

*Санкт-Петербургская городская
психиатрическая больница №1
им. П. П. Кащенко*

*Кафедра психотерапии и сексологии
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И. И. Мечникова*

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск IV

Санкт-Петербург

2017

УДК 615.851

**Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV.
Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2017.
– 340 с.**

Настоящее издание приурочено к IV научно-практической конференции, организованной кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», состоявшейся 16-17 июня 2017 года. Одновременно с конференцией проходила III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга с участием специалистов Восточно-Европейского региона WPA (Всемирной психиатрической ассоциации).

Материалы этих мероприятий, представленные в статьях и тезисах, включенных в сборник, отражают своеобразную переключку ученых и практических врачей, молодых специалистов, представителей организаций пользователей психиатрической помощи, многоаспектный характер вопросов развития психосоциального направления в психиатрии.

Издание адресовано психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам, специалистам по социальной работе, организациям пользователей психиатрической помощи.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ РЕЛИГИОЗНОГО ФАКТОРА НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	
Рутковская Н.С.	193
ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Султанова А.Н., Сычева Т.Ю.	199
КАРТИНА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЭЭГ-ПРИЗНАКАМИ НЕЗРЕЛОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Туровская Н.Г., Воронкова А.А., Курушкина В.А.	207
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНИНГА КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	
Ханько А.В.	212
ЗАДАЧИ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ	
Холмогорова А.Б., Рычкова О.В.	217
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА	
Чехонадский И.И., Пряникова Е.В., Пустотин Ю.Л.	223
«ЗАКОН ПАРНЫХ СЛУЧАЕВ» ИЛИ ОДНОВРЕМЕННОЕ ПОЯВЛЕНИЕ СХОДНЫХ ПАТТЕРНОВ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	
Чистяков М.С.	228
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	
Шаикрамов Ш.Ш.	239
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	
Шарипова Ф.К.	243

26. *Trepińska, J., et al. Influence of weather factors on suicidal hangings // Przegląd Lekarski. 2005. № 62. P. 788-794.*
27. *Zhevago N.A., Samoylova K.A. The regulatory effect of polychromatic (visible and infrared) light on human humoral immunity // Photochemistry and Photobiology. 2006. Vol.82. P. 1301-1308.*

Исследование депрессивных расстройств поведения у подростков

Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы депрессивных расстройств поведения у детей и подростков определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, влиянием роли биологических и социальных факторов в их формировании.

По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами [1]. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию [2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [3].

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [4, 6]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и реакции [5, 7].

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические и психологические особенности депрессивных расстройств поведения у подростков для улучшения качества диагностической и лечебно-психокоррекционной помощи этому контингенту населения.

Материал и методы: в ходе работы были обследованы 66 подростков в возрасте от 14 до 16 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущим методом исследования являлся клинико-

психопатологический и катамнестический. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS), для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии, лишь в 20% случаев была выявлена депрессия средней тяжести.

Среди всех обследованных было 40 мальчиков и 26 девочек. У мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 80% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести. Среди девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 83% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных.

Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости от обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 70% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией – 33% (n=22), тревожной депрессией – 50% (n=33), маскированной депрессией – 17% (n=12).

Дисфорическая депрессия встречалась в 80% случаев у мальчиков, маскированная форма депрессии была выявлена только у девочек. У больных с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния, при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, и появились суицидальные мысли. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков.

Поведенческие нарушения девиантного и делинквентного типа чаще отмечались у пациентов с дисфорической и тревожной депрессией, у которых отреагирование отрицательно окрашенных эмоций происходило во внешний мир. Подростки были склонны винить в своих неудачах и проблемах окружающих, по их мнению, угроза и агрессия исходят из внешнего мира. И как результат такого мироощущения, у них возникали тревога, страх, ответная агрессия, не соответствующая реально существующей ситуации и действительности.

Девочки-подростки с маскированной депрессией, которые отрицательные эмоции неосознанно направляли внутрь или против себя, тем самым, создавали предпосылки для формирования соматических симптомов и расстройств пищевого поведения. Аддиктивное поведение, возникающее на фоне эмоциональных

расстройств, в 85% случаев было зарегистрировано у мальчиков, для девочек характерным было возникновение недовольства своим телом и при длительном сохранении депрессивной симптоматики развивались расстройства пищевого поведения в виде анорексии и ограничительного пищевого поведения с соблюдением изнуряющих диет. Клиника нервной анорексии ограничивалась симптомами инициального периода, среди эмоциональных расстройств отмечались: аффективная возбудимость, тревога, депрессия, фобические расстройства. В большинстве случаев в преморбиде у больных не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста.

При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона.

У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 15% случаев (11 больных) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвысить и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к аддиктивному поведению.

В ряде случаев у 20 больных (67%) выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 17% случаев – напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются для них непосильными. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось в расстройстве пищевого поведения и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), отмечалось нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, злоупотребление токсикоманическими веществами и спиртными напитками.

Заключение: по результатам исследования было выявлено, что у подростков с поведенческими нарушениями чаще наблюдаются легкие депрессивные расстройства и депрессия средней степени тяжести.

Депрессивные расстройства влияют на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии

приводит к появлению опасных для жизни подростка состояний. У мальчиков в большинстве случаев выявляется дисфорическая депрессия, сопровождающаяся уходами из дома, присоединением к асоциальным компаниям, злоупотреблением спиртными напитками и психоактивными веществами.

У девочек чаще выявляется тревожная и маскированная депрессия средней степени тяжести с возникновением расстройства пищевого поведения на фоне аффективных проявлений.

Учитывая, что депрессивные расстройства протекают с нарушениями поведения, влияющими на социально-педагогическую адаптацию, то необходимо более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового возраста.

Полученные результаты позволяют проводить эффективный курс лечения депрессивных расстройств и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств и формирования гармонично развитой личности.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. *Невротическая депрессия у детей и подростков*. – М, 2000.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А., *Особенности подростковой депрессии*. – М. 1999.
3. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. *Современное состояние службы охраны психического здоровья детей // Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития Российского государства*. – М.: Наука.2007. – С. 28-29.
4. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. *Диагностика подростковой депрессивности*. – СПб.: Питер, 2004.
5. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.В. *Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии*. - 2005.- №6. - 63-71с.
6. Helen Z., Reinherz Sc.D.; Angela D., Paradis B.A., Rose M. *Childhood and Adolescent Predictors of Major Depression in the Transition to Adulthood // American Journal of Psychiatry* 2003; 160:2141-2147.
7. Starcevic V. *Anxiety disorders in adults. A clinical guide*. – Oxford etc. Oxford University Press, 2005. – 424p.