

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Пшонко Владимир Дмитриевич

Заведующий отделом врач-психиатр ГБУЗ НСО «НОДКПНД»

*Новосибирск
07.06.2023*

nodkpd@nso.ru <http://nodkpd.mznso.ru>

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Аффективные нарушения являются одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии в подростковом и юношеском возрасте.

Возникновению аффективных расстройств в этом возрастном периоде в значительной мере способствуют и некоторые социальные сдвиги (изменение учебного, семейного и трудового статуса, начало самостоятельной жизни). Это зачастую ведет к срыву адаптации и конфликтам со средой у недостаточно зрелой личности.

К аффективным расстройствам у детей относят нарушения настроения (его подъем или спад), занимающие основное место в клинической картине болезни, имеющие признаки фазности в их течении, а также характеризующиеся возвратом к прежнему состоянию здоровья после приступа. Клиническая картина аффективных расстройств у детей характеризуется изменением настроения в виде снижения, подавленности или повышения, что соответственно сопровождается снижением или повышением активности в речевой и моторной сферах с изменениями в соматической сфере. Очень часто у детей аффективные расстройства сочетаются с психопатическими чертами в поведении, тиками, навязчивостями

Депрессивные расстройства относятся к наиболее распространённым видам психической патологии, встречающейся в любой возрастной категории, в т. ч. и подростковой. При этом «маскированные» психопатическими, псевдоорганическими и другими нарушениями, они могут длительно оставаться нераспознанными и приводить к неожиданным для окружающих аутоагрессивным поступкам, тяжёлым формам школьной дезадаптации.

ДЕПРЕССИЯ. ЭТИОЛОГИЯ.

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ: стрессовые события, особенно хронические (накопление) и достаточно сильные, связанные с взаимоотношениями в семье, со сверстниками, физическим заболеванием, потерей близких (смерть матери или отца в возрасте до 12 лет, развод родителей) часто имеют провоцирующий характер для предрасположенности, обусловленной генетической патопластикой и биохимическими нарушениями.

ПАТОГЕНЕЗ депрессий детского возраста также, как и в других возрастных группах, связан с нарушениями в системе нейротрансмиттеров, приводящих к нехватке серотонина, норадреналина и дофамина в отделах головного мозга, имеющих отношение к генерации эмоций – гиппокамп, прозрачная перегородка, миндалина, поясная извилина. Определенную роль в формировании симптомов депрессии также играет нарушение функций ГАМКергической и глутаматергической систем.

ДЕПРЕССИЯ. В детском возрасте депрессия редко соответствует классическим описаниям, выступая в атипичной либо в маскированной форме и сопровождается коморбидными нарушениями психической деятельности и поведения

Депрессия у детей и подростков является серьезным психическим расстройством с высокой степенью хронизации и суицидальным риском [Fleming J.E., et al., 1989; AACAP, 1998]. Лишь у половины подростков диагноз устанавливается своевременно [Kessler R.C., et al., 2001].

Пубертатные депрессии имеют специфические, определяющиеся возрастом феноменологические особенности (в т. ч. «маски» как соматические, так и психопатологические). Развитие депрессивных состояний в части случаев обусловлено эндогенно, может возникать в контексте личностной патологии, в рамках других психических нарушений, в том числе в рамках зависимостей от ПАВ. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или (чаще) в сочетании с другими психопатологическими (коморбидными) проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы (генетические, конституциональные, психогенные, социальные), а их прогноз в большей степени зависит от того в рамках какой нозологии они реализуются, от психологических и личностных составляющих.

Кравченко Н.Е. 2007

Характерная для современных подростков дисгармония психической деятельности, чаще всего сопровождающаяся ранним интеллектуальным развитием и запоздалым наступлением психологической зрелости, с отставленным формированием высших (эпикритических) эмоций, также обуславливает клиническую атипичность и диссоциированность психопатологических состояний, к формированию которых причастна эмоциональная сфера (аффекты, чувства, настроения и т. д.).

Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, Е.И. Иванова, 2008



Главный эмоциональный симптом – подавленное настроение (может быть описано как печальное, сниженное, грустное или «никакое», или просто как «плохое»). В особенностях тимического компонента аффективного синдрома чувство скуки или угрюмо-раздражительный фон настроения при отсутствии жалоб на чувство тоски, подавленности.

Когнитивные изменения – сниженная самооценка, преувеличение трудностей в решении проблем, не могут сказать ничего о своих достоинствах и способностях, испытывают сложности в принятии решений либо из-за отсутствия доверия к окружающим, либо из-за субъективных трудностей с мышлением. Чем тяжелее депрессия, тем будет выраженнее чувство вины. Могут быть выражены чувства безнадежности и беспомощности, наличие суицидальных мыслей. Возможна атипичность идеаторных проявлений аффективных расстройств: вместо выраженной идеаторной заторможенности наблюдаются идеаторные расстройства особого рода, поражающие ценностно-смысловую сферу с доминированием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бесцельности существования, утрате смысла учебы, работы, проявлением особого депрессивного мировоззрения или когнитивные нарушения с жалобами на снижение памяти, нарушение умственной работоспособности, наиболее отчетливо проявляющееся на фоне учебных нагрузок, — состояния «юношеской астенической несостоятельности», описанные J. Glatzel, J. Huber (1968)

Нарушения в мотивационной сфере связаны с апатией, усталостью, сниженным энергетическим потенциалом и плохой концентрацией внимания.

Нейровегетативные симптомы включают в себя изменения аппетита, веса, ритма сна (бессонница или гиперсомния), уровня либидо (у подростков); характерны жалобы на головную боль, боль в животе.

Возможны:

- *психопатоподобные проявления с конфликтностью, грубостью, склонностью к противоправному деликвентному поведению и оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами. В формировании этих особенностей принимают участие наряду с аффективными нарушениями личностные сдвиги в виде стремления к самостоятельности, игнорирование авторитетов и т. п. Нарушение поведения связано в основном с недовольством собой и окружающими, чувством неприкаянности, обиды при наличии проекции чувства вины вовне (прежде всего на родителей). Крайним выражением этих состояний являются ауто- и гетероагрессивные намерения и поступки.*
- *Повышенный интерес и озабоченность подростков по поводу своего внешнего облика и физического развития тела дисморфофобические синдромы с депрессивными идеями собственной малоценности и самоуничужения.*

- *У некоторых детей с депрессивным расстройством преобладающим настроением является раздражительность, а не печаль (важное различие между детской и взрослой формами). Раздражительность, связанная с детской депрессией, может проявляться как гиперактивность и агрессивное асоциальное поведение.*

КАК ОТДЕЛИТЬ НОРМУ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА ОТ ПАТОЛОГИИ?

Депрессивное расстройство должно быть диагностировано в случае ухудшения социального и ролевого функционирования, когда присутствуют психопатологические симптомы, вызывающие значительное страдание.

При наличии депрессии дети и подростки нередко сильно отстают в учебе и утрачивают важные навыки общения со сверстниками.

Когнитивные искажения – ошибочные мысли, которые приводят к необъективной оценке событий и чрезмерным отрицательным эмоциям.

Чрезмерные обобщения	Заключения на основе единственного события
Избирательное абстрагирование	Сосредоточение на незначительных деталях при игнорировании более важных особенностей ситуации
Преувеличения и преуменьшения	Преувеличение незначительных плохих событий и преуменьшение значительных хороших событий при оценке деятельности
Персонализация	Неверное принятие ответственности за плохие события в мире
Случайное умозаключение	Выведение заключения при практическом отсутствии данных в его пользу

Иррациональные мысли и убеждения у подростка - ухудшают качество жизни (делают менее эффективным социальное общение, мешают принятию рациональных решений) и могут приводить, в том числе (черно-белое мышление), к «триаде Бека» («настоящее ужасно, будущего нет, я-ничтожество»).

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО:

- *Биполярное аффективное расстройство обычно начинается в возрасте 15–25 лет. У многих детей начальным проявлением является один или несколько эпизодов депрессии.*

Josephine Elia, 2021

МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД:

- *отсутствие чувства радости, веселья при наличии возбужденности и гневливости;*
- *частая инверсия суточных колебаний настроения;*
- *снижение продуктивности и творческой активности в реальной деятельности при усиливающейся тенденции к формированию сверхценных интересов к политике, философии с попыткой реформаторства;*
- *особая выраженность как при депрессиях психопатоподобных проявлений с конфликтностью, грубостью, склонностью к противоправному деликвентному поведению (кражи, драки, алкогольные эксцессы) и оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами, отмечается истинное растормаживание влечений с чувством внутреннего дискомфорта и напряжения;*

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО:

- БАР в детско-подростковом возрасте связано со значительным уровнем заболеваемости и смертности, частотой суицидальных мыслей (70-85%) и попытками самоубийств (30-65%).
- У детей с предположительным диагнозом БАР часто наблюдается не классическая мания, а клиническая картина смешанных, дисфорических состояний с частыми короткими периодами интенсивной лабильности настроения и раздражительности характерны короткие периоды эйфории и более длительные периоды раздражительности.
 - Коморбидные диагнозы (СДВГ, оппозиционное вызывающее расстройство, тревожное расстройство, расстройство поведения) усложняют диагностику БАР. **Обращение к врачу происходит, как правило, в период депрессивной фазы.** Необходимо тщательный анализ наличия эпизодов гипомании и/или мании в прошлом с позиций оценки частоты, интенсивности, количества и продолжительности эпизодов подъема настроения.

Психиатрия: национальное руководство, 2018

Во время маниакального эпизода у подростка может быть очень хорошее настроение или он может чрезмерно легко раздражаться. Эти два настроения чередуются в зависимости от социальных обстоятельств. Речь быстрая и находится под давлением, сон укорачивается, чувство собственного достоинства возрастает. Мышление может быть серьезно нарушено, и подростки могут реализовывать рискованное поведение.

Начало обычно коварное, управлять детьми особенно темпераментными сложно.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сведения о факте обращения гражданина за психиатрической помощью, состоянии его психического здоровья и диагнозе психического расстройства, иные сведения, полученные при оказании ему психиатрической помощи, составляют врачебную тайну, охраняемую законом. (Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ *оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных Законом РФ № 3185-1.*

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ УЧЕТ — *устаревшее юридическое понятие, существует психиатрическое наблюдение, которое обозначает регулярное наблюдение за пациентом с установленным диагнозом хронического психического расстройства, контроль его состояния в амбулаторных психиатрических учреждениях, Понятие «психиатрический учет» официально отменено после вступления в силу Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в 1992 году.*

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении гражданина, по его просьбе или с его согласия, а несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо законного представителя (ст. 26, Закон РФ № 3185-1).

**ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ
В КРИЗИСНЫХ, СУИЦИДООПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

*Несовершеннолетние до 18 лет в плановом порядке по адресу: город Новосибирск,
ул. Инская 65,
ул. Романова, 23а,
**предварительная запись с 8:00 до 20:00 в рабочие дни (выходные: суббота и
воскресенье) по телефону контактного центра 8(383)349-59-71***

***Для детей с суицидальным поведением (мыслями, намерениями) с 9:00 до 16:30 по
телефону антикризисного кабинета 8(913)709-90-64 или по телефону контактного
центра 8(383)349-59-71.***

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!