

УДК 616.89 -008.447 -053.6: 616 -071-085-084

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Михайлова Е. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков, Украина
emiliam2013@ukr.net

Определена информативность поведенческих паттернов депрессивного расстройства поведения у подростков в возрастном и гендерном аспекте. Доказано, что множество вариантов нарушений поведения у подростков с депрессивными расстройствами свидетельствуют о сложном характере формирования отношений сосуществования нарушений поведения, что представляет практическую ценность для разработки конкретных профилактических терапевтических программ.

Ключевые слова: депрессивное расстройство поведения, подростки, терапевтическое вмешательство

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ДІАГНОСТИКИ, ТЕРАПІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКВ

Михайлова Е. А.

Визначено інформативність поведінкових патернів 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

MODERN REALITIES OF DIAGNOSTICS, THERAPY AND PREVENTION OF DEPRESSIVE BEHAVIOR DISORDERS IN ADOLESCENTS

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

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала депрессию одной из самых важных причин заболеваний в мире. От депрессии страдает свыше 300 млн. человек. По данным ВОЗ, депрессивные расстройства ежегодно наносят глобальной ущерб экономике в размере 1 трлн. долларов. В настоящее время ВОЗ оценивает долю детей с проблемами психического здоровья в 20,0 % случаев, а проведенные в Европе специальные исследования дают оценку в пределах 14,0-30,0 %, в зависимости от возраста группы детей. У подростков первое место занимают тревожные расстройства, далее следуют поведенческие нарушения и нарушения аффективной сферы с употреблением психоактивных веществ [ВОЗ; В. А. Розанов, 2018]. Устойчивыми к терапии остаются 30 % всех депрессий, неэффективность и рецидивы депрессии в 80,0 % случаев связаны с ошибками терапии, несоблюдением рекомендаций, психиче-

ской коморбидностью и другими факторами.

На сегодняшний день, несмотря на большое количество исследований, проблема депрессивных расстройств у детей и подростков остается и актуализируется в связи с тем, что увеличивается число детей с личностными и поведенческими отклонениями, неуспеваемостью в учебе, агрессией, суицидальным поведением [Антоненко А. А., 2013, Бабарахимова С. Б., 2018, Гришина Е. В., 2018, Израйлева М. Н., 2018]. Лишь 10,0 % детей, больных депрессией, обращаются за медицинской помощью (чаще к неврологу или педиатру), и только в 20,0 % случаев депрессии диагностируются своевременно [Михайлова Е.А. та ін., 2019, Мазаева Н. А., 2018, Малыгина М. П., 2018, Спіріна І. Д. та ін., 2018, Essau С. А., 2013].

Официальные статистические данные МОЗ Украины лишь частично отражают реальную ситуацию с распространенностью депрессивных расстройств среди детей и подростков. Согласно иссле-

дованиям ВОЗ, не более 20,0 % украинских граждан обращаются за медицинской помощью по поводу депрессии своих детей.

Клиникоретроспективные исследования, проведенные сотрудниками ГУ «ИОЗДП НАМН» в период 2010-2020 гг., показали, что большинство детей, подверженных депрессии, игнорируются родителями, сверстниками и педагогами [Mukhailova E., 2019, Mukhailova E., 2020]. Депрессивные расстройства усугубляют школьные проблемы, которые проявляются в снижении интеллектуальной активности, снижении интереса к учебе, трудностям в общении, нарушении связей со сверстниками, углублении чувства неполноценности, концентрации на собственных болезненных переживаниях, снижении возможности реализации своих способностей. Защитные реакции избегания, отрицания, гиперкомпенсации, застенчивость, сенситивность, рефлексия, обидчивость отрицательно влияют на личность ребенка, делая ее еще более хрупкой, ранимой и конфликтной.

Многие интернализирующие признаки детской депрессии являются скрытыми, «маскированными», трудно диагностируемыми врачами, что подчеркивает необходимость более активного внедрения новых диагностических и реабилитационных программ для детей с эмоциональными проблемами. Необходимость диагностики и квалификации депрессии у детей диктуется ее отягощенностью с возрастом, высоким риском рецидива на последующих этапах онтогенеза, склонностью к аддиктивному поведению. У детей с депрессией когнитивные расстройства и поведенческие нарушения превалируют, тогда как, собственно, тимический компонент заболевания рудиментарен. Стертая аффективная симптоматика депрессии у детей может быть скрыта под «маской» пре-пубертатных и пубертатных проявлений, соматических и поведенческих расстройств, создавая дополнительные диагностические трудности.

Для обеспечения диагностики, лечения и профилактики депрессивных расстройств, в том числе и рекуррентной депрессии, приказом МЗ Украины № 1003 от 25.12.2014 г. был утвержден Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи. Протокол позволяет установить единые требования по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с данным видом патологии в соответствии с клиническими руководствами, разработанными с учетом отечественных особенностей организации медицинской помощи и экономической ситуации в стране; обеспечить качество, эффективность и равные возможности доступа к медицинской помощи пациентам с депрессивными расстройствами. Но, к сожалению, все рекомендации рассчитаны на больных взрослого контингента и не могут быть

применены в детской и подростковой психиатрической практике, учитывая существенные возрастные различия в диагностике и лечении депрессии.

Различные психопатологические симптомы рассматриваются как эквиваленты депрессии – специфические расстройства ментальной дисфункции, нарушения поведения, расширяют понятие аффективной патологии в детском возрасте и дифференциацию депрессивного расстройства поведения у детей в период полового созревания. Сложное переплетение аффективной симптоматики, проявлений пубертатного кризиса, соматоневрологической отягощенности, включая и эндокринные заболевания (гипоталамический синдром, анорексия, ожирение) с манифестацией в период полового созревания, значительно затрудняют диагностику депрессивных расстройств. Поэтому обоснование подходов к диагностике депрессивного расстройства поведения у подростков является насущной необходимостью настоящего времени.

Стандартизированные диагностические процедуры, признанные в мире, не поощряют специалистов в области детской психиатрии к распространенной диагностике депрессивных расстройств у детей за счет поведенческих расстройств. В DSM-5 у детей и подростков выделены три группы депрессии: большая депрессия, дистимическое расстройство, расстройство регуляции настроения с разрушительным поведением. В DSM-5 вводится новый спецификатор, указывающий на дефицит просоциальных эмоций. Спецификатор DSM-5 «с ограниченными просоциальными эмоциями» является результатом попыток поиска маркеров депрессивных расстройств у детей и подростков.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка клинической феноменологии нарушенных форм поведения у подростков с депрессивными расстройствами и разработка мер психопрофилактики прогрессирующего заболевания в юношеском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 102 больных с депрессией, среди которых 48 подростков 12-14 лет (22 мальчика и 26 девочек), 54 подростка 15-18 лет (26 мальчиков и 28 девочек).

Использовались клинико-психопатологический, патопсихологический (тест определения депрессии CDRS-R, структурированное психологическое интервьюирование, тест Люшера, тест на запоминание 10 слов, характерологический опросник Шмишека, патохарактериологический диагностический опросник для подростков А. Личко, таблицы Платонова-Шульте, шкала общего клинического впечатления (CGI)). Для оценки личностной и реактивной тревоги использовалась Шкала Спилберга.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проявления депрессивного расстройства поведения у младших подростков включали: проблемы в учебе и межличностных отношениях в школе; заторможенность, «залипание», долгое неподвижное сидение в одной позе; тревожность; ухудшение концентрации внимания; вялость, пассивность, скуку; раздражение как ответная реакция на просьбы родителей; тайный плач, капризы, отстраненность.

Признаки и симптомы депрессии у подростков 14-18 лет включали: печаль или безысходность; раздражительность, гнев или враждебность; слезливость, частый плач; избегание друзей и семьи; потерю интереса к ранее любимой деятельности; изменения в пищевом поведении и режиме сна. Среди других симптомов у этой категории подростков – беспокойство и возбужденность; чувство бесполезности и вины; отсутствие энтузиазма и мотивации; усталость и недостаток энергии; трудности с концентрацией внимания; мысли о смерти или самоубийстве. Тревога, свойственная младшим подросткам, превращается в хроническую тревожно-тоскливую депрессию с частыми приступами и депрессивное расстройство поведения, не зависящие от условий окружающего мира. Дополняют картину депрессии проявления кризиса подросткового возраста, в частности биполярность (переменчивость и противоположность) настроения: ранимость и показная дерзость, застенчивость и развязность, чувствительность и холодность, независимость и выраженная жажда быть замеченным и признанным, отрицание авторитетов и подражание кумирам, философствование и фантазирование.

Установлены способы, с помощью которых подростки «отыгрываются» в попытке справиться с эмоциональной болью: проблемы в школе, сбежание из дома, злоупотребление наркотиками и алкоголем, низкая самооценка (депрессия провоцирует либо усиливает чувства уродства, стыда, неудачи, никчемности), формирующаяся зависимость от интернета (убежать от своих проблем), безрассудное поведение, насилие.

Выявлены конфликты подростков с родителями у большинства подростков с депрессивными расстройствами поведения (88,2 %). В качестве предикторов депрессии наиболее часто выступает конфликт неустойчивости родительского отношения, конфликт сверх заботы, конфликт неуважения прав на самостоятельность.

В ходе исследования выделены факторы риска развития депрессивного расстройства поведения у подростков: депрессивное расстройство в младшем школьном возрасте (40,2 %), сопутствующие коморбидные расстройства психики (66,7 %), когнитивные нарушения (89,2 %), наследственная отягощенность по депрессии (31,4 %), низкий социально-экономический статус ребенка (67,6 %), хронические стрессы

(76,5 %). Уровень социального когнитивного функционирования нарушен у 100,0 % подростков с депрессивным расстройством поведения. Феноменология поведенческих паттернов депрессии у подростков представлена агрессией (100,0 %) характерологическими реакциями (100,0 %), коммуникативными девиациями (100,0 %), аутоагрессией (34,3 %), безнравственным и аморальным поведением (34,3 %), неэстетичным поведением (15,7 %). Модель поведения у девочек-подростков с депрессией наиболее часто проявлялась в виде самоповреждений (порезы, ожоги).

У подростков с депрессией зарегистрированы варианты аддиктивного поведения, связанные с употреблением пищи (33,9 %); с употреблением табака (69,2 %); с употреблением алкоголя (27,5 %); с увлеченностью просмотром телепередач (47,0 %); с увлеченностью Интернетом (78,4 %); с увлеченностью азартными играми (15,7 %); с увлеченностью компьютерными играми (66,7 %); с употреблением каннабиноидов (препараты конопли – гашиша, марихуаны, драпа, анаши) (10,8 %).

В контексте гендерных различий следует отметить превалирование у девочек подростков 12-14 лет агрессии, аутодеструктивного поведения, нарушений пищевого поведения (анорексия). У мальчиков 12-14 лет с депрессией отмечены игровая и Интернет зависимости; у подростков 15-18 лет – гэмблинг, зависимое поведение от наркотиков и курения. У подростков с депрессивным расстройством поведения диагностированы стойкие и ситуативные компоненты тревожных состояний, влияющие на процессы адаптации. Установлено, что подростки с депрессивным расстройством поведения указывают на низкую семейную сплоченность, крайне эмоционально отделённые отношения с родителями (53,1 % подростки и 17,7 % родители).

Методы клинической психодиагностики депрессивного расстройства поведения у подростков включают: анамнестический расспрос и наблюдение (сбор сведений от подростков и родителей с целью установления диагноза и прогноза заболевания); индивидуальную беседу (семья, учеба, отношение со сверстниками, увлечения в настоящем и прошлом, нарушения поведения в прошлом, наиболее неприятные события в жизни и реакция на них, перенесенные заболевания, особенности характера); тест CDRS-R (для оценки симптомов и тяжести депрессии), тест для определения ситуативной и личностной тревоги Спилбергера, тесты для диагностики акцентуации характера (тест ПДО А.Е. Личко, тест Шмишека).

Задача при лечении депрессивного расстройства поведения у подростков состоит не только в ликвидации симптомов болезни, но и в улучшении качества жизни пациента, что выражается в изменении социальной и личностной адаптации. Модусы психоло-

гического преодоления, направленного на решение проблемы или на изменение собственных установок в отношении ситуации, включали: реальное (поведенческое или когнитивное) решение проблемы; поиск социальной поддержки; анализ ситуации; эмоциональную экспрессию.

Комплекс терапевтического вмешательства у подростков с депрессивными расстройствами поведения включал: психотерапию (длительная когнитивная поведенческая терапия, арттерапия, семейная психотерапия), фармакотерапию (препараты первой линии выбора – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – сертралин, флуоксетин, циталопрам), социальные интервенции (социальная помощь семье, предоставление

адекватной образовательной поддержки подростку). Опыт применения фармакологического лечения депрессивных расстройств у подростков показывает, что в первой линии терапии должны быть СИОЗС, однако существуют предостережения против их использования, вызванные опасениями по поводу повышенного риска суицидальных идей и поведения.

В нашем исследовании для коррекции депрессивного расстройства поведения использован препарат Депакин. На рисунке 1 представлена динамика симптомов тревоги и депрессии у подростков на фоне приема Депакина. Оценка проводилась по шкале депрессии CDRS-R и шкале интенсивности симптомов CGI (в баллах).

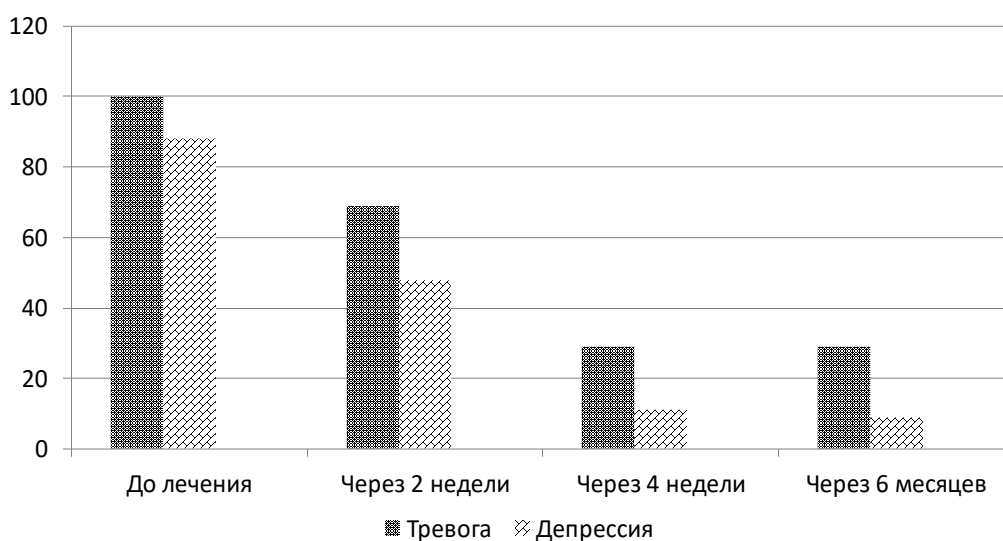


Рисунок 1 – Динамика симптомов тревоги и депрессии у подростков с депрессивным расстройством поведения на фоне приема Депакина.

Следовательно, назначение Депакина оправдано в терапии депрессивного расстройства поведения у подростков. Препарат может купировать депрессивную симптоматику без назначения антидепрессантов за счет купирования компонента тревоги. Достижение терапевтического эффекта, высокие показатели эффективности, значительное снижение риска суицида при монотерапии стабилизаторами настроения по сравнению с другими препаратами, уменьшение количества рецидивов обосновывает использование Депакина в терапии депрессивного расстройства у подростков.

В терапии депрессивного расстройства поведения у подростков целесообразно использование и Эглонила (сульпирида). Важнейшей специфической особенностью применения сульпирида в клинике является наличие у него «двойного» диапазона доз. В дозах до 200 мг/сут препарат имеет исключительно антидепрессивный, психостимулирующий, анксиолитический, вегетостабилизирующий и анальгетический эффекты, и только в дозах свыше 300 мг/сут

и более реально отмечается антипсихотическое действие. Такое значительное дозовое «разведение» основных эффектов Эглонила непосредственно определяет возможность его применения в подростковой практике при лечении депрессии. Эглонил может рассматриваться как уникальный препарат со своеобразными сочетаемыми свойствами собственно нейролептика, антидепрессанта и анксиолитика. Характерными особенностями Эглонила являются селективность действия на основную мишень препаратов данной группы в головном мозге – дофаминовые D2-рецепторы и наличие двойного диапазона доз. Эглонил воздействует только на D2-рецепторы, локализованные в нейронных путях, связывающих кору с подкорковыми центрами, – мезолимбическом и мезокортикальном, и минимально на расположенные в гипоталамо-гипофизарной системе, не влияя на D2-рецепторы в nigrostriatной системе.

На рисунке 2 представлена динамика психопатологии при депрессивном расстройстве поведения у подростков на фоне приема Эглонила.

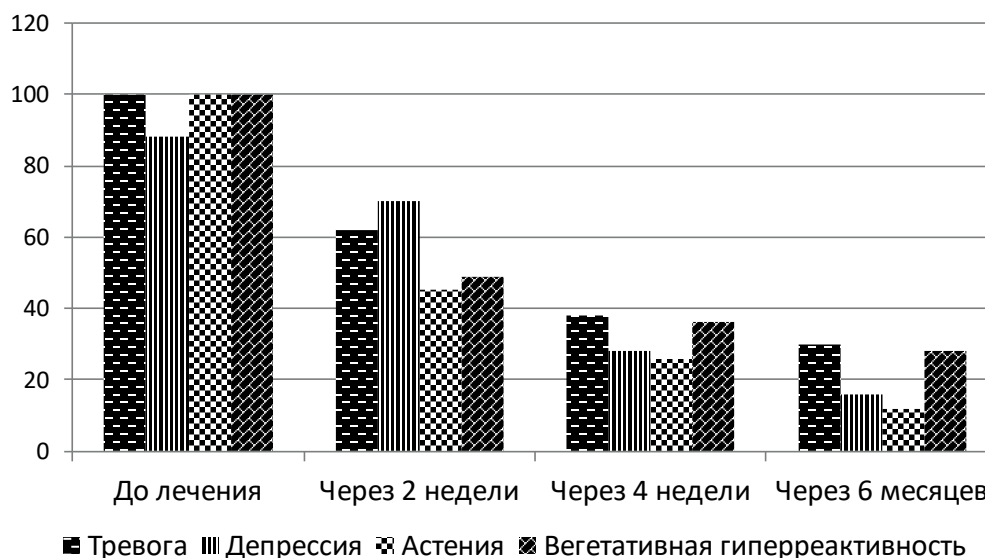


Рисунок 2 – Динамика психопатологии при депрессивном расстройстве поведения у подростков на фоне приема Эглонила

Следовательно, Эглонил позволяет обеспечить коррекцию всего спектра психопатологической симптоматики у подростков с депрессивными расстройствами поведения. Важным реабилитационным фактором является семья, обеспечивающая формирование устойчивых моральных и нравственных ценностей у ребенка, воспитание навыков эмоциональной толерантности к негативным факторам нарушений адаптации и риска девиантного и суицидального поведения. В коррекции когнитивных нарушений у подростков с депрессией получен положительный эффект применения Когнум курсом до 4-х недель.

Профилактика девиантного поведения у подростков с депрессивными расстройствами может быть организована посредством инициации смысло- и целеполагания в развернутом процессе сценарного построения жизнедеятельности, создания образов социально приемлемого и желаемого будущего и адекватных профессиональных проекций. Формирование просоциального поведения возможно при опережающем развитии смысловой сферы личности подростков через систему решения личностно-значимых задач, становления ценностного отношения к времени жизни и последовательного овладения соответствующими уровнями самоорганизации. Самоорганизация рассматривается как продукт становления субъективного отношения к пространству личностного временного развития, требующего овладения действиями организации времени жизни для реализации личностно-значимых целей и смыслов.

ВЫВОДЫ

Выявлено наличие и определена типология нарушений поведения у подростков с депрессивными

расстройствами. Установлена специфика нарушений поведения в зависимости от возраста: аутоагрессия, анорексия, деструктивное поведение у подростков 12-14 лет, игровая и интернет-зависимость, гэмблинг, зависимое поведение от наркотиков и табакокурением у подростков 15-18 лет. Представлена эффективность альтернативного терапевтического вмешательства у подростков с депрессией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

- Антоненко А.А. Характерологические особенности подростков, предпочитающих различные типы деятельности в сети Интернет / А.А. Антоненко // Психическое здоровье. – 2013. – № 12. – С. 58-63.
- Бабарахимова С.Б. Депрессия как фактор суицидального риска у подростков / С.Б. Бабарахимова, А.А. Матвеева // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: материалы междунар. научн.-практ. конф. – Читинская гос. мед. акад. – 2018. – С. 4-7.
- Гришина Е.В. Сравнительная характеристика переживания безнадежности, одиночества и депрессии подростками в образовательной среде / Е.В. Гришина // Электронный научный журнал. – 2018. – № 2. – С. 2579.
- Израйлева М.Н. Склонность к риску, стратегии конфликтного поведения и эмоциональные нарушения у подростков с девиантным поведением / М.Н. Израйлева [и др.] // Психическое здоровье. – 2018. – Т. 16, № 4 (143). – С. 53-60.
- Клінічний, психологічний, генетичний, нейрогормональний та соціальний прогноз депрессивного розладу у підлітків / Е.А. Михайлова [та ін.] // Вісн. проблем біології та медицини. – 2019. – Вип. 2, Т. 1 (150). – С. 163-167.
- Мазаева Н.А. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков / Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко // Совр. терапия в психиатрии и неврологии. – 2018. – № 2. – С. 18-23.
- Мальгина М.П. Психологическая компетентность под-

ростков в контексте помощи сверстникам в состоянии эмоционального дистресса / М.П. Малыгина // Психологические исследования. – М.: Медицина, 2018. – С. 78-87.

Особливості сімейних відносин та виховні стратегії в сім'ях підлітків із депресивними розладами / О.Е. Беляєва [та ін.] // Міжнар. журн. педіатрії, акушерства та гінекології. – 2019. – Т. 13, № 3. – С. 9-11.

Роль стресової реакції і «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів / І.Д. Спіріна [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 92-94.

Essau C.A. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization / C.A. Essau, J. Gabbidon // The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety. First ed. Wiley-Blackwell. – Chichester, 2013. – P. 151-156.

Mykhailova E. Depression and obesity: focus – children and adolescents / E. Mykhailova // Пробл. ендокринної патології. – 2019. – Спец. вип. – С. 273-275.

Mykhailova E. Psychological characteristics of anxiety and depressive disorders of art-diagnostics in children when choosing therapeutic tactics of intervention [Text] / E. Mykhailova // Global Akademiks. – 2020. – N 5 (6). – С. 35-44.