

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат
«Юношеские эндогенные депрессии»

Выполнила:
врач-ординатор
Коблык И.С.

Проверил:
Д.м.н., доцент
Березовская М.А.



Рецензия

на реферат ординатора второго года обучения Коблык И.С.
по дисциплине «Психиатрия» на тему «Юношеские эндогенные депрессии»

Реферат написан на сложную и очень актуальную тему. В нем раскрыты вопросы эндогенных депрессий, манифестирующих в юношеском возрасте. Содержание полностью соответствует заявленной теме. Текст логичен, последователен. Реферат выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к работам такого рода. Список литературы имеется, не указаны годы издания, однако это не уменьшает значимость работы. Реферат принят и оценен положительно.

Оценка: ОТЛИЧНО

Проверил: зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО,
д.м.н. Березовская М.А.



Содержание:

3ст. - Введение.

4ст. - Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных юношеских депрессий.

5ст. - Типология эндогенных юношеских депрессий.

8ст. - Дифференциальная диагностика и прогностическая оценка эндогенных юношеских депрессий.

11ст. - Терапия юношеских эндогенных депрессий.

16ст. - Список использованной литературы.

Введение

Под юношескими депрессиями понимают аутохтонные эндогенные психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 21 годом, длительностью свыше 2 недель, приводящие часто к выраженной социальной и учебной дезадаптации, обладающие рядом интернозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами в зависимости от нозологической принадлежности.

Необходимость специального рассмотрения проблемы эндогенных депрессий юношеского возраста диктуется рядом их существенных особенностей, определяющих ролью пубертатной фазы созревания в возникновении данных состояний и формировании их клинической картины. Как установлено значительным числом исследований, в юношеском возрасте отмечается особенно большая частота манифестации депрессивных расстройств. По некоторым эпидемиологическим данным, она составляет от 13% до 40% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста.

При этом, вопросы диагностики юношеских депрессий являются одними из наиболее сложных в клинической психиатрии из-за выраженной атипичности, рудиментарности и необычной представленности депрессивной триады при этих состояниях, на что также указывают многие исследователи. Кроме того, до настоящего времени в литературе не сложилось единой точки зрения в понимании природы депрессивных состояний, возникающих в юношеском возрасте. Одни авторы рассматривают эти состояния лишь в рамках аффективного заболевания (МДП, циклотимии); другие говорят о преимущественной принадлежности их к шизофреническому спектру, третьи - отрицают существование эндогенных депрессий в юношеском возрасте и рассматривают их как особые психологически понятные пубертатные реакции. В то же время можно говорить о крайней актуальности вопросов адекватной диагностической оценки депрессивных состояний юношеского возраста, их эффективной терапии, ввиду частой и неотложной необходимости принятия ответственных решений в отношении данного контингента больных, касающихся не только медицинских (терапевтических) задач, но и экспертных оценок (в частности, вопросов допризывной военной экспертизы, профориентации).

Как показало изучение различных контингентов лиц юношеского возраста, значительное число депрессий остаются нераспознанными не только в связи с их вышеуказанными клиническими особенностями, но и, нередко, в силу недостаточного уровня подготовки в области подростковой психиатрии врачей общего профиля, психиатров, педагогов, психологов. Наибольшие затруднения в диагностике вызывают, естественно, не развернутые психотические формы депрессий (депрессивно-бредовые, депрессивно-кататонические и пр.); трудны для распознавания и нозологической оценки относительно неглубокие депрессивные состояния, ограничивающиеся аффективным, невротическим и психопатоподобным регистрами, при которых взаимодействие между болезнью и данным этапом онтогенеза носит более сложный характер. В этих случаях нередко в формировании картины депрессии в равной степени участвуют проявления пубертатного криза, признаки начинающегося заболевания и особенности преморбидной личности больного.

Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных юношеских депрессий

Клиническая картина юношеских эндогенных депрессий характеризуется рядом особенностей, отличающих ее от депрессий, возникающих в зрелом возрасте. В структуре депрессивного синдрома в юношеском возрасте выделяются особенности депрессивной триады (а точнее соотношения тимического, идеаторного и моторного компонентов депрессивного симптомокомплекса), не зависящие от их нозологической принадлежности.

Прежде всего обращает на себя внимание рудиментарность собственно "витальной тоски", столь свойственной, согласно K.Schneider, эндогенным депрессиям зрелого возраста. Витальные расстройства представлены здесь преимущественно жалобами на падение "жизненного тонуса" или ощущением тягостного душевного дискомфорта, сходного с диффузным витальным состоянием напряжения, характерным для ларвированных эндогенных депрессий. Таким образом, тимический компонент здесь представлен в основном двумя видами аффектов - апатическим и дисфорическим. При преобладании первого наблюдаются депрессии с вялостью, апатией, жалобами на безразличие, сопровождающиеся снижением энергии и инициативы, которые в ряде случаев достигают такой выраженности, что производят впечатление апатико-абулических состояний в дебюте юношеской шизофрении. При доминировании дисфории (аффекта типа «unlust») отмечаются раздражительность, взрывчатость и даже агрессия, (преимущественно, к близким), что внешне сходно с психопатическими и психопатоподобными, в том числе гебоидными проявлениями. Другой существенной особенностью юношеских депрессий является нестабильность аффекта с многократной сменой его на протяжении одного приступа и даже суток и нередко одновременное сосуществование аффектов разного полюса: апатии и дисфории, скуки, безразличия и диффузной тревоги. Отличительной чертой этих депрессий является также редкость как выраженной ажитации, так и моторной заторможенности. Доминирующее положение в структуре депрессивного синдрома здесь часто занимают когнитивные нарушения, т.е. идеаторные расстройства разной качественной структуры: от легкой рассеянности, забывчивости, невозможности сосредоточиться, до «наплывов и обрывов», параллельности мыслей и трудностей осмысления даже простого учебного материала. В результате, нередко констатируя явные признаки учебной дезадаптации, не только окружающие больного лица, но и врачи не усматривают ее депрессивный генез.

Из сомато-вегетативных компонентов депрессивного синдрома, наиболее часто встречаются сердечно-сосудистые расстройства в виде значительных колебаний артериального давления, что служит нередко основанием для ошибочного диагноза "ювенильной гипертензии", которая, как правило, оказывается необычно резистентной даже к серьезной гипотензивной терапии, однако может легко поддаваться лечению антидепрессантами.

Еще одной отличительной особенностью картин юношеских депрессий является частое включение в их структуру проявлений расстройств самосознания разной степени выраженности (от элементов психической анестезии, сопровождавшейся утрированной рефлексией до сложных и полиморфных по структуре деперсонализационных феноменов). Депрессивная самооценка, идеи самоуничтожения чаще всего приобретают при юношеских депрессиях дисморфофобическую фабулу, а идеи самообвинения оказываются тесно связанными с сексуальными проблемами (мастурбация, вуайеризм) и сопровождаются развитием сензитивных идей отношения. Характерно, что депрессивная оценка собственной личности и окружающего в юношеском возрасте легко перерастает в пессимистические

абстрактные размышления о бессмысленности существования человеческой жизни, цивилизации, формируется депрессивное философское мировоззрение, включающее аутодеструктивные тенденции вплоть до попыток самоубийства (Frankl V., 1987). При этом следует особо учитывать крайне высокую суицидальную опасность больных с юношескими депрессиями, о которой свидетельствует как высокая частота суицидальных попыток у больных изученной группы (55,1%), так и значительное число повторных суицидальных попыток (40,6% больных от общего числа, предпринявших суицидальные попытки), что значительно выше аналогичных показателей частоты суицидальных попыток при эндогенных депрессиях у взрослых. Высокую суицидальную опасность этих больных определяют такие психологические особенности юношеского возраста как отсутствие у юношей зрелой психосоциальной позиции, максимализм, неадекватная оценка своих возможностей и достижений, легкость возникновения у них чувства отчаяния, разочарования.

Для юношеских депрессий характерен также длительный, подчас затяжной и ундулирующий характер течения, с размытостью временных границ состояния и волнообразностью выраженности клинических проявлений.

Типология эндогенных юношеских депрессий

Наиболее целесообразной представляется синдромальная классификация юношеских эндогенных депрессий, позволяющая наиболее полно отразить специфические возрастные проявления депрессивного синдрома в юности и способствующая проведению адекватной диагностической оценки и выбору оптимальных путей терапевтического подхода. Выделяются следующие клинические варианты депрессий, встречающихся у пациентов юношеского возраста с разной частотой.

Депрессии с картиной "юношеской астенической несостоятельности" (37,9%) - для которых наиболее характерными являются повышенная интеллектуальная утомляемость, выраженные затруднения при умственной деятельности, осмыслении и запоминании учебного материала, снижение энергии и продуктивности, ослабление инициативы, объективно и субъективно определяемое снижение уровня активности, при незначительной выраженности собственно тимического и моторного компонентов депрессии и других позитивных проявлений болезни (обсессивных, сенестопатических, деперсонализационных расстройств, сверхценных идей ипохондрического содержания и сензитивных идей отношения). Несмотря на то, что при первичном обследовании этих больных нередко возникало мнение о дефицитарном происхождении данных расстройств, в дальнейшем при детальном клинико-психопатологическом изучении были выявлены определенные общие отличительные особенности этих состояний, свидетельствующие об их депрессивном генезе. К ним относились: наличие в клинической картине депрессивной триады с выраженной гипертрофией идеаторного компонента (когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения, концентрации внимания); присутствие, хотя и стертого, тимического компонента депрессии (пессимистическое содержание господствующих представлений при внешней безучастности больных, отдельные идеи самообвинения, суицидальные мысли); рудиментарные проявления моторного компонента (замедленность, неловкость, угловатость, неточность тонких движений); нечеткие суточные колебания состояния, с улучшением умственной работоспособности к вечеру; имеющиеся у большинства больных признаки рефлексии, ощущение своей измененности, возможность

анализа наступивших с ними перемен; положительная динамика состояния под влиянием антидепрессантов.

"Психастеноподобные" депрессии (12,6%) - клиническая картина которых определялась нарушениями, сходными с проявлениями психастенического характера (у больных появлялась несвойственная им ранее нерешительность, неуверенность в себе, неверие в свои силы, трудности контакта с окружающими, чувство «внутренней напряженности» в присутствии посторонних лиц, мнительность, болезненная рефлексия и проч.). Данные психастеноподобные расстройства, которые больные нередко оценивали как "безволие", "неумение взять себя в руки и покончить с бесконечными сомнениями", как правило, являлись основным содержанием депрессивных идей самоуничижения, малоценности. Депрессивные идеи отношения также были связаны с переживаемым больными чувством неуверенности, робости. Больные, полагая, что люди обращают внимание на их нерешительность, измененность, считали, что им сочувствуют, либо презируют за малодушие. Обостренная рефлексия и самоанализ депрессивного содержания, характерные для этих больных, начинали занимать доминирующее положение в мыслях и представлениях больных, приобретая нередко характер "умственной жвачки". Отдельные obsessive расстройства (навязчивый самоанализ, мудрствование, навязчивые сомнения и опасения, тягостные воспоминания о неприятных событиях, своих неудачах и промахах), не занимали доминирующего положения в клинической картине депрессивного синдрома, отсутствовал элемент борьбы с навязчивостями, отмечалась редкость и рудиментарность имевшихся ритуалов, в связи с чем термин "психастеноподобная" депрессия представляется наиболее адекватным для характеристики данных состояний.

"Дисморфофобические" депрессии (12,2%) - клиническую картину которых определяли политематического характера сверхценные идеи физического недостатка (отражавшие обычный сверхценный интерес подростков к собственной внешности), тесно сочетавшиеся с идеями собственной психической неполноценности, которые являлись, по сути, проявлением депрессивных идей малоценности и самоуничижения. Сверхценные дисморфофобические идеи сочетались с сензитивными идеями отношения депрессивного характера. Идеи самообвинения, как правило, были связаны с половым фактором (занятия мастурбацией, ранние половые связи, которые, по мнению больных, явились причиной их "дефекта" или нравственной и физической деградации). Ни в одном случае наблюдаемые нами состояния не выходили за рамки депрессивного синдрома, идеи отношения даже в случаях затяжных дисморфофобических депрессий не приобретали систематизированного характера, свойственного бредовому дисморфоманическому синдрому. Кроме того, данные депрессии отличало отсутствие положительного симптома "зеркала"; больные, скорее, избегали смотреться в зеркало, т.к. им было неприятно лишний раз видеть свое отражение, не отмечалось характерного стремления к исправлению своих недостатков.

"Метафизические" депрессии (11,7%) - клиническая картина которых определялась доминированием сверхценных расстройств в виде пессимистических размышлений абстрактного содержания, с увлечением "мрачными" философскими концепциями, метафизическими доктринами и формированием особого депрессивного мировоззрения. Эти состояния обнаруживали определенное сходство с описанными у больных среднего возраста «экзистенциальными депрессиями», однако у юношей основной акцент болезненных размышлений и рефлексии оказывался перенесенным на религиозные и философские проблемы существования с формированием состояния близкого к феномену так называемой «метафизической интоксикации», имевшего в этих случаях депрессивное содержание, что и послужило основанием для обозначения этих депрессий как «метафизических». Идеи

самоуничтожения и малоценности, выражающиеся в том, что больные считали себя «лишними людьми», «неудачниками», «инакомыслящими», ни в одном случае не достигали значительной глубины и сохранялись на уровне сверхценных расстройств. Характерной особенностью этого типа депрессий было то, что над чувственным компонентом депрессии доминировал рационалистический: больные все время думали и рассуждали о неизбежности смерти, бессмысленности и бесполезности жизни вообще, а в связи с этим и их собственного существования. Они с отчаянием говорили, что разочаровались в жизни, которая наскучила им своим однообразием, они знают все что будет наперед, «рассудком понимают» бессмысленность всего, что их окружает, они живут с ощущением предрешенности своей судьбы. Происходящая «переоценка всех ценностей», перестройка всех взглядов больных приводила к формированию особого мировоззрения, которое в своей основе имело глубоко депрессивное содержание и находилось в противоречии с прежними взглядами и личностными установками больных. Тесно связанными с этими концепциями оказывались размышления о бессмысленности человеческой жизни, существовании смерти, правомочности самоубийства.

"Деперсонализационные" депрессии (10,7%) - такие депрессивные состояния, в психопатологической структуре которых, наряду с симптомами депрессивного ряда, равноценное или доминирующее место занимали деперсонализационные расстройства, преимущественно, в виде аутопсихической деперсонализации с чувством нарушения сознания "целостности" и "идентичности" собственного "Я", сопровождавшимся мучительной рефлексией и в значительно меньшей степени в виде сомато-деперсонализационных и дереализационных нарушений. Черты депрессивной психической анестезии характеризовались рядом особенностей: преобладало ощущение эмоциональной недостаточности и притупленности эмоций, исчезала способность ощущать удовольствие, "сопереживать" другим людям, чувство бесчувствия, в первую очередь, касалось высших эмоций, что проявлялось потерей своей индивидуальной специфичности, своего взгляда на вещи, собственного мировоззрения. В ряде случаев обращали на себя внимание такие особенности как затрудненность контактов с людьми, утрированный самоанализ, которые больные испытывали при общении. Данные расстройства сочетались с сензитивными идеями отношения, что приближало эти состояния к вышеописанным психастеноподобным депрессиям. Кроме того, значительное место в картине этих депрессий занимали нарушения в идеаторной сфере. Наряду с обычными жалобами депрессивного характера на снижение работоспособности, трудности сосредоточения, запоминания нового материала, больные акцентировали внимание врача на том, что они утратили прежнюю остроту и гибкость ума, способность к творческой работе, у них пропала "эмоциональная" память, нарушился "тонкий подсознательный анализ" читаемого текста.

"Гебоидные" депрессии (9,3%) - характеризуются преобладанием в клинической картине психопатоподобных расстройств, симптомов нарушения поведения, сходных с чертами патологически протекающего пубертатного криза и проявляющихся в виде утрированного протеста, негативизма и оппозиции по отношению к окружающим, сопровождавшихся конфликтностью, грубостью, склонностью к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Недовольство собой и окружающими, постоянное чувство душевного дискомфорта нередко приводили к утрированному критиканству, стремлению противоречить по любому поводу с негативным отношением ко всему, о чем бы ни шла речь. В ряде случаев на первый план выступало асоциальное поведение, обусловленное однако не столько развязыванием влечений или стремлением к подражанию, характерными для истинного гебоидного синдрома, сколько желанием снять внутреннее напряжение, "расслабиться", изменить свое

душевное состояние. Сходные варианты депрессивного синдрома у больных пубертатного возраста различные исследователи описывали под названиями "делинквентных эквивалентов" депрессивного синдрома или «психопатоподобных депрессий». Однако, с нашей точки зрения, ни одно, ни другое название не может считаться точным при обозначении подобных депрессий в юношеском возрасте, т.к. первое абсолютизирует в качестве наиболее специфической черты этих пубертатных депрессий делинквентное, противоправное поведение, что наблюдается не всегда. Название "психопатоподобные депрессии" более правомерно, но неточно, т.к. не отражает особенностей нарушенного поведения у больных юношеского возраста, которое далеко не со всеми типами психопатий имеет сходство. Термин "гебоидные" наиболее полно, как нам представляется, соответствует клинико-психопатологическим особенностям этой группы депрессий.

Особое место занимают в этой типологии юношеские депрессии **"с психогенным содержанием"** (5,5%). Здесь ведущая роль в формировании клинической картины депрессивного синдрома принадлежит имеющим высокую личностную значимость для пациентов психотравмирующим факторам при несомненной участии заостренных вплоть до выраженного утрирования отдельных патохарактерологических черт, свойственных личности больного, которые накладывали отпечаток на клиническую картину депрессии, однако ни в одном случае не определяли ее полностью. Наиболее часто можно было наблюдать истероформное поведение, проявлявшееся в депрессии утрированным подчеркиванием тяжести депрессивных проявлений, демонстративными суицидальными высказываниями. Характерно, что в качестве «психотравмирующего фактора» здесь выступают чаще всего сугубо возрастные, «юношеские» проблемы (например, угроза отчисления из учебного заведения, внутрисемейные конфликты, неудачи в личной жизни) и реакция на них часто является неадекватной силе этих психогенных факторов.

Естественно, что выделение типологических разновидностей юношеских депрессий носит во многом дискретный характер при наличии между ними переходных картин. При отнесении депрессии в каждом конкретном случае к тому или иному из выделенных типов решающим был характер доминирующих в их картине психопатологических расстройств.

Вопросы дифференциальной диагностики и прогностической оценки эндогенных юношеских депрессий.

Согласно критериям МКБ-10, депрессивные состояния, возникающие в юности обычно квалифицируются как легкий и умеренно выраженный депрессивный эпизод (F 32.0; F 32.1), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной тяжести (F 33.0; F 33.1), или биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F 31.3), циклотимия (F 34.0).

Интенсивность депрессивных расстройств в большинстве случаев (64,7%) соответствует депрессиям средней тяжести - от 17 до 27 баллов по 21 - пунктной шкале Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), в остальных (35,3%) - легкой степени (от 7 до 16 баллов). При этом практически не встречается состояний, которые соответствовали бы тяжелым депрессиям у взрослых. При оценке тяжести депрессии у юношей следует учитывать их крайне высокую суицидальную опасность. Высокая частота и серьезность суицидальных намерений и суицидальных попыток, отмеченных более чем у половины больных с юношескими депрессиями, часто не соответствует относительно неглубокому уровню других депрессивных проявлений.

При нозологической квалификации этих состояний с помощью традиционной отечественной систематики обнаружилось, что юношеские депрессии неоднородны и могут возникать в рамках малопрогрессирующей шизофрении (57,5%), аффективного заболевания (23,9%), реже - психопатии (18,6%).

Депрессивные состояния, манифестировавшие в юношеском возрасте в рамках малопрогрессирующей шизофрении представлены практически всеми выделенными клиническими вариантами юношеских депрессий (за исключением депрессий с психогенным содержанием переживаний). В сравнении с другими нозологическими формами, здесь прослеживается явное преобладание "деперсонализационного" (36,8%) и психастеноподобного типов депрессий (32,5%), часто встречаются депрессии с картиной "юношеской астенической несостоятельности" (29,4%). При этом депрессии, возникающие в дебюте юношеской малопрогрессирующей шизофрении, отличаются определенным полиморфизмом структуры синдрома, частотой включения в их клиническую картину так называемых коморбидных расстройств: навязчивых, сенесто-ипохондрических, деперсонализационных, сверхценных и даже неразвернутых бредовых. Частым является наличие сложного аффекта с доминированием угрюмой раздражительности, злобности, недовольства собой и окружающими (типа "unlust") или смешанной картиной аффективного синдрома, значительная частота сдвоенных депрессивно-гипоманиакальных состояний.

Важным признаком шизофренических депрессий, отличающим их от депрессивных состояний при аффективном заболевании, являются обнаруживаемые у этих больных процессуального характера расстройства мышления (обрывы и наплывы мыслей, параллельные мысли, соскальзывания, элементы паралогии мышления), а в ряде случаев - идеаторные расстройства, близкие к рудиментарным проявлениям малого идеаторного автоматизма. Обращала на себя внимание также значительная частота затяжных (более 1 года) депрессивных состояний в этой группе.

Помимо приведенных выше общенозологических особенностей юношеских шизофренических депрессий, выявляется также определенная предпочтительность отдельных клинических их типов конкретным формам юношеской малопрогрессирующей шизофрении. Так, для малопрогрессирующей вялой, приближающегося к непрерывному, типу течения шизофрении наиболее характерными являются дебюты с "деперсонализационными", психастеноподобными и, несколько реже, депрессиями с картиной "юношеской астенической несостоятельности". При этом следует отметить, что структура депрессии отражала будущую «непрерывную» линию болезни (деперсонализационную, психастеноподобную, астеническую). При более благоприятной разновидности юношеской малопрогрессирующей шизофрении, т.е. в случаях с течением в форме атипичного протрагированного пубертатного шизофренического приступа, 95,4% всех наблюдений составляют депрессии с преобладанием типичных пубертатных расстройств: "дисморфофобические", "метафизические", "гебоидные" и депрессии с картиной "юношеской астенической несостоятельности".

Кроме этого, при сравнительном анализе картины депрессий при различных формах юношеской малопрогрессирующей шизофрении можно выделить ряд качественных клинических признаков, предсказывающих возможный переход в этих случаях на последующем этапе заболевания к психотическому характеру течения. К ним относятся: наличие более характерных по содержанию для депрессий зрелого возраста стойких идей самообвинения и осуждения, персекуторных включений, элементов синдрома Кандинского-Клерамбо, галлюцинаторных эпизодов и появление признаков смешанных аффективных состояний.

Аффективное заболевание (маниакально-депрессивный психоз и циклотимия) манифестирует в юношеском возрасте чаще всего депрессиями с картиной "юношеской астенической несостоятельности" (63,6%), "дисморфофобическими депрессиями" (22,7%) и депрессиями с психогенным содержанием (13,7%). Депрессивные состояния в этих случаях отличается простота аффекта и синдромальной картины, редкость и рудиментарность коморбидных расстройств, более гармоничная, чем при шизофренических депрессиях, депрессивная триада. Когнитивные расстройства выступают лишь в виде признаков идеаторной заторможенности, более отчетливы суточные колебания состояния, характерные для эндогенных депрессий нарушения сна и аппетита, вегето-сосудистые расстройства. Длительность этих депрессий сравнительно невелика и в среднем не превышает года.

В группе пациентов с пубертатными декомпенсациями психопатий (в рамках истерического и эмоционально неустойчивого расстройства личности по МКБ-10) предпочтительно встречаются депрессии с психогенным содержанием (28,4%) и "гебоидные" депрессии (17,8%); при шизоидной психопатии - "метафизические" депрессии (21,2%). Эти депрессивные состояния развиваются чаще всего в условиях психотравмирующей ситуации, которая несмотря на относительно незначительную свою тяжесть, имеет высокую индивидуальную значимость и возрастную (пубертатную) специфику, что находит достаточно адекватное отражение и в клинической картине депрессии. Признаки идеомоторной заторможенности, витальности в этих случаях незначительны. В депрессиях, как правило, отмечается усиление конституциональных психопатических черт, которые обычно играют существенную роль в оформлении картины синдрома.

При проведении дифференциальной диагностики и определении прогноза юношеских депрессий, наряду с детальным клиническим сопоставлением, может оказать помощь анализ особенностей преморбидного склада больных, характера их раннего онтогенеза и наследственной отягощенности. Ряд показателей, полученных на основе клинко-статистического анализа различий между нозологическими группами больных может быть использован с этой целью. Так, для МДП и циклотимии характерны: по типу преморбиды - накопление личностей аномального склада, сочетающего психастенические и истерические черты, реже - шизотимной структуры; по характеру раннего онтогенеза - значительная частота нормального развития либо неврозоподобных эпизодов; по наследственной отягощенности - накопление в семейном фоне больных случаев аффективных расстройств и хронического алкоголизма, а по особенностям личности родителей больных - преобладание лиц нормального или акцентуированного склада.

Что касается больных малопрогредиентной шизофренией то для них достоверно более частыми являются: тип преморбиды с преобладанием аномалий личности, соответствующих мозаичному шизоидному складу (характеризующемуся сложной структурой, включающей наряду с ведущими шизоидными чертами истерические, психастенические и эпилептоидные радикалы) или сходных с постпроцессуальными изменениями (типа "стертой формы"); тип раннего развития с преобладанием нарушенного раннего онтогенеза (чаще искаженного типа), высокая наследственная отягощенность шизофренией, а также накопление шизоидных и постпроцессуального склада личностей среди родителей больных.

Для психопатий характерна относительно равномерная представленность в допубертатном периоде выраженных (психопатического уровня) аномалий личности шизоидного, истерического и гипертимного склада. По характеру раннего развития чаще встречается картина ускоренного дизонтогенеза; в наследственном фоне больных - накопление случаев реактивной депрессии и хронического алкоголизма, а также высокая частота психопатических складов личности среди родителей.

Прогноз юношеских эндогенных депрессий, в том числе и имеющих шизофреническую природу, в целом относительно благоприятный. В исходе этих состояний практически не встречается случаев со злокачественным и непрерывно-прогредиентным течением, а исходы малопрогредиентной (как непрерывной, так и протекающей в форме атипичного пубертатного приступа) шизофрении, манифестирующей депрессивными расстройствами в юности, в целом несколько более благоприятны, чем при других вариантах манифестации при соответствующих формах юношеской шизофрении.

Постпубертатная динамика случаев психопатий с доминированием депрессивных расстройств в картине состояний декомпенсации в юношеском возрасте также оказалась преимущественно благоприятной (в 83% наблюдений наступила в зрелом возрасте стойкая компенсация состояния). В целом это соответствует закономерностям динамики юношеских психопатий по данным большинства исследователей.

Течение аффективных заболеваний (МДП и циклотимии), манифестирующих депрессиями в юношеском возрасте, характеризуется преобладанием биполярных форм заболевания над монополярными, соотношение составляет 3/2.

Терапия юношеских эндогенных депрессий

Терапия депрессий, возникающих в юношеском возрасте, представляет собой ответственную и непростую задачу. Высокая частота суицидальных попыток и завершенных суицидов обуславливает отношение к этим состояниям, как к жизненно опасным, требующим неотложного вмешательства, а затяжной характер течения депрессивных расстройств, их склонность в частому рецидивированию, возрастной патоморфоз клинической картины и особое реагирование на фармакотерапию обуславливают значительные трудности при выборе правильной терапевтической тактики. Помимо указанного, клинической практикой и данными многих научных исследований было показано, что проводимая изолированно психофармакотерапия депрессий имеет в юношеском возрасте ряд серьезных ограничений, и в первую очередь, недостаточное влияние на социальное функционирование (деятельность) и активность. Психологические стрессы могут даже при наличии поддерживающей лекарственной терапии спровоцировать обострение или рецидив. Помимо указанного, довольно часто серьезную проблему представляет собой отсутствие у юношей достаточной комплайентности, т.е. согласия пациентов на долгосрочную терапию.

Психобиологические особенности реагирования пациентов юношеского возраста на традиционную психотропную терапию обусловили возникновение особого раздела психофармакотерапии - фармакотерапии психических расстройств у подростков и юношей, которая получила свое бурное развитие в течении последних 10 лет. При этом следует отметить, что подавляющее большинство психофармакологических исследований в этой возрастной группе посвящено лечению депрессивных расстройств у подростков и юношей, изучению эффективности и безопасности тех или иных антидепрессантов. Применение трициклических антидепрессантов (ТАД) в указанной возрастной группе сопряжено с отсутствием достаточного терапевтического эффекта, который бы существенно превышал плацебо-эффект, при значительно большей, чем у больных зрелого возраста, частоте и выраженности нежелательных побочных проявлений, превышающих нередко собственно терапевтический эффект. Указанные клиничко-эмпирические данные находят свое отражение в результатах сравнительных возрастных базисных нейропсихофармакологических и

биохимических исследований состояния нейрогуморальной и иммунной систем и их роли в патогенезе депрессий. Все это подтверждает долгое время постулируемый лишь гипотетически тезис о существовании особой "психобиологии" депрессий юношеского возраста, которая определяет как патоморфоз и возрастной характер клинических проявлений, так и особенности реагирования на фармакотерапию. Альтернативу ТАД представляют принципиально новые по своему фармакологическому действию антидепрессанты - избирательные серотонинэргические препараты (СА) - применение которых открывает существенные перспективы в лечении депрессий подросткового и юношеского возраста.

При выборе терапевтической тактики еще до начала лечения пациентов с юношескими депрессиями важно определить, будет ли оно проводиться в условиях психиатрического стационара или амбулаторно, с сохранением учебной нагрузки или с отказом от нее.

Абсолютным показанием для госпитализации являются признаки выраженной декомпенсации состояния больного и, особенно, суицидальные тенденции. При этом необходимо учитывать тот факт, что суицидальный риск при депрессивных состояниях в пубертатном возрасте чрезвычайно высок, и не следует оставлять без внимания не только прямые высказывания больных и указания на суицидальные попытки у них в прошлом, но и разнообразные "абстрактные" философские размышления о смерти, бессмысленности как собственной жизни, так и существования всего человечества в целом. Стационарное лечение следует также предпочесть амбулаторному ведению больных в тех случаях, когда первому обращению к психиатру предшествует длительное, иногда многомесячное течение данных болезненных расстройств, которое, как правило, сопровождается и значительной резистентностью к амбулаторному лечению. Госпитализация в психиатрическую больницу показана и таким, впервые обратившимся к психиатру пациентам, в структуре психического состояния которых имеются разнообразные полиморфные психопатологические расстройства (например, дисморфофобические, деперсонализационные, дереализационные, а также сензитивные идеи отношения). При этом следует учитывать, что применение психотропных средств с их, в большинстве случаев, первоначальным релаксирующим и снотворным эффектом в условиях продолжающейся интенсивной учебы может не только не улучшить, но и усугубить состояние больного.

Подобранные в зависимости от характера психопатологической симптоматики и индивидуальных особенностей больного психотропные препараты в течении первой недели назначаются, как правило, перорально, затем, при необходимости - парентерально с довольно быстрым, но плавным увеличением суточной дозы. При отсутствии четких симптомов вегето-сосудистой дистонии или резидуальной органической неполноценности ЦНС средние суточные дозы не отличаются от обычных доз для взрослых больных. Увеличение дозировок психотропных препаратов проводится осторожно, больным предлагается во избежание обморочных состояний ортостатического генеза не менять резко позу, не вставать резко с постели. Больным с резидуальной органической неполноценностью ЦНС препараты назначаются в умеренных дозах, обязательно в сочетании с корректорами и ноотропами. При проведении лекарственной терапии необходимо учитывать свойственную части этих больных мнительность в отношении своего здоровья, вероятность возникновения ипохондрической фиксации на побочных эффектах терапии, что может проявляться в реакциях протеста с отказом от лечения. Еще до начала терапии больные предупреждаются о возможности возникновения некоторых неприятных побочных явлений, особенно характерных для данного контингента вследствие нейроэндокринных особенностей юношеского возраста - сухости во рту, затруднений при мочеиспускании, нарушения аккомодации, тремора, сердцебиения, обморочных состояний вследствие постуральной гипотензии, избыточного

седативного действия при первичном наращивании доз и т.д. Больным разъясняется, что эти симптомы обратимы и неизбежны при лечении данного недуга, а также то, что положительное влияние терапии на психическую активность и настроение начнет сказываться не сразу.

Традиционно ведущее место в лечении больных с юношескими депрессиями отводится психофармакотерапии и прежде всего антидепрессантам. Эффективно применение у ряда больных в условиях стационара средних и высоких суточных доз трициклических антидепрессантов (ТАД): анафранила (кломипрамина) - от 150 до 250 мг. в сутки, имипрамина (мелипрамина) - от 150 до 300 мг, а в ряде случаев амитриптилина - от 75 до 350 мг. Однако, присущие всем этим препаратам центральные побочные эффекты (сонливость, разбитость, вялость, головокружение) порой усугубляют когнитивные расстройства, являющиеся ядром симптоматики и доминирующие в состоянии этих больных. Эти данные подтверждаются и наблюдениями ряда зарубежных авторов, показавших, что многие антидепрессанты, обладающие антихолинергической активностью могут ухудшать когнитивную функцию у депрессивных больных путем центральной мускариновой блокады. Поэтому *наиболее эффективными препаратами* для лечения данных расстройств оказались *пароксетин и флуоксетин*, тогда как один из эталонных трициклов - амитриптилин показал наименьшую активность. Оправданным оказалось применение серотониновых антидепрессантов в средних и высоких дозах: пароксетин (паксил, дероксат) до 40 мг/с; флуоксетин (прозак, портал) до 80 мг/с., сертралин (золофт) до 200 мг/с., реже - циталопрам (ципрамил) до 80 мг/с. Хорошо себя зарекомендовали также дофаминергические антидепрессанты: бупропион (велбутрин) в дозах от 225 до 450 мг/с., аминептин (сюрвектор) от 100 до 500 мг/с. Кроме того, преобладание в клинической картине состояния у всех изученных больных когнитивных нарушений в том или ином их варианте, обуславливает необходимость обязательного включения в схему лечения небольших активирующих доз нейрорептиков пиперазинового ряда (таких как стелазин - от 2 до 7,5 мг в сутки, этаперазин от 4 до 12 мг., производных тиоксанта (флюанксол - от 2 до 10 мг/с); бензамидов: эглонил до 200 мг., а также атипичного нейрорептика из группы тиенобензодиазепаина - оланзапина (зипрекса) до 5 мг/с.

У ряда больных уже в начале лечения оказалось оправданным применение наряду с вышеуказанными препаратами ноотропов: ноотропила (внутривенно струйно - до 2000 мг/с.), когитума до 750 мг/с. (3 ампулы для приема per os по 10,0 мл.), танакана - до 360 мг/с., пантогама - до 2000 мг/с., церебролизина (внутривенно струйно - до 10 мл./с.), оксибрала до 120 мг/с. в расчете на их мягко активирующее и антирелаксирующее действие.

При этом, даже при наличии склонности к тревожно-фобическим реакциям, применение транквилизаторов бензодиазепаинового ряда проводилось по возможности ограничено, учитывая многочисленные данные о негативном действии на когнитивную функцию ряда больших транквилизаторов - производных бензодиазепаина. Предпочтительными здесь являлись препараты с минимальным миорелаксирующим и седативным действием: транксен до 30 мг., ксанакс до 1,5 мг., лоразепам (мерлит) до 2 мг., тофизопам (грандаксин) до 300 мг., бромазепам (лексомил) до 12 мг. в сутки. При выраженных нарушениях сна дополнительно назначались также диазепам, нитразепам, имован, ивадал и донормил в малых и средних дозах, на ночь, предпочтительно короткими курсами, учитывая опасность формирования токсикоманических тенденций, весьма частых в настоящее время у больных юношеского возраста.

При установлении резистентного характера данной депрессии" применяются следующие дополнительные методы: ежедневное внутривенное капельное введение

антидепрессантов (в зависимости от терапевтической динамики проводилось от 10 до 20 внутривенных капельных инфузий); в ряде случаев применялся метод "зигзага" - резкое увеличение доз антидепрессантов до высоких (суточная доза ТАД доводилась до 350 мг/с.) с последующим их резким снижением; проведение операций лечебного плазмолеза (до 5-ти сеансов); введение в схему лечения антиоксидантов (-токоферола до 500 мг/с.) и комбинированных препаратов (Магне В6 до 30 мл/с. перорально). В ряде случаев существенного улучшения состояния данных больных удавалось добиться при применении электро-судорожной терапии (до 10 сеансов). Следует отметить, что для лечения депрессий с преобладанием когнитивных и деперсонализационных расстройств данный метод неэффективен или даже приводит к ухудшению состояния. Кроме того, эффективными также являются сочетания анафранила с прозаком, миансерина с паксилон и бупропиона с феварином. В случаях комбинированного применения серотониновых антидепрессантов с трицикликами дозы последних следует уменьшить в два раза. Таковы основные принципы психофармакотерапии этих больных.

Одним из наиболее важных условий лечения юношеских эндогенных депрессий является необходимость применения комплексного подхода, включающего помимо психофармакотерапии, психокоррекционные мероприятия. Как показали исследования, проведенные группой по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний юношеского возраста НЦПЗ РАМН совместно с психологами Центра (Хломов Д. Н. с соавт., 1988; Казьмина О. Ю. 1998) наиболее оптимальным является проведение с депрессивными больными групповой психотерапии, что связано с учетом особенностей юношеского возраста, в период которого формирование межличностных социальных связей является одной из основных задач.

Наряду с этим применяется и индивидуальная психотерапия, целью которой было определение зоны внутренних конфликтов и формирования конструктивных способов их разрешения, с учетом особенностей системы самооценки, «Я-концепции» пациента, коррекции его представлений о своих задачах и возможностях. В процессе групповой работы, базирующейся на принципе взаимодействия и совместной деятельности, достигается повышение уровня психической активности сначала в контексте групповой ситуации, а затем и в реальной жизни. Вырабатываются конструктивные способы разрешения межличностных проблем, новые формы адекватного поведения и выражения своих чувств, т.е. расширяется диапазон средств и способов саморегуляции поведения, развивается и смысловая структура личности. Одновременно с этим изменяются и модели общения. С приобретением ощущения принадлежности к группе, а также идентификации себя с другими, пациент получает возможность установления реальных социальных связей и нахождения своего места в обществе. Кроме того, развивается способность к произвольной целенаправленной регуляции собственной деятельности с дистанцированием от симптомов болезни и самоконтролем над поведением.

Вместе с тем, что не менее важно, проведение психокоррекционной терапии после выписки из стационара позволяет достичь у пациентов более высокого уровня комплаентности в отношении психофармакотерапии, что в свою очередь также способствует повышению качества достигнутой ремиссии.

Как показал опыт, в плане последующей социальной реабилитации больных, в период выраженных болезненных расстройств показано временное освобождение их от учебы, перенос сессии, академические отпуска, учитывая тот факт, что описанные болезненные расстройства являются хотя и затяжными, но преходящими. На этапе амбулаторного наблюдения по достижении относительно стабильного улучшения состояния следует

рекомендовать продолжение учебы в ВУЗе или колледже, при этом на первых этапах желательно установление, насколько это возможно, охранительного режима: предоставление дополнительных свободных дней, избирательное посещение лекций и занятий, индивидуальный график сдачи экзаменов и зачетов, повторные академические отпуска в случае рецидива болезненного состояния. Таким образом, эффективная терапия и вторичная профилактика депрессивных состояний, возникающих в юношеском возрасте, должна строиться в каждом случае по принципу создания поэтапной (госпитальной и постгоспитальной) лечебно-коррекционной программы, включающей помимо психофармакотерапии особое, с учетом возрастных особенностей психокоррекционное воздействие и ряд социально-реабилитационных мероприятий, обеспечивающих предоставление пациентам охранительного режима, но не ограничивающих возможности социальной реадaptации.

Согласно определению ВОЗ резистентным к терапии считается депрессивное состояние, которое одновременно отвечает следующим критериям: отсутствие терапевтического эффекта после двух последовательных курсов антидепрессивной терапии, соответствующей структуре депрессии, в течении не менее 4-х недель каждым, в адекватных состоянии дозах).

Список используемой литературы:

1. «Психиатрия. Руководство для врачей и студентов» В.А. Гиляровский
2. «Депрессии и коморбидные расстройства» А.Б. Смулевич
3. Пособие для врачей «Юношеские эндогенные депрессии» НЦПЗ РАМН Г.П.Пантелеева