

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Материалы Российской научной конференции
с международным участием
9 июня 2017 года, г. Ростов-на-Дону

г. Ростов-на-Дону
2017 г.

УДК 616.89(063)

ББК 56.14

О 28

Общая психопатология: традиции и перспективы [электронный ресурс]. Материалы Российской научной конференции с международным участием 9 июня 2017 г., г. Ростов-на-Дону /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2017. - 404 с.

ISBN 978-5-7453-0532-0

Материалы конференции являются рецензируемым изданием. Статьи включались в сборник после получения положительного заключения от рецензентов:

РЕТЮНСКИЙ К.Ю., д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой психиатрии
Уральского государственного медицинского университета

СОЛДАТКИН В.А., д.м.н., доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС
Ростовского государственного медицинского университета

ISBN 978-5-7453-0532-0

© ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России, 2017

ТРАНЗИТОРНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. МЕСТО ДАННОГО ДИАГНОЗА В МКБ-10 <i>Холодова Н.Б., Локосов А.В., Колесников А.С.</i>	363
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Хохлов Л. К.</i>	368
ПЕРВИЧНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ <i>Хрящев А.В., Петракова А.В., Муратова Е.В., Коренченко Ю.В.</i>	372
ПСИХОДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ <i>Шаикрамов Ш.Ш.</i>	377
СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ <i>Шарипова Ф.К., Якубова М. А.</i>	381
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА <i>Шарипова Ф.К.</i>	385
ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СОЗДАНИЮ «ПОНИМАЮЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ» <i>Шевченко Ю.С.</i>	390
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ <i>Шин З.В.</i>	396
ПОРТРЕТ ЛИЧНОСТИ СОВЕРШИВШЕЙ ДЕЯНИЯ ПО СТАТЬЯМ 131-135 УК РФ ПО ДАННЫМ АСПЭК ГБУ РС(Я) ЯРПНД <i>Яковлева М.В., Галкина Т.А., Поляниченко А.А.</i>	400

ПСИХОДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Шаикрамов Ш.Ш.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республика Узбекистан
г. Ташкент*

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, rozpoznается 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]. 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].

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

Материалы 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 клинко-психопатологический и катamnестический. 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 в 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, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. Поведенческие нарушения девиантного и делинквентного типа чаще отмечались у пациентов с дисфорической и тревожной депрессией, у которых реагирование 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 формированием 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 у больных 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 возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного поведения. 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 непосильными для него. 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 от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, злоупотребление спиртным.

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 состояниям.

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.

Для девочек характерным было возникновение расстройства пищевого поведения на фоне аффективных расстройств. 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крайг Г. Психология развития. - СПб. Питер, 2000 г.
2. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб. Питер, 2004 г.
3. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А., Особенности подростковой депрессии. - М. 1999г
5. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994.