

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАСТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ (К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ)

Е.З. Сабирова, А.П. Белова, С.Б. Малых

Рассматривается проблема доклинических форм депрессивных расстройств настроения детского и подросткового возраста, приводящих к социальной дисфункции, увеличению вероятности соматических недугов и ухудшению качества жизни.

Ключевые слова: депрессия; депрессивность; депрессивные расстройства.

Депрессивные расстройства настроения становятся одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии среди детей и подростков [1–5]. Во многих публикациях отмечено неуклонное увеличение распространённости как тяжёлых, так и неглубоких депрессивных расстройств [6–9]. По мнению W.M. Reynolds и H.F. Johnston, 10–20% подростков могут испытывать серьёзные депрессивные расстройства, однако нередко они остаются нераспознанными [10]. P.M. Levinson и соавторы, обследовавшие 1710 старшеклассников, нашли, что распространённость подобного рода нарушений на протяжении прожитой жизни составляла 20,4%, хотя на момент осмотра депрессия была выявлена у 2,9% подростков [Цит. по 11]. Для изучения причин увеличения депрессивных расстройств у детей и подростков представляется важным проанализировать особенности их протекания на протяжении школьного периода.

Целями данной работы являлись: описание методологических трудностей при определении критериев депрессивных расстройств; показ роли и значения доклинических форм депрессив-

ных расстройств; анализ их особенностей у детей и подростков.

Несмотря на большое количество публикаций, в изучении данной проблемы остается достаточно много вопросов. Прежде всего, само понятие “депрессия” до настоящего времени остается спорным и неоднозначным. Термин “депрессия” используется как характеристика настроения (depressive mood), название синдрома (depressive syndrom) и отдельного заболевания (depressive disorder).

До настоящего времени активно продолжают обсуждаться вопросы о том, существуют ли плавные переходы между сниженным настроением как естественной психологической реакцией и клиническими депрессивными расстройствами и как их квалифицировать [11–16].

В нашей работе, ориентируясь на мнение ряда современных исследователей, мы сделаем акцент на рассмотрение доклинического, переходящего проявления депрессивного расстройства – депрессивности, выражающейся в пониженном настроении с пессимизмом, снижением общей активности, приводящей к социальной

дисфункции, увеличению вероятности соматических недугов и ухудшению качества жизни [14; 17; 18]. Использование термина “депрессивность”, согласно А. Kempinski, подразумевает акцент на психологической составляющей изучаемого феномена в тех случаях, когда границы диагностических концепций оказываются недостаточно чёткими, и нет жёсткого разделения между нормой и патологией [19].

В истории медицины мнения о существовании депрессивных расстройств у детей различны. Первым обобщил исследования по депрессивным состояниям у детей и подростков Н. Emminghaus. В труде по детской психиатрии он не только отметил их клинические (меньшую продолжительность, стертость симптоматики, невыраженность аффекта тоски и др.), но и подчеркнул возможность возникновения депрессий под воздействием психогенных факторов. Однако до сих пор все еще высказываются сомнения о существовании выраженной депрессии до 10–12-летнего возраста. Так, например, E.J. Mash и D.A. Wolf полагают, что зачастую у детей и подростков депрессивные симптомы могут быть временными, обусловленными событиями повседневной жизни, а не являться следствием какого-либо расстройства [15].

L. Mufson и соавторы также ставят вопрос о правомерности изучения подростковой депрессии, используя критерии диагностики депрессии у взрослых, полагая, что некоторые из них упускаются ввиду неразработанности подходящих диагностических критериев [2].

G.N. Christodoulou же подчёркивает, что диагностические критерии депрессивных расстройств у детей и взрослых во многом схожи, но у детей чаще наблюдаются дополнительные атипичные симптомы: скука, тревожность, нарушения сна, раздражительность, дисфория. Автор отмечает, что они нередко сочетаются с тревожными расстройствами, асоциальным поведением, синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, неуспеваемостью и боязнью школы, что и затрудняет их диагностику [20].

К настоящему времени доказано, что депрессивные расстройства, в том числе эндогенные, могут возникать в любом возрастном периоде детства, начиная с младенчества, в

своеобразных формах, обусловленных влиянием возрастной личностной динамики [15].

В младшем, а нередко и в среднем школьном возрасте у одних детей (чаще при наличии тормозимых черт характера, а также у девочек) при депрессивном неврозе преобладают вялость, пассивность, заторможенность, задумчивость, склонность к колебаниям настроения, тогда как у других, преморбидно более стеничных, наблюдаются раздражительность, озлобленность, а иногда агрессивность, грубость, непослушание, упрямство, повышенная готовность к реакциям протеста.

Одним из ранних признаков депрессивного расстройства является школьная дизадаптация. Она, как правило, нарастает постепенно, проявляясь в трудностях осмысления и запоминания учебного материала. Дети все больше времени тратят на приготовление домашних заданий, не понимают прочитанного. Считают, что учителя их недолюбливают за тупость, сверстники презирают, стремятся обидеть, смеются над их плохой успеваемостью, что они неинтересны, неприятны, и даже родители отдают предпочтение другим детям в семье. Всякое замечание, недовольство родителей провоцируют приступы двигательного беспокойства с криком, плачем, нелепыми угрозами и поступками, вплоть до демонстративных попыток самоубийства. Дети становятся крайне рассеянными, забывают дома тетради, учебники, жалуются на потерю памяти. Появляется и несвойственная ребенку медлительность, неловкость. Дети подолгу одеваются, не могут бегать, играть со сверстниками на переменах, на уроках физкультуры выглядят вялыми и неуклюжими, постепенно прекращают посещать спортивные секции, требующие физического напряжения [15].

Становление депрессивного синдрома, включающего классическую триаду депрессивных признаков, наблюдается, как правило, лишь начиная с препубертатного возраста. Формирование тоскливого аффекта на этом возрастном этапе нередко сопровождается появлением своеобразного чувства малоценности. Тем не менее, и в этом возрастном периоде в структуре расстройства отчетливо выступают признаки, присущие предшествующим уровням патологиче-

ского реагирования (соматовегетативному, психомоторному), что лежит в основе выраженной атипичии депрессивных состояний у детей препубертатного возраста [15].

Депрессивные расстройства значительно учащаются у подростков. Их выявление составляет важную и до настоящего времени ещё не решённую проблему [7; 9]. Трудность своевременной диагностики зачастую бывает обусловлена недостаточной синдромологической очерченностью депрессивных состояний в этом возрастном периоде. Исследователи полагают, что наряду с клинически очерченными эпизодами часть неглубоких депрессий – чисто психологические реакции [14; 15; 21–23]. Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством, – вопрос клинической оценки, но критерии для такой оценки недостаточно точны, чтобы привести различных клиницистов к единому мнению [11; 15; 23].

Частота формирования и структура депрессивных состояний у подростков значительно приближается к проявлениям депрессии у больных зрелого возраста. В этом возрастном периоде завершается формирование всех структурных компонентов депрессии, однако проявления идеаторной заторможенности у подростков относительно редко достигают степени, характерной для взрослых больных. Довольно часто развиваются состояния деперсонализации – дереализации, появляются симптомы “болезненного психического бесчувствия”.

По мнению L. Mufson et al., сходные с депрессий взрослых признаки включают негативное представление о себе, подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, склонность к суициду и трудности в профессиональной и учебной деятельности из-за плохой концентрации внимания [2]. Подростковые депрессивные расстройства отличает отсутствие равнодушия к радостям жизни, повышенная реакция на внешние ситуации или источники стресса, раздражительность.

У значительной части подростков с большой депрессией имеются сопутствующие расстройства, которые приводятся ниже в порядке их убывания: тревожные расстройства; расстройства поведения (импульсивность, переход к действиям, побеги из дома и пр.), употребление

определённых веществ (табака, алкоголя, наркотиков); расстройства личности; расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, чередование обеих); наблюдается также сочетание с гиперкинетическим расстройством с дефицитом внимания и с соматическими расстройствами.

О.П. Вертоградова полагает, что возрастная специфика депрессивных состояний в пубертатном возрасте прежде проявляется в относительной частоте ипохондрических расстройств (сенестопатических, фобических, сверхценных), а также дисморфофобических проявлений [24]. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и реакции, соматовегетативные, деперсонализационные и ипохондрические синдромы [25–29].

В 1976 г. была опубликована эпидемиологическая работа M. Rutter с коллегами, исследовавших 2303 детей в препубертатном возрасте (10–11 лет) и несколькими годами позже тех же детей уже подростками. Авторы выявили, что у 13% из них обнаруживалось подавленное настроение, а 9 % были “озабочены депрессивными темами”. В последующем, в 14–15 лет, уже 40% признались в депрессивных переживаниях, 20% – выразили идеи самоуничтожения, а 7–8% – суицидальные чувства. Подобные тенденции – увеличение числа депрессивных состояний с возрастом и резкий скачок показателей распространённости депрессивных расстройств после периода полового созревания – отмечают многими исследователями [30–34].

Таким образом, проблема депрессивных расстройств детского и подросткового периода сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Депрессивные расстройства являются одними из наиболее частых проявлений психической патологии. Жёсткой границы, разделяющей патологические и психологически адекватные состояния сниженного настроения, зачастую не обнаруживается. В связи с этим диагностика депрессивных расстройств, находящихся в области “неоднозначности”, чрезвычайно трудна, а прогноз не определен. Детские и подростковые депрессии имеют специфические, определяющиеся возрастом феноменологические особенности (в том числе “маски” как соматические,

так и психопатологические). Учитывая высокую встречаемость этих расстройств, их значимость для последующего психического здоровья и ассоциированность с психическими нарушениями в периоде взрослости, необходима дальнейшая систематизация научных представлений на эту тему с целью последующего уточнения не только типологии депрессивных расстройств и получения исчерпывающих характеристик клиники и динамики этих состояний, но и углубления понимания их сущности.

Литература

1. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., Morean D., Adams P. et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of American Medical Association*. 1999. №18. P. 1707–1713.
2. Мафсон Л., Моро Д., Вейссман М., Клерман Д. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия / Пер. с англ. Е. Хромовой. М.: Эксмо, 2003. 320 с.
3. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // *Journal of the Child Psychology and Psychiatry*. 2004. №45. P. 1350–1362.
4. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Макушкин Е.В. Психология и психопатология аффективных расстройств (нозологические и возрастные аспекты, принципы терапии). М.: МБА, 2005. 276 с.
5. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 79 с.
6. Fombonne E. Depressive disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. Wiley, Chichester 1995. P. 360.
7. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Распространённость и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1998. №9. С. 33–36.
8. Covacs M., Devlin B. Internalizing disorders in childhood // *Child Psychol Psychiatr*. 1998. №39. P. 47–63.
9. Иовчук Н.М., Северный А.А. “Дидактогенные” депрессии у детей. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26 апреля 2007. Волгоград: ВолгГМУ, 2007. С. 170–175.
10. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum. 1994. P. 258
11. Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. Аномальная психология. 11-е изд. СПб.: Питер, 2004. 1167 с.
12. Клиническая психология. 2-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2003. 1312 с.
13. Grove V.M., Andreasen N.S. Concepts, diagnosis and classification / E.S. Paykel, ed, Handbook of affective disorders (2 ed., 22–41). Edinburgh: ChurchillLivingstone. 1992. P. 330.
14. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. СПб.: Питер. 2004. 202 с.
15. Э. Мэш, Д. Вольф. Детская психопатология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 511 с.
16. ван Прааг Г.М. Минусы современных исследований стресса в психиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005. №1. С. 76–80.
17. Marcelli D. Depression de l'adolescent // *Perspectives Psy*. 1998. №3. 37: 4. P. 241–248.
18. Гоштаутас А., Шинкарева Л., Перминас А., Густайнене Л., Пилкаускаене И. Связь между депрессивностью, факторами риска ишемической болезни сердца и смертностью от этого заболевания // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2004. №1. С. 15–18.
19. Кемпинский А. Меланхолия / Пер с польск. СПб.: Наука 2002. 405 с.
20. Christodoulou G.N. Профилактика депрессии // *WPA Bulletin on Depression*. 2002; 5: 24. С. 3–8.
21. Точиллов В.А. Неглубокие депрессии и их распознавание, история вопроса и современное состояние (обзор) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 1999. № 3. С. 39–43.
22. Курпатов А.В. Депрессия: от реакции до болезни (пособие для врачей общей практики). М., 2003. 78 с.
23. Furman E. What is depression in childhood? A discussion of definition, assessment and some developmental factors // *Child Analysis*. 1992. №3. P. 101–123.
24. 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. С. 5–14.

25. *Исаев Д.Н.* Психопатология детского возраста. СПб.: СпецЛит, 2001. 463 с.
26. *Козидубова В.М.* Депрессии у подростков: Дисс. ... докт. н., 1992.
27. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
28. *Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М.: 1974. 320 с.
29. *Гурьева В.А.* Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М.: 2001. 478 с.
30. *Rutter M., Tizard J., Yule W., Graham P., Whitmore K.* Isle of Wight studies 1964–1974 // *Psychological Medicine*. 1976. № 6. P. 313–332.
31. *Kaplan S.L., Hong G.K., Weinhold C.* Epidemiology of depressive symptomology // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1984. №23. P. 91–98.
32. *Ryan N.D., Puig-Antich J., Cooper T., Ambrosini P., Rabinovich H., Rbinson D., Nelson B., Iyengar S., Twomey J.* Imipramini in adolescent major depression in children and adolescents // *Archives of General Psychiatry*. 1986. №44. P. 854–861.
33. *Offord D., Boyle M.H., Szatmari P., Rae-Grant N., Links P.S., Cadman D.T., Byles J.A., Grawford J.M., Blum H.M., Byrne C., Thomas H., Woodward C.A.* Ontario Child Health Study: II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization // *Archives of General Psychiatry* 1987. № 44. P. 832–836.
34. *Meltzer H., Gatward R., Goodman R. et al.* The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain. London: 2000. The Stationery Office. P. 450.