

сией как наиболее существенного фактора, оказывающего зачастую большее влияние на качество жизни больных эпилепсией, нежели сами эпилептические припадки.

Для повышения качества жизни больных эпилепсией необходимо создание специализированных служб помощи в трудоустройстве больных эпилепсией, совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий, в т. ч., более эффективная работа недавно созданных эпилептологических кабинетов при ПНД, адекватная терапия современными препаратами с минимумом побочных действий. На основе данных об особенностях показателей качества жизни пациентов могут приниматься решения о снабжении лечебных учреждений более широким выбором медикаментов, а большая доступность определённых препаратов будет выгодна тем пациентам, которые выберут лекарства, не только избавляющие от симптомов или уменьшающие их, но также улучшающие их качество жизни. Благодаря этим данным, врачи могут изменить свои стереотипы лекарственных и иных лечебных назначений. Фармацевтические фирмы могут сосредоточить усилия на поиске лекарств, которые улучшают качество жизни пациентов, а научно-исследовательские и учебные учреждения скорректировать свои планы и программы таким образом, чтобы развивать и внедрять те лечебные и реабилитационные программы, которые дают максимальный вклад в улучшение качества жизни. Административные органы здравоохранения получают инструмент для дополнительной оценки качества работы медицинских служб, а также для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

#### Литература

1. Агрба М.В. Рациональное трудоустройство больных эпилепсией как профилактический и лечебный фактор. Патогенетическое лечение эпилепсии. Л.: 1997; 100–104.
2. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1997; 208.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. СПб: 1998; 53.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В.М.Бехтерева. 2006; 4: 12–15.
5. Ловелл Р.П., Кудрявая Н.В. Психологические основы деятельности врача. М.: 1999.
6. Максимова А., Фрёшер В. Психотерапия эпилепсии. Блеквелл Виссеншафтс, 1998; 180.
7. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1996; 1: 100–104.
8. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. // Социальная и клиническая психиатрия. 1994; 4: 38–45.
9. Batsel L.W., Dodrill C.B. Neuropsychological and emotional correlates of marital status and ability to live independently in individuals with epilepsy // Epilepsia. 1985; 25: 594–598.
10. Dodrill C.B. et al. Psychosocial problems among adults with epilepsy // Epilepsia. 1984; 25: 168–175.
11. Hindmarch I. Zopiclone: From Clinical Practice to Quality of Life // Copenhagen. 1994; 13.
12. Pais-Ribeiro J., da Silva A.M., Meneses R.F., Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy // Epilepsy Behav. 2007; Aug.; 11: 1: 33–8. Epub 2007 May 29.
13. Westphal-Guitti A.C., Alonso N.B., Migliorini R.C., da Silva T.I., Azevedo A.M., Caboclo L.O., Sakamoto A.C., Yacubian E.M. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy // Journal Neurosci Nurs. 2007; Dec; 39: 6:354–60.

## Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии

Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко,  
Е.И. Иванова

НЦПЗ РАМН, Москва

#### РЕЗЮМЕ

*Цель работы: выявление наиболее частых вариантов депрессивных расстройств настроения у подростков, их клиническая характеристика, включая лёгкие и субклинические формы аффективной патологии. Материал исследования составили подростковые контингенты психоневрологического диспансера № 21, подросткового центра при ПБ № 15 и общесоматической поликлиники г. Москвы. В общей сложности обследовано 5 тысяч больных в возрасте от 14 до 18 лет. Депрессивная патология выявлена в одной трети случаев. Результаты: установлена редкость формирования в подростковом возрасте депрессивных состояний, отвечающих критериям классической эндогенной депрессии. Рассмотрены факторы, предопределяющие «атипичную» клиническую картину депрессий у подростков.*

*ков. Приведена клиническая характеристика наиболее распространённых вариантов с преобладанием апатического и тревожного аффектов, а также стёртых гипотимических состояний с субсиндромальным уровнем аффективной патологии. В заключении обоснованы необходимость продолжения исследований в этой области и предпочтительность мультимодального терапевтического подхода при лечении депрессивных состояний у подростков.*

Депрессивные расстройства относятся к наиболее распространённым видам психической патологии, встречающейся в любой возрастной категории, в т. ч. и подростковой. При этом «маскированные» психопатическими, псевдоорганическими и другими нарушениями, они могут длительно оставаться нераспознанными и приводить к неожиданным для окружающих аутоагрессивным поступкам, тяжёлым формам школьной дезадаптации.

У перенёсших депрессию в подростковом возрасте повышен риск развития аффективной патологии в последующей жизни, особенно если депрессия имела место уже после наступления половой зрелости [10]. Вероятность самоубийства также более высока у лиц, переболевших депрессией в детстве и в подростковом возрасте. Наличие депрессии значительно повышает суицидальную готовность подростков. По данным Ю.Б. Хмелевой и Ю.В. Дроздовского [8], у 15 % детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку, были выявлены депрессивные реакции и состояния. В некоторых работах этот показатель достигает 25 % для юношей и 14 % для подростков женского пола [5]. В. Dubicka, J. Goodyor [9] считают аффективное расстройство наиболее частой психи-

ческой патологией, ассоциирующейся с суицидальным поведением и завершённым самоубийством. В недавнем Британском эпидемиологическом исследовании было выявлено, что 41,2 % детей с депрессией в возрасте 11–15 лет пытались нанести себе повреждения или убить себя (H. Meltzer и соавт., цит. по [9]). Суицид, совершаемый по различным мотивам, является первой среди причин смертности у лиц в возрасте 25–34 лет и второй – в возрастном интервале 15–24 лет [11].

Marcelli D. [10] приводит показатели распространённости выраженных депрессий в подростковом возрасте 5–7 %, ещё около 5 % страдают более лёгкими формами, а у 30–40 % подростков отмечается «депрессивное настроение», которое описывается как угрюмость, мрачность, тревожно-депрессивный кризис. В популяции старших школьников депрессивные расстройства представлены преимущественно в стёртой форме и выявляются у 19 % [4]. Депрессивные расстройства, не столь типичные для препубертата, значительно учащаются у подростков.

Диагностика аффективного расстройства в последние годы возросла в геометрической прогрессии, в первую очередь, за счёт непсихотических депрессивных состояний. Напрашивается предположение, что речь идет не об «истинном» росте числа депрессивных больных, а о сборной группе нозологически различной патологии, относимой к кругу аффективной, но далеко не всегда отвечающей критериям аффективного расстройства в привычной интерпретации. Неоднозначное клиническое понимание термина «депрессия» приводит к включению в круг неглубоких депрессий патогенетически неоднородных состояний от чисто психологических эпизодов до астенических, тревожных и личностных расстройств [7]. Всё сказанное справедливо и по отношению к депрессивной патологии подросткового возраста.

Цель предпринятого нами исследования – выявление наиболее частых вариантов депрессивных расстройств настроения у подростков, их клиническая характеристика, включая лёгкие и субклинические формы аффективной патологии.

#### ОБСЛЕДОВАННЫЕ КОНТИНГЕНТЫ

Исходя из многолетнего опыта обслуживания подростковых контингентов в психоневрологическом диспансере № 21, подростковом Центре при ПБ № 15, а также в общесоматической поликлинике г. Москвы, накопленного сотрудниками отдела по изучению проблем подростковой психиатрии НЦПЗ РАМН, представилось возможным выделить ряд закономерностей, значимых для повседневной психиатрической практики. В общей сложности было обследовано свыше 5 тысяч больных в возрасте от 14 до 18 лет. У трети из них на протяжении подросткового периода отмечались нозологически гетерогенные депрессивные расстройства различной продолжительности и степени тяжести.

Прежде чем перейти непосредственно к их характеристике остановимся на некоторых факторах, определявших особенности психопатологической симптоматики у подростков и так называемую атипичность наблюдаемых клинических картин.

Одним из них служит переживаемый подростками пубертатный криз с бурным гормональным созреванием, завершающим этап формирования личностной структуры, вступлением в социум, который оказывает выраженное патопластическое влияние на любые психические отклонения.

Патоморфоз психических болезней (в т. ч. и аутохтонный) имеет своим следствием их видоизменение, появление в клинической картине психиче-

ских проявлений, присущих более старшим возрастам, периоду психической зрелости. Это касается некоторых форм бредаобразования, в частности, депрессивного, элементы которого в настоящее время можно наблюдать уже в детстве, «взрослой» структуры шизофренических психозов и т. д.

Характерная для современных подростков дисгармония психической деятельности, чаще всего сопровождающаяся ранним интеллектуальным развитием и запоздалым наступлением психологической зрелости, с отставленным формированием высших (эпикритических) эмоций, также обуславливает клиническую атипичность и диссоциированность психопатологических состояний, к формированию которых причастна эмоциональная сфера (аффекты, чувства, настроения и т. д.).

Высокая встречаемость в современной популяции разнообразной психической патологии не только психотической, но и личностной, ассоциирующейся с зависимостью от психоактивных веществ, алкоголя, наркотиков, резидуально-органическая недостаточность создают неблагоприятный конституциональный фон, «дегенеративную» почву и обуславливает дизонтогенетическое развитие, также вносящее свою лепту в клиническое оформление психопатологических симптомов у подростков.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем сообщении мы не будем касаться депрессивной симптоматики, соотносимой с шизофреническим спектром расстройств, и ограничимся (аффективными) расстройствами настроения.

Если принять классическую эндогенную депрессию за известный эталон, то в наибольшей степени основные закономерности формирования аффективных нарушений выступают в среднем возрасте [1]. В отношении же детей и подростков общепринятым можно считать представление об атипичности выявляемых у них депрессивных расстройств. В раннем и дошкольном возрасте собственно аффективный компонент синдрома еще крайне рудиментарен при большом удельном весе соматовегетативных и двигательных нарушений. Становление депрессивного синдрома, включающего элементы депрессивной триады, наблюдается лишь с препубертатного возраста [1].

Л.С. Драгунская [3] считает, что атипичия депрессий у больных молодого возраста обусловлена, наряду с онтогенетическими факторами, также возрастными особенностями, которые являются следствием социокультурной динамики. Больные более молодого возраста (до 30 лет), личностные особенности которых формируются в эпоху большей гетерогенности социальных структур, большей возможности выбора различных поведенческих шаблонов и ценностных образований, в эпоху большей социальной толерантности, демонстрируют менее глубокую полиморфную нечётко очерченную картину депрессий.

По мнению D. Marcelli [10] депрессивные проявления у подростков располагаются в виде определенного континуума, начиная от нормы и заканчивая тяжёлыми патологическими состояниями. В относительно недавней работе В.П. Лекомцев и др. [6] приходят к выводу, что, несмотря на феноменологическое своеобразие депрессий у подростков, типологически они все же вполне сопоставимы с депрессиями у взрослых, и выделяют 9 вариантов, основываясь на ведущем синдроме. У других исследователей приводится ещё большее количество вариантов.

По нашим наблюдениям тяжёлые эндогенные депрессии (тяжёлый депрессивный эпизод по МКБ-10) имели место в подростковом возрасте от-

носителем редко, по крайней мере, в рамках аффективного расстройства. Так, они составляли менее 5 % аффективной патологии, наблюдаемой в подростковом контингенте ПНД, и по своей клинической картине были сопоставимы с депрессиями у взрослых, включая в себя все основные структурные компоненты, хотя проявления идеаторной заторможенности редко достигали степени выраженности, характерной для зрелого возраста.

Клинически очерченные аутохтонные депрессивные состояния, которые с некоторой долей условности можно было соотнести с умеренными депрессивными эпизодами по МКБ-10, отмечались у незначительного числа больных и преимущественно в старшем подростковом возрасте (15–17 лет). В части случаев (10 %) их формированию предшествовал длительный (1–2 года) период аффективной лабильности. Вероятность возникновения структурно сопоставимых с классическими эндогенных депрессий оказалась сравнительно невелика и отчётливо коррелировала с высокой степенью физической и психологической зрелости подростка. Для большинства больных типичной являлась высокая наследственная отягощённость эндогенной психической патологией (аффективного и шизофренического спектров), в т. ч. психозами.

Умеренные депрессивные эпизоды имели тенденцию к затяжному (полгода и более) течению. Клиническая картина депрессий у обследованных подростков несла черты атипичности в сравнении с аналогичными эпизодами у взрослых, касавшейся, прежде всего, соотношения элементов депрессивной триады. Как правило, тимический компонент оказывался более выраженным, чем идеаторный и моторный. Тимическая составляющая была представлена в основном двумя видами аффекта – апатическим и тревожным, которые могли сменять друг друга на протяжении суток с преобладанием в утренние часы апатии, а в вечерние – тревоги. Витальные проявления отсутствовали либо были рудиментарны. Идеаторные расстройства выступали в виде трудностей сосредоточения, запоминания, повышенной рассеянности, но без явных признаков идеаторного торможения. Моторная заторможенность также не являлась типичной и отмечалась лишь в единичных случаях.

Соматовегетативный симптомокомплекс ограничивался расстройствами сна, аппетита, неустойчивым сосудистым тонусом. Часто отмечались разнообразные алгии (головные боли, неприятные болевые ощущения в области живота, ломота и напряжение в мышцах).

Идеи виновности, если и выявлялись, то «вектор вины» направлялся вовне, доминировали переживания обиды, неудовлетворенности жизненными обстоятельствами, окружающими. Депрессивная самооценка чаще всего ограничивалась недовольством своими волевыми качествами. Характерными являлись вариабельность глубины депрессивного аффекта на протяжении суток и болезненного эпизода в целом, в ряде случаев – необычный суточный ритм с двукратным ухудшением настроения в утренние и вечерние часы. Аналогичная картина депрессий у подростков в школьной популяции приводится Н.М. Йовчук и Г.З. Батыгиной [4].

Наиболее частыми клиническими типами депрессий лёгкой и умеренной тяжести в обследованном нами контингенте были апатический (апатический и астено-апатический) и тревожный (тревожный и тревожно-ипохондрический).

Более распространёнными оказались астено-апатические и апатические депрессивные состояния, которые определялись подростками как периоды скуки, безразличия, лени при отсутствии выражен-

ного депрессивного аффекта, моторной и идеаторной заторможенности. При расспросе удавалось выявить утрату привычных интересов, быструю истощаемость при умственном напряжении, трудность совершения волевых усилий. По утрам доминировали чувство вялости, сниженного тонуса, а вечером – разбитость, усталость. Больные упрекали себя за несобранность, нежелание учиться.

Апатические депрессии развивались, как правило, исподволь, подростки не сразу прибегали к врачебной помощи, не считая свое состояние болезненным. Резкое снижение успеваемости из-за трудностей сосредоточения, запоминания и усвоения материала приводили к школьной дезадаптации. Нежелание учиться, потеря интереса к интеллектуальным занятиям при отсутствии отчётливой интеллектуальной заторможенности в какой-то мере сближали эти депрессии с явлениями ювенильной астенической несостоятельности. Будучи прогностически благоприятными, они обходились без заметного личностного ущерба.

Несколько реже отмечались тревожные и тревожно-ипохондрические депрессии, клиническая картина которых определялась преобладанием на всём протяжении беспричинной и неконкретизированной тревоги либо тревоги с ипохондрическими опасениями. В их структуре в качестве факультативных могли выступать расстройства невротического регистра (фобии, контрастные навязчивые мысли, алгии, реже – редуцированные панические проявления). Однако именно тревожные опасения за свое здоровье заставляли таких подростков искать помощи у врачей, что способствовало выявлению депрессии уже на ранних этапах.

Ещё реже имели место структурно более сложные аффективные состояния с дисморфофобическими включениями, рудиментарными проявлениями дереализации или элементами, характерными для метафизических или меланхолических депрессий. Тем не менее, хотя перечисленные симптомокомплексы и придавали некоторый полиморфизм клинической картине, они не являлись определяющими, представляя как бы «вкрапления» в неё. Основными клиническими компонентами депрессивного состояния оставались апатия, астения или (и) тревога.

Стёртые депрессивные расстройства в подростковом возрасте. Депрессивные расстройства непсихотического уровня (стёртые, субсиндромальные депрессии), как правило, характеризовались протрагированным, порой многолетним течением.

Классические циклотимические состояния (F 34.0) выявлялись крайне редко, в единичных случаях. Они наблюдались у подростков, опережавших сверстников по параметрам психологической зрелости и уровню развития эмоциональной сферы, и практически отсутствовали у лиц с признаками даже пограничной умственной отсталости.

Дистимические аффективные состояния также оказались нетипичными для подростков. Их формирование подразумевает вовлечённость всех сфер психической деятельности, которая, учитывая неравномерность её развития у подростков, встречается не так часто. По-видимому, в эту рубрику необоснованно относят депрессии на органически неполноценном фоне, столь часто имеющем место у современных детей.

Наибольшую сложность в плане их диагностики и лечения представляли состояния с субклиническим уровнем аффективных проявлений. Анализ особенностей психопатологической структуры и динамики показал их клиническую гетерогенность с возможностью выделения отдельных вариантов.

При одном из них, наряду со стёртой аффективной симптоматикой, выявлялись признаки лёгкой недостаточности «энергетической составляющей» психической деятельности. Невысокий уровень общего витального тонуса становился очевидным уже с периода школьного обучения, обнаруживаясь в медлительности, неорганизованности, затруднениях при выполнении школьных заданий, а также повышенной утомляемости и истощаемости.

Первоначально эти расстройства обычно трактовались как последствия перинатальной патологии, лёгких ЧМТ (ушибы головы, лёгкие сотрясения мозга), применения общего наркоза при операциях. Однако их тесная спаянность с особенностями личностного реагирования и, в части случаев возникновения, отставленное по времени от воздействия вышеуказанных вредностей, заставляло предполагать более сложную природу. Как обязательный фон присутствовали проявления когнитивной дисфункции – нарушения внимания (снижение концентрации и переключаемости, неустойчивость, трудности сосредоточения) и памяти (уменьшение объёма, трудности запоминания). Реже отмечались выраженные в лёгкой степени нарушения мышления – снижение избирательности, целенаправленности при отсутствии отчётливых признаков пониженной мотивации.

Появление в клинической картине субсиндромальных аффективных расстройств, как правило, было приурочено к началу подросткового возраста. Затяжные стёртые гипотимические состояния выступали сочетанно с присущими пубертату особенностями функционирования аффективной сферы: признаками «аффективного дисбаланса» (в частности, снижением порога «эмоционального дискомфорта» с преобладанием плохого настроения на протяжении длительного – 2–3-летнего периода, сезонно и психогенно обусловленными колебаниями в выраженности гипотимии), личностными реакциями, возникавшими в рамках актуального аффективного состояния. Последние сопровождались ощущением собственной неудачливости, неверием в свои силы, неустойчивостью самооценки и тенденцией к её занижению, склонностью к «застыванию» на негативно окрашенных переживаниях. Типичным являлось ухудшение настроения в утренние часы, нарушения сна и аппетита.

Преморбидно такие подростки обнаруживали признаки мозаичной личностной структуры с наибольшей представленностью интравертированного шизоидного радикала, не достигавшего, впрочем, в своей выраженности уровня формирующегося расстройства личности. Обращали на себя внимание диссоциированность психического развития, а именно, сочетание удовлетворительного для данного возраста уровня интеллекта с незрелостью эмоционально-волевых и поведенческих проявлений, а также ряд особенностей, характерных для «негативной» фазы пубертата. При этом реакции пассивного и активного протеста сосуществовали с соответствующими возрасту социально приемлемыми способами самоутверждения, рефлексивностью, удовлетворительно развитыми познавательными интересами.

Психологическое обследование обычно выявляло признаки пролонгированного пубертатного криза: недостаточную сформированность жизненной позиции, выраженную тревожность в ситуации проверки знаний и оценки со стороны, страх неудачи и поражения, потребность в опеке, защите, неуверенность в своих силах, чрезмерную зависимость от матери, проявление реакций эмансипации в кругу семьи, неустойчивость самооценки. Характерный для подростков этап поиска лич-

ностной идентичности затягивался, самооценка во многом зависела от мнения окружающих, недостаточный уровень самоуважения сочетался с неготовностью принимать свои недостатки и отсутствием сформированной потребности развития собственного «Я». Приобретение навыков межличностного взаимодействия обычно было замедлено, так же как и типичная для подросткового возраста презентация себя миру.

К 18–19 годам стёртые состояния гипотимии обходились, редуцировалась аффективная лабильность, не приводя к эмоциональной нивелированности и личностному обеднению.

Симптоматика психических нарушений у таких пациентов ограничивалась лёгкими регистрами, а собственно аффективные расстройства исчерпывались субсиндромальными явлениями «позитивной аффективности». Тимический компонент триады оставался рудиментарным, признаков моторного торможения не обнаруживалось. Когнитивная составляющая синдрома проявлялась в отличие от типичных аффективных состояний не в интеллектуальном торможении, а в усилении имеющейся изначально когнитивной дисфункции. Отсутствовала тенденция к депрессивному бредаобразованию, хотя отмечались заниженная самооценка, снижение инициативы и трудности волевого напряжения, приводящие к школьной дезадаптации. Именно последняя чаще всего и служила причиной обращения к врачу.

Описанные субаффективные симптомокомплексы представлялось наиболее обоснованным рассматривать в контексте «аффективного дисбаланса», выступающего в процессе своеобразной пубертатной личностной динамики у лиц с особой наследственной конституцией и отягощённостью стёртой психической патологией.

При другом варианте, наблюдавшемся значительно реже, затяжные стёртые аффективные расстройства или, как их можно было бы назвать, парааффективные состояния несли в себе ряд признаков, клинически сопоставимых с постпроцессуальными. Отмечаемое у таких больных неглубокое, но стойкое падение психического тонуса наступало лишь в подростковом возрасте, сменяя другие затяжные эндоформные состояния, в частности, многолетний период гиперактивности с дефицитом внимания и памяти. Наличие когнитивной дисфункции в последних случаях говорило в пользу наследственно и конституционально обусловленной уязвимости у таких больных собственно мотивационной сферы.

В картине субдепрессивных нарушений преобладали явления так называемой «негативной аффективности» – вялость, апатия, падение интересов. Существенной особенностью, определяющей сходство этих синдромально плохо очерченных аффективных состояний с дефицитарными, являлась стойкая многолетняя, не беспокоившая пациентов и не вызывавшая ответной рефлексии утрата способности к формированию положительных эмоций. Психопатологическая картина исчерпывалась, в основном, субклиническими, схожими с негативными, проявлениями (падение интересов, некоторое эмоциональное обеднение, незначительная, но отчётливая когнитивно-мотивационная недостаточность), указывающими на, по-видимому, эндогенную обусловленность этих состояний.

Распространённость описанных выше «атипичных» субдепрессий с дефицитом психической активности оказалась относительно высока. На их долю приходилось почти треть непсихотической аффективной патологии у обследованных подростков. Клинический прогноз обычно был благопри-

ятым, несмотря на затяжное многолетнее течение, а социальный – проблематичным и зависящим во многом от своевременности и адекватности комплексных психосоциальных и психофармакологических воздействий. В связи с изначальным дефицитом психической активности для достижения желаемого результата возникала необходимость в качестве фоновой терапии длительного применения нейрометаболических стимуляторов и церебропротекторов (пирацетам, пантогам, мексидол, пирацетам, фенотропил), повышающих эффективность аэробного энергетического метаболизма мозга и улучшающих внутриклеточный синтез белка в развивающемся мозге.

Отдельного упоминания заслуживают субдепрессивные состояния подросткового возраста, «маскированные» расстройствами поведения.

Многие исследователи отмечали психопатоподобные «маски» или психопатоподобные эквиваленты депрессий у подростков в форме широкого спектра поведенческих расстройств: повышенной аффективной возбудимости, психической неустойчивости со склонностью к агрессивным поступкам, прогулами, бродяжничеством [1, 6]. J. Toolan (цит. по [2]) так называемые депрессивные эквиваленты: потерю интереса к работе, непереносимость одиночества, трудности концентрации внимания на одном занятии, неспособность к труду и агрессивное поведение считал атипичными проявлениями подростковых депрессий.

В обследованном нами контингенте депрессии с нарушениями поведения (психопатоподобные) наблюдались у 1/5 подростков с непсихотическими депрессиями. Их наиболее типичными характеристиками были: 1) отсутствие активно высказываемых жалоб на плохое настроение; 2) преобладание угрюмого с дисфорическим оттенком аффекта; 3) невыраженность идеаторного и моторного компонента депрессии; 4) незначительная представленность депрессивных идей малоценности; 5) ограничение расстройств поведения с озлобленностью, негативизмом, реакциями протеста преимущественно рамками семьи; 6) нетипичность развёрнутого синдрома расторможенности влечений; 7) сочетание агрессивного отношения к близким с явлениями аутоагрессии; 8) парциальность и преходящий характер психопатических проявлений; 9) отчётливый положительный эффект от применения антидепрессантов. Доминирование в клинической картине поведенческих расстройств над гипотимией было обусловлено неглубоким уровнем поражения собственно аффективной сферы, участием в оформлении синдрома явлений пубертатного криза и конституциональными особенностями.

Психологическими характеристиками, обеспечивающими формирование депрессий с нарушениями поведения, являлись ригидность психических процессов с готовностью к однотипному реагированию на различные психологические проблемы и несформированность дифференцированного интеллектуального механизма контроля над эмоциональными проявлениями, агрессивное поведение было проявлением дезадаптивной стратегии преодоления ситуации, попыткой справиться с отрицательными эмоциями. В связи с отсутствием чувства безопасности и внутренней защищенности окружающий мир воспринимался подростками как враждебный или угрожающий. Преобладание негибкой ригидной системы психологических защит и недостаточно конструктивная психологическая переработка личного опыта приводили к стереотипному агрессивному реагированию на различные психологические проблемы. Выявлялись незрелая личностная позиция, инфантильное негибкое мировосприятие,

дефицит социальных навыков решения проблем и «пролонгирование» пубертатного кризиса.

Депрессивные расстройства, возникающие в подростковом возрасте, приводят к нарушению социального функционирования, затруднению процесса психологического созревания и социализации, снижению способности к обучению. Своевременное выявление депрессивного состояния предполагает и вовремя начатое лечение, однако выбор адекватной терапевтической тактики в этих случаях часто бывает сопряжён с целым комплексом проблем. Прежде всего, необходимо учитывать плохую переносимость подростками психофармакотерапии, объясняющуюся нестабильностью нейрогормонального фона и повышенной чувствительностью к фармакологическим воздействиям. Следует также иметь в виду, что депрессивные расстройства непсихотического уровня у подростков, как правило, характеризуются протрагированным, порой многолетним течением, поэтому требуют длительного назначения антидепрессантов. Кроме того, выраженная в большей или меньшей степени когнитивная дисфункция, сопровождающая и зачастую маскируя собственно аффективную составляющую синдрома, вносит дополнительные трудности в вопросы диагностики и лечения этих состояний, особенно если речь идет о субклиническом уровне аффективных нарушений. Не менее важным является процесс формирования терапевтической мотивации, так как нерезко выраженные психические нарушения (стёртые депрессивные расстройства), далеко не всегда критически расцениваются как самими подростками, так и их родителями. К тому же в популяции к лечению психотропными препаратами все ещё остаётся настороженное или откровенно негативное отношение. Вследствие вышесказанного долговременная терапия (а именно она необходима при констатации непсихотической аффективной патологии у подростков) оказывается возможной лишь при использовании не обладающих острой и хронической токсичностью, но имеющих отчётливый антидепрессивный эффект препаратов. При выборе оптимальной психофармакотерапии непсихотических депрессий у подростков необходимо соотносить клиническую структуру аффективного состояния с особенностями терапевтического профиля препарата, характером побочных эффектов, безопасностью при длительном применении. При лечении атипичных стёртых затяжных субсиндромальных депрессий пубертатного периода наиболее перспективно использование тимолептиков со сбалансированным спектром клинической активности и мягким антидепрессивным действием, совмещающих в себе высокую эффективность, безопасность, не нарушающих когнитивные функции, не вызывающих расстройств социализации, наконец, способствующих повышению комплаентности, что и делает их препаратами выбора при амбулаторной терапии аффективных расстройств у подростков. К таким препаратам можно отнести разрешенные для использования у подростков современные серотонинергические антидепрессанты.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого невыборочного исследования наблюдаемых психиатром подростковых контингентов позволяют говорить о редкости формирования в этом возрасте депрессивных состояний, сопоставимых с картиной классических эндогенных депрессий у взрослых. Депрессии у подростков представлены преимущественно астено-апатическими, реже – тревожно-ипохондрическими вариантами, а также стёртыми гипотимическими состояниями с субклиническим уровнем

аффективных проявлений. Рассмотренные в настоящем сообщении разновидности депрессивных расстройств далеко не исчерпывают всего многообразия депрессивных состояний подросткового возраста, которые могут наблюдаться в рамках нозологически различной психической патологии, оказывающей на их клиническую картину существенное патопластическое влияние. Их дальнейшее изучение представляется важным с целью выделения ранних диагностических и прогностических критериев, уточнения клинической типологии и разработки социо-терапевтической тактики, учитывая высокую встречаемость этой патологии у подростков, её значимость для последующего психического здоровья и ассоциированность с психическими нарушениями в периоде взрослости.

Развивающиеся в подростковом возрасте депрессивные состояния полиморфной структуры и мультифакторной этиологии, требуют мульти-модального терапевтического подхода с разработанными и более дифференцированными показаниями к психофармакотерапии, психотерапевтическому, психокоррекционному и психообразовательному воздействию. Медикаментозное лечение должно включать в себя и нейропротективную терапию. Некоторые поведенческие расстройства и эмоциональные нарушения могут купироваться нелекарственными (социально-педагогическими, психотерапевтическими) методами. Таким образом, эффективность лечебной помощи подросткам определяется рациональным соотношением методов медикаментозного, психотерапевтического и социально-педагогического воздействия.

#### Литература

1. Вертоградова О.П., Шахматов Н.Ф., Сосюкало О.Д. Возрастные аспекты проблемы депрессий. Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). Сб. научных трудов. М. Изд. Моск. НИИ Психиатрии МЗ РСФСР. 1987; 5–14.
2. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Федина М.А. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 3: 5: 154–158.
3. Драгунская Л.С. Социокультурный аспект возрастного патоморфоза эндогенной депрессии. Возрастные аспекты депрессий. Сб. научных трудов. М.: Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. 1987; 18–20.
4. Йовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции // Росс. психиатр. журнал. 1999; 3: 37–40.
5. Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 1: 33–38.
6. Лекомцев В.Т., И.А.Уварова, Н.В.Матвеева, Е.А.Панченко. К типологии депрессий у детей и подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000; 4: 23–29.
7. Точилов В.А. Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние (обзор). // Обзорение психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1999; 3: 39–43.
8. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституционально-психологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 4: 20–22.
9. Dubicka B, Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiatric Bulletin. 2005; 29: 5: 164–167.
10. Marcelli D. Depression de l'adolescent. // Perspectives Psy. 1998; 37: 4: 241–248.
11. Помро К., М.Делорм., Ж.-М. Дрюо, Ф.-П. Тедо. Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 1997; 3: 63–68.

## Современные концепции патогенеза и лечения синдрома гиперактивности у детей

К.Ю. Ретюнский<sup>1</sup>, Т.С. Петренко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург,

<sup>2</sup>ГУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий, Екатеринбург\*

#### РЕЗЮМЕ

Статья посвящена дискуссионным аспектам патогенеза синдрома гиперактивности у детей, его терапии и реабилитации. Авторами предлагаются принципы результативной терапии и реабилитации данного расстройства.

**Ключевые слова:** гиперкинетическое расстройство у детей, синдром дефицита внимания и гиперактивности, патогенез, диагностика, терапия, реабилитация.

#### АКТУАЛЬНОСТЬ

Гиперактивное поведение у детей с позиции современных международных классификаций рассматривается как гиперкинетическое расстройство (ГР, МКБ-10) либо синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ, DSM-IV-TR). Гиперкинетическое расстройство (ГР) представляет одну из самых часто встречаемых форм психической патологии у детей. Распространённость ГР, по мнению исследователей, варьирует в широком диапазоне от 1 до 30 % [1, 2, 5–8]. Расстройство формируется в дошкольном возрасте, сохраняется на протяжении всей жизни, ограничивая адаптационные возможности. Исследователи сходятся во мнении, что в детском возрасте при ГР наблюдается высокая коморбидность с тикозным расстройством, энурезом, заиканием, нарушениями тревожно-депрессивного спектра, парасомниями, трудностями в обучении [1, 2, 4–8]. Взрослые люди с ГР, как правило, имеют более низкий профессиональный статус, склонны к правонарушениям и злоупотреблению психоактивными веществами и алкоголем.

Различное толкование этиологии и патогенеза ГР обуславливает многообразие лечебно-реабилитационных подходов, носящих нередко взаимоисключающий характер. Биологические теории придают основное значение наследственной детерминированности и влиянию патогенных факторов на головной мозг на ранних этапах онтогенеза [1, 2, 5–8]. Результатом их воздействия является локальное повреждение лобно-стриарно-мозжечковых структур, обеспечивающего нарушения нейротрансмиссивного баланса. Достоверно установлен дисбаланс дофамина и норадреналина, что приводит к угнетению

\* Ретюнский Константин Юрьевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, заведующий отделением исследования когнитивных расстройств у детей ГУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий, Петренко Тимур Сергеевич – врач-психиатр, сотрудник лаборатории исследования когнитивного дефицита у детей Института медицинских клеточных технологий.