



УДК 616.895.4-053.6

Е.В. Солодкая, И.П. Логинов

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

С целью изучения клинико-психопатологической структуры и факторов, способствующих формированию депрессивных расстройств у подростков, проведено исследование 73 подростков, поступивших с непсихотическими симптомами депрессивного регистра на стационарное лечение в краевую психиатрическую больницу г. Хабаровска в период с 2013–2015 г. У обследованных пациентов возрастной период 11-14 лет (1-я группа), достоверно часто диагностировались депрессивные эпизоды средней степени (27,7 %), а у подростков 15-18 лет (2-я группа) – расстройства адаптации с кратковременной (43,6 %), и пролонгированной (29,0 %) депрессивной реакцией. Психопатологическая структура ведущего депрессивного синдрома была разнообразной, депрессивно-анорексический синдром встречался лишь в 1-й группе. С применением модели логистической регрессии Logistica (≥ 2) было выявлено, что у обследованных подростков есть пять переменных статистически значимых факторов, оказывающих влияние на формирование депрессивных расстройств.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, факторы риска, суицидальные попытки, депрессия.

E.V. Solodkaya, I.P. Loginov

CLINICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF THE NON-PSYCHOTIC DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

We have conducted a study of 73 adolescents who came to the Hospital of mental disorders with non-psychotic depressions in the period from 2013 to 2015 years. The aim of our research is to study a clinical structure and risk factors for depressive disorders.

We have seen a fairly frequent development of depressive episode of moderate severity (27,7 %) among adolescents from the first group (11-14 ages) and adaptation disorders with short-term reaction (43,6 %) and prolonged reaction (29,0 %) from the second group (15-18 ages). Syndrome structure of depressive disorder was diverse, but depressive-anorectic syndrome was observed only in the first group. Using the method of logistic regression we have noticed that adolescents have five significant factors for depressive disorders.

Key words: depressive disorders, risk factors, suicidal behavior, depression.

Актуальность проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском [4, 5].

Так, по современным эпидемиологическим данным [13, 14], распространенность депрессий в популяции 15-20-летних составляет от 8 до 20 % и более 50 % всей психической заболеваемости подросткового

и юношеского возраста, а пик суицидов приходится на возрастную группу от 15 до 25 лет [6].

Проведенные исследования показывают, что депрессивные расстройства у подростков представляет собой гетерогенную группу расстройств диагностики и терапия которых, до сих пор представляет собой сложную клиническую задачу [3].

Согласно М.В. Keller с соавт., средний возраст больных к началу депрессии – 14 лет [8]. По мнению W.M. Reynolds и H.F. Johnston 10-20 % подростков мо-

гут испытывать серьёзные депрессивные расстройства, однако нередко они остаются нераспознанными [11]. Распространённость подобного рода нарушений на протяжении прожитой жизни составляет 20,4 %, а на момент осмотра депрессия была выявлена лишь у 2,9 % подростков [9]. Приведенные показатели свидетельствуют о возрастании частоты депрессивных, в частности непсихотических, расстройств у подростков в последние десятилетия, однако, некоторым авторами

высказываются серьёзные сомнения относительно возможности развития депрессии в подростковом возрасте. Их убеждения основаны на том, что все обычные подростки испытывают резкие перепады настроения и самочувствия, но это – не признаки психопатологии [12].

Цель исследования – изучение клинико-психопатологической структуры и факторов, способствующих формированию депрессивных расстройств у подростков.

Материалы и методы

Исследование проведено на клинической базе кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС Дальневосточного государственного медицинского университета (ДВГМУ) – «Хабаровская краевая клиническая психиатрическая больница».

Изучались пациенты подросткового возраста (11-18 лет), поступившие на стационарное лечение с непсихотическими депрессивными расстройствами (n=73), средний возраст – 15,7±1,9 лет, по гендерному признаку: 20,5 % (n=15) мальчиков и 79,4 % (n=58) девочек, что соответствует распространенности психогенной депрессии среди женщин в общей популяции. Клинико-психопатологический анализ депрессивных расстройств показал неоднородность клинических проявлений в зависимости от возрастного периода подросткового возраста, что разделило пациентов на две группы: подростки среднего звена основной школы 11-14 лет (1-я группа, n=18) и подростки старшего звена основной школы 15-18 лет (2-я группа, n=55). Критериями включения в группы были: наличие установленной связи начала с психотравмирующим фактором острого или пролонгированного характера; непсихотический уровень депрессивного расстройства клинических проявлений депрессивного расстройства; соответствие клинической картины расстройства одной из следующих диагностических рубрик МКБ-10 (F32.0-20, F34.1, F41.2, F43.20-22); наличие информированного согласия родителей (<15 лет) или самого пациента на участие в исследовании. Критериями исключения были: возраст ниже 11 и выше 18 лет, признаки психических заболеваний другой этиологии и обострения хронических соматоневрологических заболеваний.

Методы исследования: клинико-психопатологический и клинико-статистический. Для исследования пациентов использовалась формализованная карта, включающая 4 модуля и состоящая из 87 переменных скринингового опросника, разработанного на кафедре психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС ДВГМУ совместно с кафедрой психиатрии Харбинского медицинского университета (КНР).

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 6.0. Для непараметрических качественных признаков – вычисление относительных частот (долей), описание относительной частоты бинарного признака, сравнение относительных частот внутри одной группы и в двух группах по двустороннему критерию статистической значимости, кластерный анализ. Для регрессионного анализа факторов риска депрессивных расстройств применялась модель логистической регрессии

Logistica (≥ 2). Уровень статистической значимости, принятый в исследовании – $p < 0,05$.

Распределение подростков по нозологическим группам представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим группам

Код по МКБ-10	Психическое расстройство	1-я группа		2-я группа		p
		n	%	n	%	
F32.10	Депрессивный эпизод умеренный	5	27,7	5	9,0	0,000*
F32.20	Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов	1	5,5	4	4,8	0,796
F43.20	Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция	1	5,5	24	43,6	0,000*
F43.21	Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция	3	3,2	16	29,0	0,000*
F43.22	Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция	4	6,3	5	7,9	0,869
F41.2	Смешанные тревожные и депрессивные расстройства	4	4,8	1	1,81	0,487

Примечание. * – $p < 0,05$.

Как видно из таблицы 1, у пациентов 2-й группы (15-18 лет) чаще всего диагностируются «Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция» и «Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция». Различия статистически значимы ($p < 0,05$). Обращают на себя внимание единичные случаи пациентов 1-й группы (11-14 лет) по следующим нозологиям «Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов» и «Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция», что возможно обусловлено малым количеством респондентов. Соответственно это касается и 2-й группы (15-18 лет) по нозологии «Смешанные тревожные и депрессивные расстройства».

Психопатологическая структура ведущего депрессивного синдрома была разнообразной за счет большей представленности в структуре депрессий расстройств астенического, адинамического, тревожного, ангедонического, анорексического, маскированного регистра. Лишь в 1 группе встречался депрессивно-анорексический синдром ($p < 0,05$) и маскированная депрессия (5,5 %).

Таблица 2

Клинико-психопатологическая структура ведущего депрессивного синдрома

Депрессивный синдром	1-я группа		2-я группа		p
	n	%	n	%	
Астено-адинамическая, депрессия	2	11,1	11	20,0	0,116
Тревожная депрессия	7	38,8	28	50,9	0,115
Ангедоническая депрессия	2	11,1	9	16,3	0,593
Дисфорическая депрессия	4	16,6	7	12,7	0,373
Анорексическая депрессия	2	11,1	0	0	0,002
Маскированная депрессия	1	5,5	0	0	0,079

Достоверно установлено, что психические расстройства, содержащие в своих клинических проявлениях депрессивный симптомокомплекс, являются наиболее суицидоопасными [7].

Таблица 3

Наличие суицидальных попыток у подростков (11-18 лет) с непсихотическими депрессивными расстройствами

Код по МКБ-10	Психическое расстройство	Наличие суицидальных попыток		Отсутствие суицидальных попыток		p
		n	%	n	%	
F32.10	Депрессивный эпизод умеренный	6	8,2	4	5,4	0,613
F32.20	Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов	1	1,4	3	4,1	0,462
F43.20	Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция	23	31,5	3	4,1	0,000*
F43.21	Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция	17	23,2	2	2,7	0,000*
F43.22	Расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция	7	9,6	2	2,7	0,082

Примечание. * – $p < 0,05$.

Следует отметить, что тяжесть депрессии у подростков, совершивших суицидальные попытки, в нашем исследовании чаще доходила до легкого и умеренного уровня, а суицид объяснялся неадекватным типом личностного реагирования. Так достоверно чаще подростки совершали суицид с «расстройством адаптации, кратковременной депрессивной реакцией» ($p < 0,05$) и «расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией» ($p < 0,05$).

С применением модели логистической регрессии Logistica (≥ 2) было выявлено, что у подростков 11-18 лет есть пять переменных статистически значимых

факторов, участвующих в формировании депрессивных расстройств: родительский прессинг, отношения с одноклассниками и с родителями, а также наследственная отягощенность психическими заболеваниями и преморбидные акцентуации личностных черт (табл. 4).

Таблица 4

Регрессионный анализ факторов риска депрессивных расстройств у подростков (11-18 лет)

Фактор риска	B	S.E	Wald	Sig(p)
Родительский прессинг (да, нет)	-1,398	45,289	1	0,000**
Отношение с одноклассниками	-0,945	9,869	4	0,041*
Отношение с родителями (демократичные, формальные, пассивные, не общаются)	-0,955	15,35	3	0,001**
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	-1,527	4,044	1	0,044*
Преморбидные акцентуации с преобладанием гипотимных и психастенических личностных черт	-1,334	41,481	1	0,000**

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$.

Таким образом, клинико-психопатологическая структура изученных депрессивных состояний у подростков 11-18 лет характеризуется разнообразием и неоднородностью клинических проявлений. Их возрастная динамика направлена в сторону роста кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций, которые достоверно увеличивают риск суицидальных попыток. Тяжесть депрессии чаще доходила до легкого и умеренного уровня, а суицид объяснялся неадекватным типом личностного реагирования. Возрастная динамика ведущего депрессивного симптомокомплекса направлена от депрессивно-анорексического и маскированного вариантов к ангедонической, астено-адинамической и тревожной депрессии. Установлено, что формирование депрессивных расстройств у подростков – многофакторный процесс, среди которых из факторов биологической направленности преобладает наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, из факторов психопатологической направленности доминируют преморбидные акцентуации с преобладанием гипотимных и психастенических личностных черт и из факторов психосоциальной направленности – родительский прессинг, конфликты с родителями и одноклассниками. Каждый из этих составляющих должен быть использован практическим психиатром для реализации индивидуальной терапевтической стратегии и обеспечения необходимой профилактики и купированию суицидальных тенденций.

Литература

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита, 2008. – 178 с.
2. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. – М.: Академия, 2013. – 272 с.
3. Кравченко Н.Е. Непсихотические депрессивные расстройства у подростков психоневрологического

диспансера: материалы XIV съезда психиатров России (15-18 ноября 2005 г.). – С. 205-206.

4. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2004. – 202 с.

5. Семке В.Я., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск, 2005. – 49 с.

6. Усов М.Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессий у подростков: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 33 с.
7. Хритинин Д.Ф., Самохин Д.В., Гончарова Е.М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 9-15.
8. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1994. – Vol. 89. – P. 24-34.
9. Offer D. Adolescent turmoil. In The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys. – New York: Basic Books, 1969. – P. 174-193.
10. Podolskyi A.I., Idobayeva O.A., Kheimans P. Diagnosis of adolescent depressiveness. Theory and practice. – Spb: Piter, 2004. – P. 202.
11. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. – New York: Plenum. – 1994. – P. 178.
12. Sartorius N. Depression: global aspects of the problem // Bulletin on Depression. – 2003. – Vol. 6. – P. 3-4.
13. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people ages 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114-120.
14. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., et al. Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – Vol. 281, № 18. – P. 1707-1713.

Literature

1. Govorin N.V., Sakharov A.V. Suicidal behavior: typology and factorial causality. – Chita, 2008. – 178 p.
2. Zveryeva N.V., Goryacheva T.G. Clinical psychology of children and adolescents. – M.: Academy, 2013. – 272 p.
3. Kravchenko N.E. Non-psychotic depressive disorders in adolescents undergoing treatment at a psychoneurologic dispensary: Materials of the XIV Congress of Russian Psychiatrists (November 15-18, 2005). – P. 205-206.
4. Podolsky A.I., Idobayeva O.A., Kheimans P. Diagnosis of adolescent depressiveness. Theory and practice. – SPb.: Piter, 2004. – 202 p.
5. Semke V.Ya., Schastny E.D., Simutkin G.G. Affective disorders. Regional aspect. – Tomsk, 2005. – 49 p.
6. Usov M.G. Clinical presentation, early diagnosis and prognosis of depressions in adolescents. Synopsis of thesis of Doctor of Medical Sciences. – Tomsk, 1996. – 33 p.
7. Khritinin D.F., Samokhin D.V., Goncharova E.M. Suicidal behavior in the structure of depressive disorders in young people // Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology. – 2015. – № 1 (86). – P. 9-15.
8. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1994. – Vol. 89. – P. 24-34.
9. Offer D. Adolescent turmoil. In The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys. – New York: Basic Books, 1969. – P. 174-193.
10. Podolskyi A.I., Idobayeva O.A., Kheimans P. Diagnosis of adolescent depressiveness. Theory and practice. – Spb: Piter, 2004. – P. 202.
11. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. – New York: Plenum. – 1994. – P. 178.
12. Sartorius N. Depression: global aspects of the problem // Bulletin on Depression. – 2003. – Vol. 6. – P. 3-4.
13. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people ages 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114-120.
14. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., et al. Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – Vol. 281, № 18. – P. 1707-1713.

Координаты для связи с авторами: Солодкая Евгения Валерьевна – аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: solodkaya@nm.ru; Логинов Игорь Павлович – д-р мед. наук, зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС ДВГМУ, тел. +7-914-190-43-07, e-mail: log-i-p1954@mail.ru.

