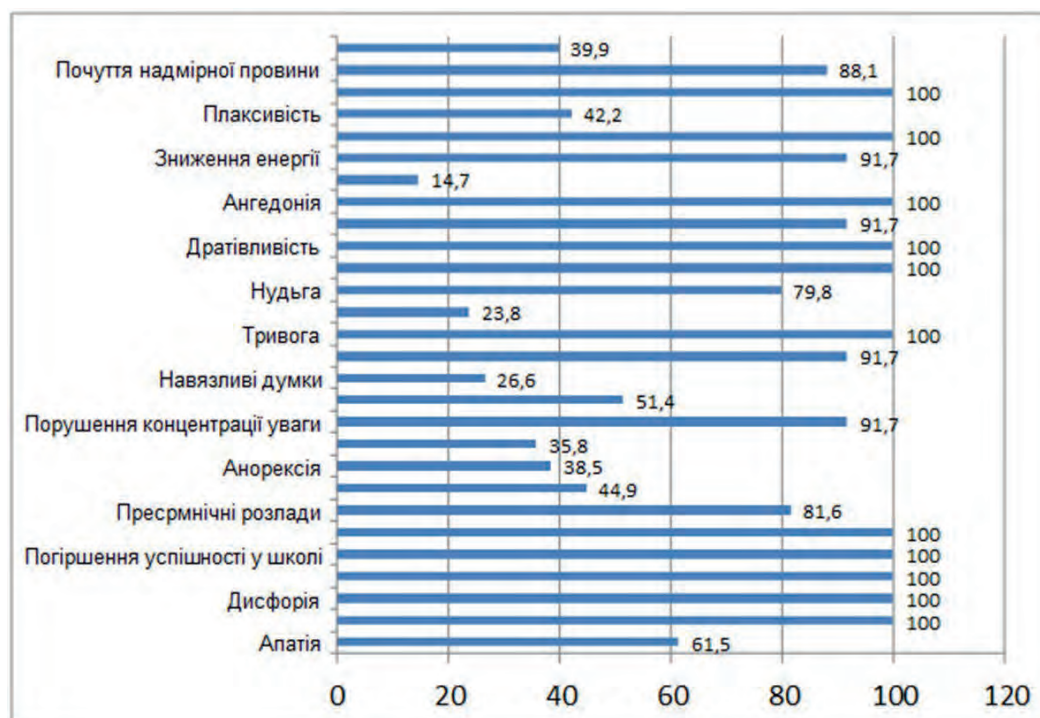


Рис. 1 – Симптоми депресивного розладу у підлітків із депресивним розладом

пригнічення афекту у вираженні особи (7 балів), гіпоактивність (7 балів), що характеризує ступінь тяжкості депресії ($p < 0,01$).

Визначено клінічні варіанти депресії і резистентною депресією у підлітків (рис. 2 та 3).

Серед клінічних варіантів резистентної депресії виділено тривожний і поведінковий варіанти (51,0% і 42,0%, відповідно). Фобічний варіант зустрічався в 7,0% випадків.

Тяжкість депресивного розладу у підлітків була визначена через сумарну оцінку депресії (Т-оцінку) за шкалою CDRS-R, що відображено у табл. 1.

У ході дослідження Т-оцінки у діапазонах 39 балів і менш, 40–54 бали, 55–64 бали не були реєстровані ні у жодного з пацієнтів із депресією (основна група). Т-оцінки у діапазоні 65–74 бали реєстрова-

но у 7,9% пацієнтів. Цей показник реєстрований достовірно частіше у хлопців-підлітків (27,6% та 6,7%, відповідно, $p < 0,01$). Більшість пацієнтів із ДПР мали індекс депресії у діапазоні 75–84 балів (65,3% у хлопців та 83,7% у дівчат), що достовірно перевищує тяжкість депресії у хлопців. Отже, глибокий рівень депресії діагностовано у більшості досліджуваних підлітків із резистентною депресією.

Діапазон у 85 балів і більше є предиктором формування резистентної депресії (рис. 4).

Таким чином, використання шкали оцінки депресії CDRS-R у підлітків із депресією дозволило з високою вірогідністю визначати симптоми афективного регістра і тяжкість ступеня депресії. Це істотно як для практичної дитячої психіатрії, так і для наукових пошуків діагностичних методів цих станів.

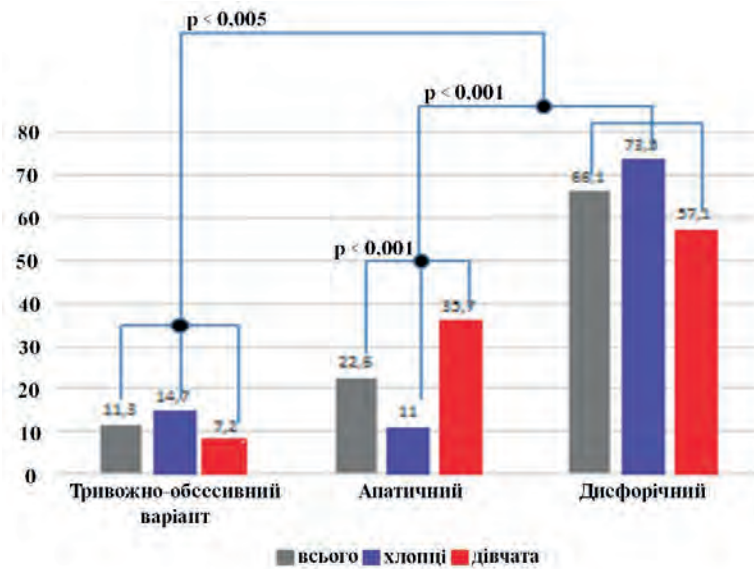
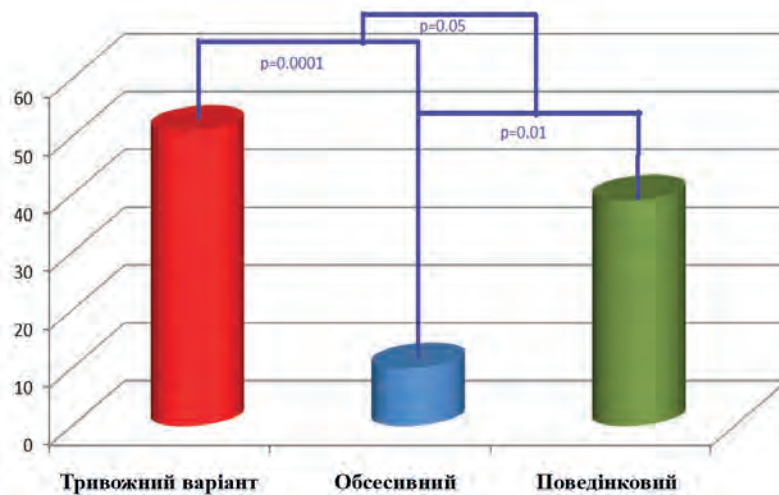


Рис. 2 – Клінічні варіанти депресії у підлітків.



Рівні значущості: тривожний-обсесивний $p = 0,001$,
 обсесивний-поведінковий $p = 0,01$, тривожно-поведінковий $p = 0,05$.

Рис. 3 – Клінічні варіанти резистентної депресії у підлітків.

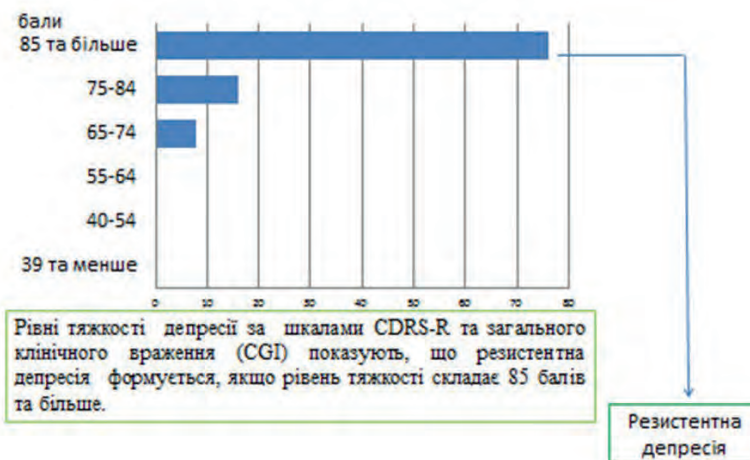


Рис. 4 – Показники тяжкості депресії у підлітків за шкалою CDRS-R

Середні значення оцінки симптомів депресії у балах у підлітків з депресивними розладами та резистентною депресією

Симптоми	Всього							Підлітки із депресивними розладами							Підлітки із резистентною депресією						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Погіршення успішності школі						6	7						6	7						6	7
Труднощі з отриманням задоволення					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Соціальна самоізоляція					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Порушення сну				4	5				2	3	4	5						4	5		
Порушення апетиту				4	5					3	4	5						4	5		
Надмірна втомлюваність					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Скарги на стан здоров'я					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Дратівливість					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Надмірне почуття провини				4	5	6	7				4	5	6	7						6	7
Низька самооцінка				4	5	6	7				4	5	6	7						6	7
Пригнічений настрій					5	6	7				4	5	6	7						6	7
Хворобливі ідеї				4	5	6	7			3	4	5	6	7						6	7
Суїцидальні думки				4	5	6	7			3	4	5	6	7						6	7
Надмірна плаксивість				4	5	6	7				4	5	6	7		2	3	4	5	6	7
Пригнічення афекту у виразі обличчя				4	5	6	7		2	3	4	5	6	7						6	7
Млявість мови			3	4	5				2	3	4	5	6	7						6	7
Гіпоактивність			3	4	5	6	7				4	5	6	7						6	7

У хворих підлітків із резистентною депресією та підлітків із депресією серед емоційних симптомів достовірно частіше реєстровано пригніченість (100,0% та 80,0%, відповідно, $p > 0,01$), нудьгу (100,0% та 80,0%, відповідно, $p > 0,01$), відсутність задоволення від виконаних справ (100,0% та 80,0%, відповідно, $p > 0,01$), втрату мотивації до діяльності (100,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,001$), втрату цікавості до життя (92,0% та 41,0%, відповідно, $p > 0,05$), втрату почуття (86,0% та 31,0%, відповідно, $p > 0,001$), тривогу (100,0% та 35,5%, відповідно, $p > 0,001$), напругу (86,0% та 41,0%, відповідно, $p > 0,01$), подразливість (86,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$).

Важливо, що соматичні симптоми у підлітків із резистентною депресією представлені у вигляді розладів таких життєвих функцій, як розлади апетиту, розлади сну, а саме постійна сонливість або безсоння, порушення формули сну (86,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$); вігальність у вигляді втоми, млявості, безволля, відчуття втрати енергії (82,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$). Також відмічено тілесні прояви (біль та вісцеральні прояви), скарги на розлади шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні скарги, які зустрічались частіше у підлітків із резистент-

ною депресією (86,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$).

У підлітків із резистентною депресією в моторній сфері превалювали загальмування рухів, некомунікбельність як прояви ретардації або ажитації у вигляді непосидючості, метушливості, неконтрольованої гіперактивності (86,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$).

Серед психологічної складової відмічено зниження концентрації уваги, нерішучість в прийнятті рішення, зниження впевненості в собі, зниження самооцінки, відчуття власного непотребу, самозвинувачення та самонівелювання, безпомічність, песимізм, відчуття безнадійності, помисли про смерть, які достовірно частіше реєструвались у підлітків із резистентною депресією (77,0% та 37,0%, відповідно, $p > 0,01$).

Серед соціальної складової відмічено соціальну відгородженість, асоціальність, соціум як маркер власної неспроможності, соціум як об'єкт агресії, стигматизації які реєстровані частіше у підлітків із резистентною депресією (72,0% та 32,5%, відповідно, $p > 0,01$). Таким чином, стратегія медико-психологічної та соціальної реабілітації потребує диференційованого підходу.

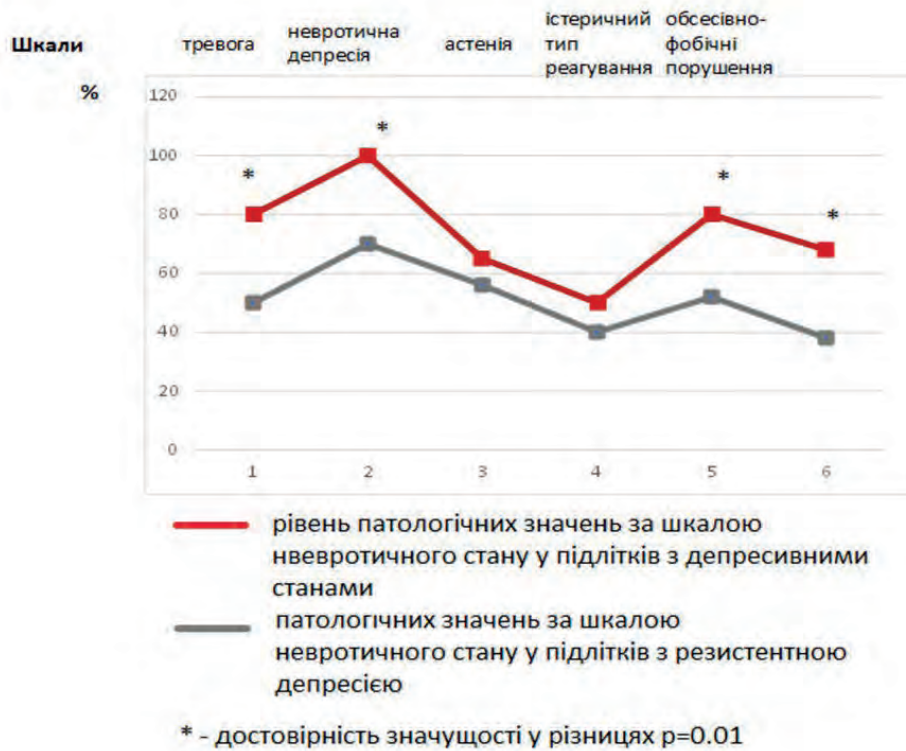


Рис. 5 – Частота патологічних показників невротичного стану у підлітків із депресивними розладами та резистентною депресією

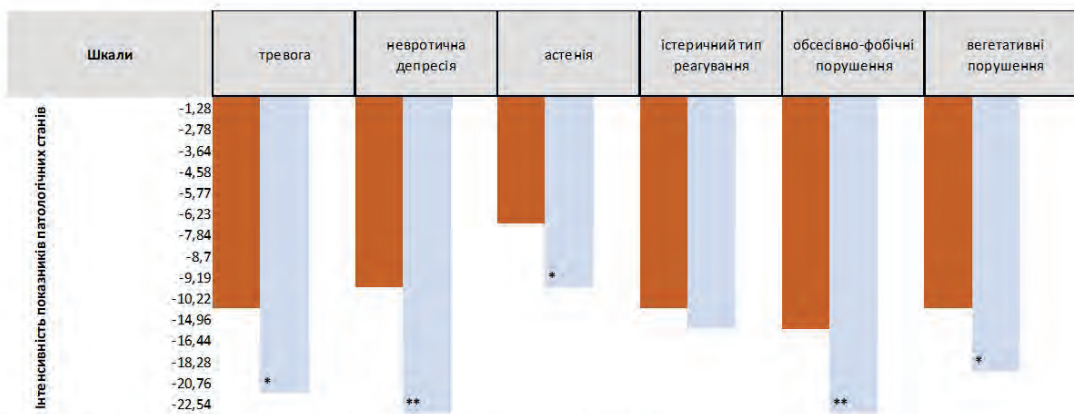


Рис. 6 – Показники варіабельності шкал невротичного стану у підлітків із депресивними розладами та з резистентним до терапії депресивним розладом

Визначено показники невротичних станів підлітків із депресивними розладами. В усіх обстежених відзначався патологічний рівень невротичної хвороби за шкалою Б. Д. Менделевича. Водночас реєструвалися патологічні прояви депресії (100,0% та 100,0%, відповідно).

Вірогідних значень розбіжності набували за всіма шкалами невротичного стану: тривоги (93,0% та 72,0%, відповідно), обсесивно-фобічних порушень (83,0% та 64,5%, відповідно), астенії (86,0% та 55,5%, відповідно), істероїдного типу реагування (72,1% та 51,0%, відповідно) та вегетативних порушень (60,4% та 42,0%, відповідно). Отже, високий рівень невротичності

достовірно частіше превалює у підлітків із резистентною депресією порівняно з групою підлітків із сприятливим перебігом депресивного розладу. Це відображено на рисунках 5 та 6.

За формою профілі є ідентичними. Проте, тривога, депресія, обсесивно-фобічні та вегетативні порушення достовірно превалюють у групі підлітків із резистентною депресією.

Проведено дослідження ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривожності у підлітків із депресивним розладом.

Середній рівень СТ становив $(51,4 \pm 1,60)$ балів. Високий рівень СТ відзначався у 71,7% підлітків із

депресивним розладом. Середній рівень ОТ становив (53,6 ± 1,44) балів. Високий рівень ОТ відзначався у 80,0% підлітків із депресивним розладом.

Проведено порівняльний аналіз середніх показників СТ та ОТ у підлітків із депресивним розладом та резистентними депресіями. У хворих із депресією середній рівень СТ становив (48,8 ± 3,15) балів, а у хворих із резистентною депресією – (52,2 ± 1,85) балів. Рівень ОТ у підлітків із депресією складав (48,6 ± 2,97) балів. Рівень ОТ у хворих із резистентною депресією становив (56,3 ± 1,42) бали. Це суттєво вище за відповідний показник у підлітків із депресією хлопців ($t = 3,35$, $Pt < 0,01$). Отже, підлітки мали труднощі з адаптацією до нових умов. Тобто, підлітки із депресією відчували істотно вищий рівень тривоги й звичного психологічного напруження у повсякденному житті. Співвідношення СТ та ОТ ((51,4 ± 1,60) балів та (56,3 ± 1,42) балів, відповідно) у підлітків із депресією – із переважанням ОТ та співвідношенням СТ та ОТ у хворих із резистентною депресією ((52,2 ± 1,8)

балів та (56,3 ± 1,42) балів, відповідно) вказує на нездатність адаптуватися до умов соціуму. Відмінності – на рівні тенденції ($t = 1,79$, $Pt = 0,08$).

Фрустрація потреби в сподіваннях, переживання розчарування, втрата зацікавленості відзначалася у 55,0% та 67,0% хворих, відповідно. Приниження, втрата самоповаги діагностувалася в усіх підлітків із депресією.

У підлітків обох груп реєструвалися фрустрація потреби в самореалізації, переживання образи, уникання від спілкування, соматизація конфлікту (80,0% та 90%, відповідно), схильність до відсторонення (61,0% та 90,0%, відповідно). Надмірна критичність, опозиційність, протестні реакції, фрустрація потреби в емоційній близькості, соматизація конфлікту достовірно частіше зустрічались у підлітків із резистентною депресією. Втрата самоповаги діагностувалася у всіх досліджених хворих (табл. 2).

Проведено кореляційний аналіз клінічних, соціально-психологічних, факторів ризику формування

Таблиця 2

Частота фрустрації базових потреб та дезадаптивної компенсації конфлікту у підлітків із депресивними розладами та резистентною депресією та резистентною депресією

Показники психологічного стану	Хворі із депресією, n = 200	Хворі із резистентною депресією, n = 100
Надмірна критичність, скептицизм та зверхність	55,0	68,0*
Опозиційність, протестні реакції	67,0	82,0*
Фрустрація потреби в емоційній близькості	73,0	84,0*
Розчарування, втрата зацікавленості	55,0	67,0*
Приниження, втрата самоповаги	100,0	100,0
Фрустрація потреби в самореалізації	80,0	90,0*
Схильність до відсторонення	61,0	90,0**
Соматизація конфлікту	48,0	90,0*

депресивних розладів у підлітків.

За результатами регресивного аналізу встановлено, що тяжкість симптомів інтерналізації збільшувалась 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 зростала із збільшенням віку підлітків ($p < 0,01$) та важкості депресивних проявів ($p < 0,001$), що було особливо виражено серед осіб чоловічої статі ($p < 0,001$). У табл. 3

представлено кореляції між клінічними показниками психопатології депресивного розладу і поведінковими паттернами дезадаптації.

Дослідженням встановлено, що серед факторів ризику формування депресивного розладу у підлітків позитивний кореляційний зв'язок мали: низька самооцінка ($R = 0,802$), інфантилізм ($R = 0,712$), неуспішність в навчанні ($R = 0,749$), недостатність емоційного зв'язку з близькими ($R = 0,736$), особистісна тривога ($R = 0,674$).

Значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу і паттернами дезадаптації

Показник	Хворі із депресією, n = 200	Хворі із резистентною депресією, n = 100
Патологічний варіант поведінкового порушення	анорексія	- 0,87
	аутоагресія	- 0,86
	аддиктивна поведінка	- 0,84
Депресія	тривожність	- 0,88
	суїцидальна поведінка	0,76
Когнітивна дисфункція	самооцінка	- 0,87
	рівень депресії	0,98
Ангедонія	роздратованість	- 0,86
	стомлюваність	0,71
Тривожність	суїцидальна поведінка	- 0,65
	аддиктивна поведінка	- 0,55
Почуття провини	самооцінка	- 0,65
Агресивність	суїцидальна поведінка	0,61
Суїцидальна поведінка	аддиктивна поведінка	0,63
	тривожність	- 0,65

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про взаємозв'язок ряду соціальних, психологічних, біологічних факторів нейрогенезу депресивного розладу у підлітків, що необхідно враховувати при розробці програм медико-соціального супроводу.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Cicchetti, D., Toth, S. L. The development of depression in children and adolescents. // *American Psychologist*. – 1998. – V. 53(2), 221–241. doi: 10.1037/0003-066X.53.2.221.
2. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis / Shefaly Shorey, Esperanza Debby Ng, Celine H. J. Wong // *Clinical Psychology*. – 2021. – V.61, Issue2. – P. 287–305. doi: 10.1111/bjc.12333.
3. Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression / Danielle Keenan-Miller, Constance L. Hammen, Patricia A. Brennan // *Journal of Adolescent Health*. – 2007. – V. 41, Issue 3, P. 256–262. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.03.015.
4. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. / Grist, R., Croker, A., Denne, M. et al. // *Clin Child Fam Psychol Rev*. – 2019. – V. 22, 147–171. doi: 10.1007/s10567-018-0271-8.
5. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. / Carballo, J.J., Llorente, C., Kehrmann, L. et al. // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2020. – V. 29, P. 759–776. doi: 10.1007/s00787-018-01270-9.
6. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma / Viktoria Vibhakar, Leila R. Allen, Brioney Gee, Richard Meiser-Stedman // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – V.255. – P. 77–89. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.005.
7. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta analysis / Pim Cuijpers, Eirini Karyotaki, Marketa Ciharova, Clara Miguel // *European Child & Adolescent Psychiatry* (2023) 32:177–192 doi: 10.1007/s00787-021-01884-6
8. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, Quero S, Weisz JR (2020) Psychotherapy for depression across different age groups: a meta-analysis // *JAMA Psychiatry* 77(7):694–702 doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0164.
9. Beard, C., Millner, A. J., Forgeard, M. J. C., Fried, E. I., Hsu, K. J., Treadway, M. T., Leonard, C. V., Kertz, S. J., & Björngvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46(16), 3359–3369. doi: 10.1017/S0033291716002300.
10. Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. doi: 10.1037/a0034733.Comorbidity.