

## ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Joseph M Rey,  
Tolulope T Bella-Awusah,  
Jing Liu

Большая депрессия представляет собой эпизодическое, рекуррентное расстройство, для которого характерны: постоянное и глубокое чувство печали или несчастья, потеря интереса к обычной деятельности, раздражительность и сопутствующие симптомы, такие как негативное мышление, упадок сил, неспособность сосредоточиться, а также нарушения сна и аппетита. Проявления этого расстройства варьируют в зависимости от возраста, пола, образования и культуры. На основе тяжести симптомов, их глубины, функциональных нарушений или наличия, либо отсутствия маниакальных эпизодов, а также психотических проявлений выделяют разнообразные подтипы депрессии. До сих пор продолжают серьезные дискуссии относительно того, является ли депрессия дименсиональным заболеванием (т.е., наличие или отсутствие депрессии определяется количественно, является вопросом степени, как в случае гипертонии) или категориальным (т.е., различия выражаются в качественной форме), а также существуют ли некоторые этиологически разные типы депрессии (например, меланхолическая и немеланхолическая).

Термины «депрессия», «депрессивный эпизод», «депрессивное расстройство» и «клиническая депрессия» будут использованы в данной главе в том значении, в каком в DSM-IV определены «большой депрессивный эпизод» или «большое депрессивное расстройство», а в МКБ-10 «депрессивный эпизод» и «рекуррентное депрессивное расстройство». Если не указано иначе, вся информация в этой главе относится к униполярной депрессии.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность варьирует в зависимости от популяции (например, страны), периода времени, используемого для оценки (например, за последние три месяца, за последний год, на протяжении всей жизни), информанта (например, родители, дети, и те и другие) и используемых диагностических критериев. Большинство исследований приходят к общему выводу, что от 1 до 2% детей препубертатного возраста и около 5% подростков одновременно страдают клинически значимой депрессией. Кумулятивная распространенность (накопление новых слу-

чаев у индивидов, не страдавших ранее заболеванием, известная также, как распространенность в течении жизни) выше. Например, к шестнадцатилетнему возрасту 12% девочек и 7% мальчиков в определенный момент своей жизни могут перенести депрессивное расстройство (Costello et al. 2003).

### ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ?

Некоторые исследования показали увеличение распространенности депрессии, с более высокими показателями среди пациентов, родившихся в последние годы двадцатого столетия. Нельзя определенно утверждать, что качество исследований в пользу таких данных близкое к оптимальному, и, зачастую, они ретроспективны. Вполне вероятно, что наблюдаемое увеличение может быть связано с большей информированностью родителей о симптомах у детей или с более ранним возрастом начала расстройства.

Показатель распространенности депрессии одинаков у мальчиков и девочек препубертатного возраста и в подростковом возрасте возрастает в два раза среди девочек, по сравнению с мальчиками. Несмотря на ограниченность информации, данные свидетельствуют о том, что показатель депрессии более высок среди пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, а также в определенных группах, таких как дети с задержкой развития или дети представителей коренных малочисленных народов (например, американские индейцы, эскимосы, австралийские аборигены).

### Пол и культура

Показатель распространенности депрессии одинаков у мальчиков и девочек препубертатного возраста и в подростковом возрасте возрастает в два раза среди девочек, по сравнению с мальчиками. Несмотря на ограниченность информации, данные свидетельствуют о том, что показатель депрессии более высок среди пациентов, страдающих хроническими со-

### Бремя заболевания

В настоящее время очень мало данных об экономическом бремени депрессии детского возраста. Тем не менее, учитывая то, что заболевание часто протекает непрерывно и переходит во взрослый период, бремя, по всей вероятности, будет значительным. Например, по результатам оценки одного из исследований, ожидаемый годовой доход в случайной выборке женщин 21-летнего возраста, страдающих большим депрессивным расстройством с ранним началом будет на 12 – 18% ниже, чем у 21-летних женщин, у которых депрессивное расстройство возникло после 21 года или не страдающих депрессией (Berndt et al., 2000).

### АФФЕКТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИЕЙ ПОДРОСТКОВ

*«Сегодня утром я встану с постели. Сегодня утром я пойду в школу. Сегодня я напишу контрольную работу по математике. Сегодня я сдам задание по английскому и, в перерыве на обед, буду общаться со своими друзьями. Я расскажу им, что произошло у меня на выходные и сам не замечу, как закончится школьный день, и никто не узнает, что я чувствую внутри. Затем я вернусь домой и смогу снова забраться в постель, и мне не нужно будет больше ни перед кем притворяться».*

Эти слова я записал в своем дневнике 20 апреля 2000 года. Мне тогда было 14 лет.

(Nathan B. "And Then My Tears Subsided..." <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/>)

## ВОЗРАСТ НАЧАЛА И ТЕЧЕНИЕ

Пациенты с депрессией могут демонстрировать симптомы в любом возрасте; однако паттерн варьирует в зависимости от стадии развития, приводя к различиям в проявлениях депрессии в течение жизни, как указано в Таблице Е.1.1.

**Таблица Е.1.1** Различия проявлений депрессии в зависимости от возраста.  
**Все эти симптомы могут присутствовать в любом возрасте, но чаще всего встречаются в определенной возрастной группе.**

Дети препубертатного возраста	Подростки	Взрослые
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раздражительность (вспышки гнева, неподчинение)</li> <li>• Реактивный аффект*</li> <li>• Часто коморбидность с тревогой, проблемами в поведении и СДВГ</li> <li>• Соматические жалобы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раздражительность (несдержанность, враждебность, взрывы гнева)</li> <li>• Реактивный аффект*</li> <li>• Гиперсомния</li> <li>• Повышенный аппетит и увеличение массы тела</li> <li>• Соматические жалобы</li> <li>• Чрезвычайная чувствительность к неприятию (ошибочное восприятие оскорбления или критики там, где их нет), в результате, приводящая, например, к проблемам с поддержанием взаимоотношений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ангедония</li> <li>• Потеря эмоциональной реактивности</li> <li>• Психомоторная ажитация или заторможенность</li> <li>• Суточные колебания настроения (ухудшение с утра)</li> <li>• Ранние утренние пробуждения</li> </ul>
<p>*Способность моментально приободриться в ответ на позитивное событие (например, визит сверстников)</p>		

Возраст начала, по всей видимости, не определяет отдельные подгруппы депрессии, но более раннее начало обычно связано с многими показателями бремени заболевания во взрослой жизни в разнообразных сферах, приводя, например, к отсутствию брачных отношений, более выраженным нарушениям социального и профессионального функционирования, более низкому качеству жизни, более частой соматической и психиатрической коморбидности, большему количеству депрессивных эпизодов и суицидальных попыток в течение жизни, и более выраженной тяжести симптомов (Berndt et al., 2000).

Несмотря на то, что для установления клинического диагноза депрессии, необходимо, чтобы симптомы присутствовали ежедневно, большую часть дня, на протяжении как минимум двух недель, подростки, особенно страдающие легкой или умеренной депрессией, часто имеют реактивный аффект и могут, прилагая определенные усилия, скрывать имеющиеся у них симптомы.

### Течение

Также как и у взрослых, для клинической депрессии у детей и подростков характерно рекуррентное течение. Эпизод депрессии среди направленных на стационарное лечение пациентов в среднем длится от 7 до 9 месяцев, однако он может быть короче в амбулаторных случаях. Эпизодическая депрессия – это обычно спонтанно ремиттирующее заболевание. С другой стороны, существует 40%-я вероятность рецидива в течение двух лет. Рекуррентность остается высо-

кой даже после лечения. Так, например, пятилетнее катамнестическое наблюдение за участниками Исследования лечения подростковой депрессии (Treatment of Adolescent Depression Study (TADS)) показало, что, несмотря на то, что у подавляющего большинства пациентов (96%) была достигнута ремиссия после индексного эпизода, через пять лет почти у половины из них (46%) отмечены рецидивы (Curry et al., 2010).

Вероятность дальнейших эпизодов во взрослом возрасте достигает 60% (Birmaher et al., 1996). Таким образом, оптимальным для депрессивного расстройства будет определение его, как хронического состояния с ремиссиями и рецидивами. Такое понимание депрессии влияет на ее лечение, которое должно быть направлено не только на сокращение продолжительности депрессивного эпизода и уменьшение его последствий, но и на профилактику рецидивов. К предикторам рецидива относятся: более слабая реакция на лечение, более тяжелое течение, хронический характер, предшествующие эпизоды, коморбидность, безысходность, негативный когнитивный стиль, семейные проблемы, низкий социально-экономический статус, а также подверженность насилию или внутрисемейный конфликт (Curry et al., 2010).

## ПОДТИПЫ ДЕПРЕССИИ

Выделение подтипов депрессии имеет важное значение, поскольку при разных ее типах используются разные подходы в лечении, кроме того, они отличаются по прогнозу. Например, сезонное аффективное расстройство может специфически реагировать на фототерапию, и по-разному лечатся монополярная и биполярная депрессии.

Кроме подразделения депрессии на монополярную/биполярную через несколько лет были предложены многие другие подтипы (например, первичная и вторичная, эндогенная и реактивная, невротическая и психотическая), как правило, без подтверждения эмпирическими данными или доказательств клинической ценности. В настоящее время существует расхождение во мнениях относительно целесообразности дихотомии меланхолическая – немеланхолическая депрессия. Некоторые из этих концепций до сих пор остаются популярными в отдельных странах. Наиболее широко используемые подтипы депрессии, независимо от их научной обоснованности, представлены в Таблице Е.1.2.

## ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Этиология депрессии комплексная, мультифакторная и является объектом многих научных дискуссий. В этой связи мы не будем ее обсуждать здесь в деталях. Заинтересованные читатели могут обратиться за справкой к обзору, составленному Krishnan and Nestler (2010). Исследования выявили множество факторов, ассоциированных с началом, устойчивостью или рецидивами депрессии. Все это может сбивать с толку или приводить к ложным ожиданиям (например, что само-

Таблица Е.1.2. Значимые для клинической практики подтипы депрессии

<i>Униполярная депрессия</i>	Депрессия без маниакальных, смешанных и гипоманиакальных эпизодов в анамнезе
<i>Биполярная депрессия</i>	Когда в анамнезе есть как минимум один не обусловленный действием лекарственного средства маниакальный, гипоманиакальный или смешанный эпизод
<i>Психотическая депрессия</i>	В дополнение к симптомам большой депрессии и при отсутствии другого психотического расстройства у молодого человека наблюдаются галлюцинации и бредовые идеи
<i>Меланхолическая депрессия, большая депрессия с признаками меланхолии, или меланхолия</i>	Эпизоды характеризуются выраженными нейровегетативными изменениями, такими как потеря веса, психомоторная заторможенность, явные нарушения сна, суточные колебания настроения, ранние утренние пробуждения и потеря реактивности. Меланхолическая депрессия главным образом приравнивается к «эндогенной» депрессии
<i>Дистимическое расстройство или дистимия</i>	Хронически депрессивное настроение на протяжении, как минимум, года, но недостаточно тяжелое для диагностики депрессии; бессимптомные интервалы длятся меньше двух месяцев
<i>Двойная депрессия</i>	Депрессивный эпизод возникает у пациента, страдающего дистимией
<i>Кататоническая депрессия</i>	Когда расстройство настроения сопровождается симптомами ступора
<i>Постпсихотическая депрессия</i>	Возникает на фоне шизофрении, часто после разрешения ярко выраженных психотических симптомов
<i>Предменструальное дисфорическое расстройство</i>	Предменструальное изменение настроения – дисфория, напряжение, раздражение, враждебность и лабильное настроение – имитирующее депрессию. Его природа и обоснованность выделения в отдельную группу является предметом дискуссии
<i>Сезонная депрессия, большая депрессия с сезонным течением, сезонное аффективное расстройство</i>	Начало и ремиссия большой депрессии (на протяжении как минимум двух лет) связаны со специфической сменой времени года, обычно начинается осенью или зимой, а ремиссия наступает весной
<i>Расстройство настроения без дополнительных уточнений (БДУ)</i>	Выраженные симптомы нарушения настроения, не отвечающие критериям диагностики специфического расстройства настроения, часто в связи со смешанной клинической картиной (например, депрессивные и маниакальные симптомы)

Расстройство адаптации с депрессивным настроением	Клинически значимые симптомы депрессии или нарушения, которые возникают в течение трех месяцев после влияния идентифицируемых стрессоров и не соответствуют критериям диагностики большой депрессии или тяжелой утраты. Ожидается, что симптомы исчезнут через шесть месяцев после прекращения воздействия стрессора
Малая депрессия, субсиндромальная депрессия, субклиническая депрессия	Депрессивные симптомы по тяжести не достигают уровня критериев диагностики депрессии (например, один ключевой симптом, от одного до трех сопутствующих симптомов и легкое нарушение функционирования)

го по себе воздействия на фактор риска может быть достаточно для избавления от депрессии). Факторы риска, которые могут влиять на предупреждение, выявление или лечение депрессии, представлены в Таблице Е.1.3.

Таким образом, депрессия у детей и подростков, по всей видимости, является результатом комплексного взаимодействия между биологической уязвимостью и

воздействиями внешней среды. Биологическая уязвимость может быть результатом генетического вклада и воздействия перинатальных факторов. К воздействиям внешней среды относятся взаимоотношения между родителями и ребенком, когнитивный стиль, стрессовые события жизни, особенности школы и района проживания. Наиболее воспроизводимым фактором риска депрессии у потомков является депрессия у родителей. Стрессовые события жизни – особенно потери – могут повышать риск возникновения депрессии; такой риск выше, если дети прорабатывают события связанные с потерями (или другие стрессовые события жизни), используя негативные атрибуции. К внешним факторам можно также отнести отсутствие заботы со стороны родителей и отвержение ими ребенка.

### «МАСКИРОВАННАЯ» ДЕПРЕССИЯ

До второй половины XX-го столетия превалировало убеждение, что детской депрессии не существует. В 50-е годы появились новые теории, выдвинувшие предположение, что депрессия в этой возрастной группе на самом деле имеет место, но проявляется, как таковая, только в виде «депрессивных эквивалентов». К ним относятся проблемы в поведении, гиперактивность, соматические жалобы, энурез и проблемы с учебой в школе. То есть, у детей может быть депрессия, но проявляется она не так, как у взрослых, а в виде «маскированной депрессии».

Концепция маскированной депрессии была подвергнута массивной критике и, впоследствии, отвергнута большинством специалистов. В 70-е годы исследователи начали приводить доказательства того, что детская депрессия на самом деле существует и, в общем и целом, имеет те же симптомы, что и у взрослых. Несмотря на то, что вначале страдающие депрессией дети могут демонстрировать разнообразные симптомы (например, вспышки гнева, головные боли, утомляемость, проблемы с концентрацией) опытный клиницист должен уметь выявлять депрессию (Carlson & Cantwell, 1980).

## КОМОРБИДНОСТЬ

Коморбидность, одновременное существование у одного индивида двух или нескольких самостоятельных заболеваний, является достаточно распространенной и сложной проблемой детской и подростковой психопатологии, имеющей теоретическую и практическую значимость (например, для лечения) и до сих пор не решенной.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что коморбидность депрессии с другими расстройствами – частое явление среди детей и подростков. Это особенно верно в

Таблица Е.1.3. Факторы риска и их влияние на предупреждение, выявление или лечение

Фактор риска		Влияние на профилактику, выявление или лечение
Биологические	Депрессия в семейном анамнезе	Настораживает в плане депрессии, если в семейном анамнезе имеются данные о перенесенной депрессии или суициде
	Родители, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами	Выявление и лечение родителей, злоупотребляющих психоактивными веществами
	Биполярное расстройство в семейном анамнезе	Повышает настороженность, что депрессия может быть биполярной. Влияет на фармакологическое лечение
	Женский пол	Девочек подростков, посещающих семейного врача необходимо планомерно обследовать на наличие депрессии
	Половая зрелость	Депрессия чаще встречается у подростков, достигших половой зрелости, особенно у девочек. Раннее начало менструального цикла (<11,5 лет) повышает риск. Обследование подростков на наличие депрессии
	Хронические соматические заболевания	Исключить депрессию у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями или инвалидностью.
	Депрессия в анамнезе	Стратегии, направленные на профилактику обострений, являются интегральной частью лечения
Психологические	Коморбидное психическое расстройство, особенно тревога	Выявление и лечение коморбидных психических расстройств
	Невротический или слишком эмоциональный темперамент	Выявление индивидов из группы риска и целевное использование профилактических вмешательств
	Негативный когнитивный стиль, заниженная самооценка	Выявление индивидов из группы риска и целевное использование профилактических вмешательств
	Травма	Выявление индивидов из группы риска и целевное использование профилактических вмешательств
	Тяжелая утрата и потери	Выявление индивидов из группы риска и целевное использование профилактических вмешательств

Семейные	Насилие, заброшенность	Целенаправленные превентивные вмешательства, такие как программы по предупреждению насилия и тренинги для родителей
	Негативный стиль воспитания: отвержение, отсутствие заботы	Целенаправленные превентивные вмешательства, такие как программы для родителей
	Психическое заболевание у кого-либо из родителей	Выявление и лечение психических расстройств у родителей. Целенаправленные превентивные вмешательства такие, как программы для родителей и поддержка
	Конфликт между ребенком и родителями	Программы по обучению родителей
Социальные	Буллинг (запугивание)	Школьные программы по профилактике буллинга
	Детская и подростковая преступность	Выявление лиц из группы риска и применение целенаправленных превентивных вмешательств
	Приемные дети, беженцы, бездомные, дети из семей лиц, добывающихся политического убежища	Выявление лиц из группы риска и применение целенаправленных превентивных вмешательств

клинических условиях, потому что вероятность направления на лечение является функцией совокупной вероятности направления по каждому отдельному расстройству – так называемый *эффект Берксона*. Пациенты с коморбидными расстройствами имеют более выраженные нарушения функционирования, чем пациенты с одним диагнозом. Коморбидность ассоциируется также с более неблагоприятным исходом во взрослом возрасте. Например, депрессия детского возраста, коморбидная с расстройством поведения или злоупотреблением психоактивными веществами, ассоциируется с более высокой вероятностью тяжелых или жестоких правонарушений к 24-летнему возрасту, чем депрессия, расстройство поведения или злоупотребление психоактивными веществами по отдельности (Copeland et al, 2007).

К психическим расстройствам, часто сочетающимся с депрессией, относятся: тревожные расстройства, проблемы с поведением, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-компульсивное расстройство и проблемы с обучением. Одно из эпидемиологических исследований (Costello et al, 2003) показало, что за период в три месяца у 28% молодых людей с диагнозом депрессивного расстройства было также диагностировано тревожное расстройство, у 7% – СДВГ, у 3% – расстройство поведения, у 3% – оппозиционно-вызывающее расстройство и у 1% – психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Практическая значимость этих результатов заключается в том, что определение симптомов депрессивного расстройства является всего

лишь первым шагом в диагностической оценке; врачам необходимо обязательно исключить также наличие симптомов других расстройств.

Связь между депрессией и тревогой – хорошо известный факт, поскольку симптомы депрессии и тревоги часто существуют одновременно, кроме того пациенты нередко переносят эпизоды депрессии и тревоги в разное время в течение своей жизни. Наличие депрессивного эпизода не только повышает риск возникновения дальнейших эпизодов депрессии (гомотипическая непрерывность), но также и тревожных расстройств (гетеротипическая непрерывность).

Депрессия часто сочетается с посттравматическим стрессовым расстройством (см. Главу F.5). Подростки особенно уязвимы в отношении депрессии и суицидальности в первый год, следующий за психотравмирующим событием. В данном случае задействуются такие механизмы, как комплекс вины спасшегося (из-за того, что другие умерли или получили тяжелые травмы), осложненная реакция утраты, проблемы с решением задач повседневной жизни из-за невозможности концентрироваться или наплыва навязчивых воспоминаний, и дистресс, вызванный симптомами хронической тревоги. К другим осложнениям психотравмирующего стресса, которые могут взаимодействовать с депрессией, относятся – паническое расстройство, другие тревожные расстройства, диссоциативное расстройство и злоупотребление психоактивными веществами.

#### **Взаимодействие «ген – окружающая среда»: ген-транспортера серотонина, грубое обращение с ребенком и депрессия.**

В исследовании Health and Development Study в г. Данидин (Новая Зеландия) было проведено катamnестическое наблюдения в группе из 1 037 детей от 3 до 26 лет с тщательным отслеживанием развития психиатрических заболеваний, серьезных жизненных событий и других факторов, таких как ненадлежащее обращение с детьми. Опубликованные результаты содержали вывод о том, что функциональный полиморфизм гена-транспортера серотонина (5-HTT) опосредует влияние стрессовых жизненных событий на возникновение депрессии. То есть, у индивидов с короткой аллелью этого гена с более высокой вероятностью возникает депрессия в ответ на тяжелые стрессоры или плохое обращение в детстве, по сравнению с индивидами с длинной аллелью, подвергнутыми тем же неблагоприятным воздействиям (Caspi et al, 2003).

Эти результаты вызвали большой ажиотаж, так как казалось, что наконец удалось убедительно доказать роль взаимоотношений ген - окружающая среда в возникновении депрессии. Однако последующий мета-анализ показал, что изменения гена транспортера серотонина сами по себе или в сочетании со стрессовыми жизненными событиями не ассоциируются с повышенным риском депрессии (Risch et al, 2009). В другом, опубликованном вскоре после этого, мета-анализе были сделаны противоположные выводы, в то время как в дополнительном проспективном исследовании (также из Новой Зеландии) не удалось подтвердить такую связь (Fergusson et al, 2011). Очевидно, что нужны дополнительные исследования для того, чтобы решить эту проблему, подчеркивая важность повторения результатов до того как они станут общепризнанными, не говоря уже о том, чтобы использовать их в клинической практике (например, для выявления склонности к депрессии).

АУ, 14-летняя нигерийская девочка, ученица четвертого класса средней школы, была доставлена в больницу через четыре часа после того как выпила небольшое количество антисептической жидкости с целью покончить с собой. Она рассказала, что на протяжении последних шести месяцев большую часть времени была грустной и часто думала о смерти. АУ приняла решение выпить яд после того, как узнала, что осталась на второй год. До этого ее успехи в школе постепенно становились все хуже и хуже. Она испытывала чувство вины, потому что ее плохие академические достижения истощали финансовые ресурсы отца. АУ описывала длительные проблемы со сном - с трудом засыпала и часто просыпалась. Ей, по-прежнему, нравится смотреть телевизор и играть с друзьями, но в последнее время АУ начала замечать, что ей из-за чувства слабости и усталости все тяжелее выполнять домашнюю работу. Ее родные расценивали это как лень и часто ругали и били за невыполненные повседневные обязанности. Среди одноклассников она также чувствовала себя изолированной из-за плохой успеваемости.

Мать АУ в прошлом перенесла несколько эпизодов психического заболевания и развелась с отцом, который женился повторно. АУ и четверо ее сиблингов проживали у дяди отца, потому что расширенная семья боялась, что дети, контактируя с психически больной матерью, сами могут заболеть. Несмотря на то, что мать в настоящее время успешно работает и живет в другом городе, АУ видится с ней короткое время один – два раза в год. Ее отец живет еще дальше, и АУ видится с ним еще реже.

### **Депрессия и тип личности**

Черты личности постепенно формируются в подростковом и юношеском возрасте и могут влиять на проявления и манифестацию депрессивного расстройства. Это более четко выражено у взрослых, но также имеет место и у молодых людей. У подростков при депрессии обостряются основные черты личности. Например, у тревожных личностей, страдающих депрессией, отмечается более высокий уровень тревоги, соматические симптомы и реакции избегания (тревожная депрессия), у лиц экстравертированного типа с большей вероятностью будут наблюдаться враждебность и раздражительность.

Особое отношение к депрессии имеют личности пограничного типа (см. Главу Н.5), так как для них характерно дисфорическое настроение и чрезмерная чувствительность к отвержению. Страх отделения может сопровождаться у них интенсивными, но, как правило, короткими эпизодами печали, злости или раздражительности, кульминацией которых могут быть самоповреждения. Депрессивное расстройство и пограничные черты или расстройство личности могут сосуществовать одновременно. С одной стороны, можно ошибочно диагностировать депрессию, если у лиц с пограничными чертами наблюдается подавленное настроение и раздражительность. С другой стороны, депрессивный эпизод может гиперболизировать личностные особенности, что может быть ошибочно расценено, как наличие расстройства личности, хотя в действительности это не так. В последнем случае симптомы расстройства личности исчезнут сами по себе по достижению ремиссии эпизода депрессии. Диагноз расстройства личности у подростков, страдающих

депрессией, должен быть временным и окончательно ставится только на основании симптомов и нарушений функционирования вне эпизода депрессии.

### **Депрессия и суицидальное поведение**

Суицид – одна из главных причин смерти в подростковом возрасте в мировом масштабе. На каждое сообщение о завершённом суициде у подростков, приходится сто сообщений о суицидальных попытках. Суицидальные мысли – распространенное явление среди молодых людей; практически каждая шестая девочка в возрасте от 12 до 14 лет сообщает о том, что имела их на протяжении последних шести месяцев (один из десяти мальчиков), однако в клинических условиях эта цифра значительно выше. Несмотря на то, что суицид является результатом сложных взаимодействий, в которых играют роль особенности личности, психологические факторы и психическое здоровье в целом, существует большое количество данных о том, что самым сильным индивидуальным фактором риска является депрессия (хотя бывают и исключения; в некоторых странах, таких как Китай, самым мощным фактором является импульсивность).

Около 60% молодых людей с депрессией сообщают о суицидальных мыслях и 30% совершают суицидальные попытки. Риск повышается, если:

- Кто-либо из членов семьи совершал самоубийство
- Подросток сам пытался до этого совершить самоубийство
- Присутствуют другие коморбидные психические расстройства (например, злоупотребление алкоголем или наркотиками), импульсивность или агрессия
- Молодой человек имеет доступ к смертельно опасным средствам (например, огнестрельному оружию),
- Подросток или ребенок пережил негативное событие (например, дисциплинарный кризис, физическое или сексуальное насилие).

У каждого страдающего депрессией ребенка необходимо тщательно оценивать риск суицидального поведения (см. Главу Е.4).

## **ДИАГНОЗ**

Несмотря на то, что диагноз обычно не вызывает затруднений, депрессия у детей и подростков часто остается невыявленной и нелеченной. У детей и подростков депрессия вначале может проявляться поведенческими или психологическими проблемами, которые могут маскировать типичные депрессивные симптомы, наблюдаемые у взрослых. Клинициста в плане депрессии должны настораживать следующие жалобы:

- Раздражительность или своенравное настроение
- Хроническая скука или потеря интереса к занятиям на досуге (например, потеря интереса к занятиям спортом, танцами или музыкой)
- Социальная самоизоляция или потеря желания «тусоваться» с друзьями

- Избегание занятий в школе
- Снижение академической успеваемости
- Нарушение режима сна – бодрствования (например, ребенок спит дольше обычного и пропускает из-за этого занятия в школе)
- Частые необъяснимые жалобы на слабость, головные боли, боли в животе
- Возникновение проблем с поведением (например, ребенок становится более дерзким в поведении, убегает из дому, издевается над другими детьми)
- Злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами.

### СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ

Основные симптомы:

- стойкое и глубокое чувство печали или несчастья
- потеря удовольствия от повседневной деятельности
- раздражительность

Дополнительные симптомы:

- негативное мышление и заниженная самооценка
- безысходность
- необоснованные идеи вины, раскаяния или никчемности
- мысли о смерти или самоубийстве
- потеря энергии, повышенная утомляемость, сниженная активность
- трудности с концентрацией
- нарушения аппетита (повышение или снижение)
- нарушения сна (инсомния или гиперсомния)

Очень важно выяснить, появились ли проблемы, не представляют ли они собой изменение прежнего характера подростка и особенностей его функционирования. Например, можно думать о депрессии, если у 14-летнего мальчика, у которого раньше не было никаких проблем с поведением, на протяжении последних шести месяцев наблюдаются симптомы оппозиционного расстройства. Точно также, депрессия может привести к снижению академической успеваемости у 15-летней девочки, которая раньше была лучшей в классе.

В данной главе мы пользуемся критериями DSM-IV из-за того, что критерии МКБ-10 менее точны и иногда допускают двоякое толкование, несмотря на сходство определений в обеих классификациях. Для постановки диагноза депрессии необходимо наличие основных симптомов, некоторых сопутствующих, кроме того, они должны быть стойкими (симптомы должны присутствовать большую часть дня ежедневно), длительными (как минимум, на протяжении двух недель) и приводить к функциональным нарушениям или

значительному субъективному дистрессу. К основным симптомам относятся чувство печали/несчастья, ангедония и раздражительность. Последний симптом сложно оценивать, так как он может наблюдаться при многих психических расстройствах (например, оппозиционно-вызывающем расстройстве, обсессивно-компульсивном расстройстве, биполярном расстройстве). К дополнительным симптомам относятся: значительные колебания веса или нарушения аппетита; бессонница или гиперсомния; психомоторная ажитация или заторможенность; утомляемость или потеря энергии; чувство собственной никчемности или вины; ослабление способности концентрироваться или нерешительность; возникающие время от времени мысли о смерти или самоубийстве.

Ключевым аспектом диагностики депрессии у детей и подростков является оценка риска, особенно возможного совершения самоубийства или убийства (см. Главу Е.4). Оценка степени риска имеет важное значение для тактики лечения, например, для принятия решения о том, какие условия будут наиболее благоприятными для пациента.

### Информант

Родители и учителя склонны недооценивать депрессивные эмоции детей, тогда как молодые люди часто их переоценивают. Кроме того, данные полученные при использовании опросников и отчеты от разных информантов часто не согласуются между собой. Это не обязательно предполагает неправдивость, зачастую это означает, что наблюдателям сложно интерпретировать эмоции и поведение детей, и отражает ограниченность возможностей для понимания ребенка (например, учителя наблюдают эмоции и поведение ребенка в классе, но не дома и в социальных ситуациях). Таким образом, необходимо опрашивать самого ребенка многократно и в разных обстоятельствах для того, чтобы получить точную картину того, что он чувствует. Интегрирование информации из разных источников (ключевой клинический навык) в этом контексте часто становится сложной задачей. Однако в отличие от других состояний как расстройство поведения или СДВГ, при диагностике депрессии врачам нужно больше доверять информации, получаемой от молодых людей, хотя сведения от родителей и учителей необходимо также учитывать.

### Тяжесть

Оценка тяжести депрессивного эпизода имеет важное значение, так как в рекомендациях по лечению степень тяжести используется как критерий, указывающий на то, какой метод лечения предпочтительнее. Тем не менее, используемые в настоящее время определения степени тяжести нельзя считать точными; оценка степени тяжести, главным образом, основывается на клиническом консенсусе, а также навыках и опытности врача. В Таблице Е.1.4 представлены рекомендации по оценке степени тяжести депрессивного эпизода. В этом также могут помочь оценочные шкалы для депрессии (см. Таблицу Е.1.6).

Таблица Е.1.4. Оценка степени тяжести депрессивного эпизода (DSM-IV)

Легкая	Средняя	Тяжелая
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пять симптомов депрессии (как минимум один основной)</li> <li>• Легкое нарушение функционирования (подавлен из-за симптомов, некоторые проблемы с продолжением обычной работы, которая может быть завершена после приложения дополнительных усилий)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шесть или семь симптомов (как минимум один основной симптом)</li> <li>• Значительные трудности при выполнении школьных заданий, а также в общественной и семейной деятельности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Больше семи симптомов депрессии</li> <li>• Могут присутствовать бредовые идеи или галлюцинации (психотическая депрессия)</li> <li>• Тяжелые нарушения во всех аспектах функционирования (дома, в школе, в социальном окружении)</li> <li>• Присутствует также высокий риск совершения суицида</li> </ul>

На выбор метода лечения, особенно принятие решения, какие условия будут наиболее благоприятными для пациента, кроме оценки тяжести симптомов депрессии и нарушения функционирования, влияют и другие факторы (например, риск для самого пациента и других людей). Например, подросток с суицидальным риском может нуждаться в госпитализации, тогда как другой – с депрессией такой же тяжести, но с низким суицидальным риском не нуждается в таких мерах.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Печаль и несчастье являются элементами нормального человеческого опыта, в особенности после пережитых потерь и разочарований. Однако иногда эти чувства становятся настолько интенсивными и стойкими, что человек теряет способность функционировать на свойственном ему уровне. Именно в таких ситуациях используются ярлыки – «клиническая депрессия», «большая депрессия», «депрессивное расстройство» или «меланхолия». В повседневной жизни люди часто говорят: «депрессивный», имея в виду, что они несчастливы, расстроены или печальны. Вопрос только в том, как отличить клиническую депрессию с одной стороны – от нормальных «взлетов и падений» в жизни подростка, с другой – от состояний, которые могут имитировать депрессию.

### **Депрессия и нормальное поведение подростка**

Одной из наиболее распространенных проблем, о которых сообщают врач-клиницисты при диагностике депрессии, заключается в том, как отличить нормальное поведение подростка от депрессивного? Это связано с тем, что подавленность, раздражительность, ангедония или заявления о том, что им скучно, у подростков часто воспринимаются как нормальное явление. В Таблице E.1.5. представлены некоторые отличия.

### **Соматические заболевания или медикаменты**

Целый ряд соматических состояний, лекарственных средств могут имитировать депрессию у детей и подростков. К ним относятся (список не исчерпывающий):

- Медикаменты: изотретиноин, кортикостероиды и стимуляторы (например, амфетамины, метилфенидат)
- Психоактивные вещества: амфетамины, кокаин, марихуана, растворители
- Инфекции: синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), мононуклеоз, грипп
- Неврологические расстройства: эпилепсия, мигрень, черепно-мозговые травмы
- Эндокринные заболевания: болезнь Аддисона, болезнь Кушинга, гипопитуитарная недостаточность, заболевания щитовидной железы.

Таблица Е.1.5. Различия между нормальным поведением подростков и депрессией

Дети препубертатного возраста	Взрослые
<ul style="list-style-type: none"> <li>Несмотря на некоторые «подростковые страхи»* и другие проблемы, не наблюдается значительного и устойчивого изменения поведения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение прежнего поведения (например, становится печальным, раздражительным, теряет интерес к обычной деятельности, резко реагирует на воспринимаемое им неуважение или пренебрежение, часто жалуется на скуку)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Несмотря на то, что иногда может быть печальным и плаксивым, такое поведение является реакцией на жизненные события и длится недолго</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Основные симптомы депрессии (печальное настроение и ангедония) присутствуют большую часть дня ежедневно на протяжении, как минимум, двух недель</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Не наблюдается существенного изменения функционирования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ухудшение прежнего функционирования (например, не успевает в школе, получает более низкие оценки, отказывается от прежде доставлявших удовольствие занятий). Затрачивает больше времени, чем раньше на выполнение домашней работы и заданий в школе; может ухудшиться академическая успеваемость. Уходит в себя, больше времени проводит у себя в комнате или в интернете в ущерб прежде доставлявшей удовольствие дружбе и другим развлечениям</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Мысли о смерти и самоубийстве возникают изредка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Часто присутствуют суицидальные мысли («не стоит жить...», «...мне лучше умереть...») и попытки</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Рискованное поведение, такое как неосторожное управление автомобилем, выпивка и сексуальные эксперименты встречаются достаточно часто, но, как правило, в разумных пределах и не выходят за рамки свойственного подростку характера</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Может совершать нехарактерные для него, опасные и рискованные поступки, такие как неосторожная езда на автомобиле, бесконтрольная выпивка, а также безрассудный, опасный секс.</li> </ul>
<p>*Тоска, страх, тревога. Термин «подростковый страх» используется для описания испытываемого подростком интенсивного чувства опасения, тревоги или внутренней неразберихи.</p>	

### Униполярная или биполярная?

Одной из ключевых диагностических проблем при депрессивном эпизоде является установление к какой категории он относится – к униполярному или биполярному, поскольку это имеет значение для выбора метода лечения. Хотя клиническая картина может быть абсолютно одинаковой при обоих вариантах, существуют признаки, которые могут указывать на то, что эпизод может быть биполярным,

### Выявление депрессии

Родители, учителя, медицинские работники часто не распознают депрессию у подростков, что иногда может привести к трагическим последствиям. Ханна Модра, 17-летняя яркая и успешная студентка доверила своему дневнику возникшие у нее недавно симптомы депрессии. Хотя ее заботливая и образованная семья понимала, что что-то происходит не так, они не понимали насколько все потенциально серьезно. Со слов ее матери:

«Я видела, что с Ханной было что-то не так, но понятия не имела в чем дело. Я не понимала, что с ней, и что я могу сделать с этим или что должна сделать. Это было 29 января, я сказала ей: «Слушай, почему бы нам с тобой не пойти к врачу?» На самом деле доктор плохо знал ее. Ханна мало говорила, она просто сидела спокойно у него на приеме. И доктор, по-видимому, подумал, что, видите ли, у девушки ее возраста могут быть разные проблемы, ну, допустим, дефицит железа или анемия. Поэтому мы пошли и сдали кровь на анализ. Когда вернулись домой, Ханна сказала мне: «Мама, я знаю, что у меня все в порядке с кровью». И я перестала больше думать об этом. Может мне надо было сказать ей: «Ну, хорошо, тогда в чем дело?». Но я не сказала этого. Я не задала ей этого вопроса, и не получила от нее никакого ответа. Я подумала, что она просто хотела сказать: «У меня все в порядке».

Ханна, у которой, как оказалось ретроспективно, были явные симптомы депрессии, покончила с собой на следующий день.

(Australian Broadcasting Corporation, 2008).

такие как биполярное расстройство в семейном анамнезе, а также наличие психических симптомов или кататонии. Однако диагноз биполярного расстройства не может быть установлен до тех пор, пока не возникнет, как минимум, один маниакальный, гипоманиакальный или смешанный эпизод, не спровоцированный медикаментозными средствами. При подозрении на биполярное расстройство необходимо более тщательно собрать анамнез, уделяя особое внимание наличию в прошлом маниакальных или гипоманиакальных симптомов. Отличить монополярную и биполярную депрессию сложно еще и потому, что биполярное расстройство у детей и подростков часто начинается с эпизода депрессии.

### Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

Учитывая тот факт, что злоупотребление алкоголем и наркотиками достаточно распространенное явление среди подростков, всегда необходимо выяснять, не связаны ли симптомы депрессии этиологически с употреблением таких веществ, как амфетамины, кокаин, марихуана и растворители. Например, синдром отмены при злоупотреблении амфетаминами (особенно после эпизодов интенсивного употребления: «амфетаминовой гонки») может проявляться дисфорией, утомляемостью, нарушениями сна и психомоторной заторможенностью («ломка»), напоминающими депрессию. Ожидается, что эти симптомы исчезнут через несколько дней после абстиненции, если они связаны с употреблением психоактивного вещества.

Если же симптомы сохраняются или предшествуют депрессивному эпизоду, то следует заподозрить депрессивное расстройство, сочетающееся с расстройством, вызванным употреблением алкоголя или наркотиков.

### Шизофрения

Если в клинической картине одновременно присутствуют симптомы депрессии и бредовые идеи или галлюцинации, то необходимо провести дифференциальную диагностику между психотической депрессией и шизофренией. К признакам, позволяющим предположить диагноз психотической депрессии, относятся: депрессия или биполярное расстройство в семейном анамнезе, относительно быстрое начало без продромального периода, наличие соответствующих настроению галлюцинаций (например, голос, который говорит пациенту, что он плохой, или заставляет совершить самоубийство) или бредовых идей (например, идеи греховности, обнищания, неотвратимой катастрофы, убеждение девочки в том, что она колдунья и навредила другим людям). Несмотря на перечисленные выше отличия, на практике очень сложно провести различия между этими двумя состояниями. Например, дисфория и неопрятность продромальной стадии шизофрении нередко ошибочно расцениваются как депрессия. Очень часто только время (течение) помогает решить эту диагностическую проблему. В тех случаях, когда возникают сомнения, не следует спешить с диагнозом шизофрении или психотической депрессии, предпочтительнее будет поставить диагноз «перво-го психотического эпизода», а окончательный диагноз оставить на потом, когда прояснится течение заболевания и будет доступно больше информации.

### СДВГ и расстройства социального поведения

Раздражительность и деморализация – очень частые симптомы у детей (особенно препубертатного возраста), страдающих СДВГ, оппозиционно-вызывающим расстройством и проблемами в поведении. Особенно часто это происходит в контексте семейной дисфункции, бедности, заброшенности, проживания в приемной семье или в учреждении для детей сирот. В таких случаях сложно установить является ли деморализация результатом затруднительного положения ребенка или проявлением клинической депрессии. Если симптомы соответствуют диагностическим критериям депрессии, система DSM рекомендует использовать два диагноза, т.е. ставить сопутствующий диагноз депрессии. МКБ наоборот рекомендует использовать только один диагноз: сочетанного расстройства поведения и эмоций или депрессивного расстройства поведения. На данном этапе преимущества одного подхода перед другим не ясны, хотя исследование показывает, что дети, у которых проблемы с поведением сочетаются с депрессией, по мере взросления, становятся в большей степени похожими на детей с расстройствами поведения, чем на детей с депрессией.

### СТИГМА

*«Страх, смущение и гордость не позволяют мне обратиться за помощью к консультанту или начать лечение. Однако если бы я постарался справиться с этими своими чувствами и рассказать, что помогает, а что нет, то это могло бы помочь другим. Все узнали бы, что я слаб и страдаю депрессией, но я мог бы помочь себе и другим».* (Australian Broadcasting Corporation, 2008).

*Подростки стесняются рассказывать о своем психическом состоянии и часто считают депрессию признаком слабости или недостатком характера. Стигматизация еще больше осложняет диагностику и лечение.*

### Расстройство адаптации с депрессивным настроением

Клиницисты часто диагностируют расстройство адаптации, если симптомы возникают после значимого жизненного события. Это корректно только в том случае, если клинически значимые симптомы депрессии или нарушения функционирования возникают в течение трех месяцев после воздействия стрессора и не отвечают критериям диагностики большой депрессии или реакции утраты. В случае расстройства адаптации ожидается также, что симптомы пропадут на протяжении шести месяцев после исчезновения стрессора.

Тяжелая утрата может также давать клиническую картину, очень похожую на депрессивный эпизод, однако ставить диагноз депрессии не следует до тех пор, пока симптомы не станут тяжелыми и не приведут к значительному нарушению функционирования (например, необоснованное и постоянное чувство вины, болезненная озабоченность ничтожностью, потеря трудоспособности) или не будут присутствовать длительное время (например, более двух месяцев, хотя в данном случае возможны широкие культурные вариации).

## ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ

Для оценки состояния детей и подростков, страдающих депрессией, разработан целый ряд оценочных шкал. Наиболее широко в клинической практике у взрослых используется заполняемая врачами «Шкала Гамильтона для оценки депрессии», однако у детей и подростков она применяется не так широко. Специально для детей и подростков была разработана «Шкала для оценки детской депрессии» ((Children's Depression Rating Scale (CDRS)) (Poznanski & Mokros, 1996), где оценку также проводит врач. Эта патентованная шкала использовалась в крупномасштабных ис-

следованиях методов лечения, в том числе и в TADS (Curry et al, 2010). Существуют также диагностические инструменты в форме интервью, такие как «Психиатрическая оценка детей и подростков» (The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)) (Angold & Costello, 2000), которые чаще всего применяются в научных исследованиях.

Наиболее широко используемыми являются самооценочные шкалы, большинство из которых имеют версии для детей, родителей и учителей. Поскольку такие оценочные шкалы не могут быть использованы для постановки диагноза (что требует проведения оценочного интервью опытным врачом и, оптимально, ключевыми информантами), эти инструменты используются, главным образом, в целях скрининга (например, в школах, или среди людей из группы риска) или для оценки реакции на лечение через определенное время (исход). Постепенно они были модифицированы таким образом, чтобы молодые люди могли заполнять их с помощью компьютера, мобильного телефона или планшета (Stevens et al, 2008).

### ПЕРЕХОД В МАНИАКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

*Частота смены депрессивного эпизода гипоманиакальным и маниакальным у молодых людей выше, чем у взрослых, и по данным некоторых исследований достигает 40%. Однако, по результатам пятилетнего катamnестического наблюдения в рамках TADS, только у 6% развилось биполярное расстройство спустя 5 лет (Curry et al, 2010). Учитывая эти и другие данные, можно сделать вывод, что биполярное расстройство возникает у 10% подростков, страдающих депрессией. Этот показатель может быть выше в случае биполярного расстройства в семейном анамнезе, а также у детей, у которых наблюдается переход в маниакальное состояние на фоне лечения антидепрессантами.*

В целом, по-видимому, шкалы самооценки следует использовать ограниченно для детей препубертатного возраста, однако они очень эффективны при оценке подростков. Новые технологии, такие как мобильные телефоны, используются не в полной мере, хотя обладают большим потенциалом повышения их эффективности. Большинство этих шкал защищены авторскими правами и дорого стоят, но ни одна из них не продемонстрировала четких преимуществ перед другими. В Таблице Е.1.6. представлены некоторые свободно доступные для клинического использования шкалы; некоторые из них на многих языках.

## ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо ставить амбициозные цели, т.е. – достижение полной ремиссии в плане симптоматики и возвращение к преморбидному уровню функционирования (выздоровление). Любые другие цели являются субоптимальными, поскольку присутствие симптомов депрессии повышает вероятность снижения психологического функционирования, суицида и других проблем (напр., злоупотребления алкоголем или наркотиками), а также обострения и рецидива.

В большинстве случаев рекомендуется вовлечение родителей в процесс диагностики и лечения (например, для обсуждения возможных доступных методов лечения и их выгоды и рисков), однако степень вовлеченности будет зависеть

**Таблица Е.1.6. Отобранные шкалы для оценки симптомов депрессии, находящиеся в свободном доступе и широкодоступные для использования в клинической практике**

Шкала	Кто проводит оценку	Комментарии
<b>CES-DC</b> Шкала центра по эпидемиологическим исследованиям депрессии. Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Faulstich et al, 1986).	Сам испытуемый, родители (дети, подростки)	Имеются вопросы для специфической оценки симптомов депрессии (в противоположность дистрессу).
<b>MFQ</b> Опросник «Настроение и чувства». Mood and Feelings Questionnaire (Angold et al, 1995)	Сам испытуемый, родители, учителя (дети, подростки)	В свободном доступе для использования в клинике и при исследованиях, с разрешения.
<b>DSRS</b> Шкала самооценки депрессии Depression Self-Rating Scale (Birlleson, 1981)	Сам испытуемый (дети, подростки)	Доступна на нескольких языках. Мало исследований.

Шкала	Кто проводит оценку	Комментарии
<p><b>KADS</b> Шкала депрессии Катчера для подростков. Kutcher Adolescent Depression Scale (Brooks et al., 2003).</p>	<p>Сам испытуемый (подростки)</p>	<p>Две версии – из 6 и 11 вопросов соответственно.</p> <p>Версия KADS из 6 вопросов, разработана для использования в учреждениях (школы, учреждения первичной медицинской помощи), где она может служить инструментом для скрининга с целью выявления молодых людей с риском возникновения депрессии или использована работниками здравоохранения (такими, как участковые медсестры, врачи общей практики) или педагогами (такими как методист), помогая им оценить молодых людей, находящихся под влиянием дистресса или с подозрением на наличие проблем с психическим здоровьем. В настоящее время доступна на английском, французском, китайском, немецком, испанском, португальском, корейском и польском языках.</p> <p>KADS из 11 вопросов доступна на английском, португальском и турецком языках.</p>
<p><b>PHQ-A</b> Вопросник «Здоровье пациента – подросток». Patient Health Questionnaires-Adolescent (Johnson et al., 2002).</p>	<p>Сам испытуемый (подростки)</p>	<p>Короткий вопросник, разработанный как часть «Руководства по оценке психических расстройств в общемедицинской практике» (PRIME-MD), профинансированного компанией «Пфайзер».</p>
<p><b>SDQ:</b> Вопросник «Сильные стороны и трудности». Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2000).</p>	<p>Сам испытуемый, родители, учителя (подростки)</p>	<p>Измеряет общую психопатологию, однако подшкала может быть использована для оценки риска возникновения депрессии.</p> <p>Достаточно чувствительна и специфична при проведении скрининга «вероятности» депрессивного расстройства.</p> <p>Может быть заполнена в режиме on-line по адресу: <a href="http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php">http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php</a></p>

от возраста ребенка, его стадии развития, его желаний и обстоятельств, а также культуральных особенностей страны, в которой он проживает. Если уделить этому достаточно времени, то результатом будет укрепление терапевтических взаимоотношений, более точное соблюдение рекомендаций врача и, как следствие, более благоприятный исход. Рекомендуется также постоянно оценивать степень тяжести депрессии, используя для этого оценочные шкалы (например, одну из тех, что представлены в Таблице Е.1.6). Следует регулярно оценивать суицидальный риск, и не только во время первичного осмотра, так как суицидальный риск подвержен колебаниям.

### **Выжидательное наблюдение**

*Выжидательное наблюдение* – это подход в лечении заболевания, при котором, до назначения дальнейшего лечения, выделяется какое-то время для наблюдения за динамикой. Выжидательное наблюдение часто используется в состояниях, при которых существует высокая вероятность саморазрешения процесса, или в тех случаях, когда риск превышает выгоду от лечения (например, рак простаты). Ключевым компонентом выжидательного наблюдения является использование четких правил, гарантирующих при необходимости своевременный переход к другим методам лечения. В руководстве, разработанном Национальным институтом охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005)), выжидательное наблюдение представлено, как стратегия «в отношении детей и молодых людей с диагнозом легкой депрессии, которые отказываются от лечения или которые, по мнению врачей, могут выздороветь без вмешательств, при этом в течение двух недель необходимо организовать повторную диагностическую оценку».

### **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:**

- Свести к минимуму симптоматику и нарушение функционирования
- Сократить длительность депрессивного эпизода
- Предупредить рецидив

### **Психологическая поддержка**

В методических рекомендациях, разработанных Американской академией детской и подростковой психиатрии (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)) (Birmaher et al., 2007), отмечается, что «вместо медикаментов у пациентов с легкой или кратковременной депрессией, легкими психологическими отклонениями, а также отсутствием клинически значимой суицидальности или психотических нарушений, целесообразно начинать с обучения, поддержки и ведения конкретного случая, т.е. воздействие на психотравмирующие факторы окружающей среды в семье и школе. Ожидается оценка реакции на такую поддерживающую терапию через 4 – 6 недель». То есть, обучение, поддержка и ведение конкретного случая – психологическая поддержка – является эффективным, широко используемым, но плохо исследованным вариантом терапии.

Многие пациенты обращаются за помощью после кризиса (например, суицидальной попытки). При таких эмоциональных обстоятельствах симптомы, как правило, обостряются. Разрешения кризисной ситуации самой по себе может быть достаточно для того, чтобы справиться с имеющейся депрессией, особенно в усло-

виях первичной медицинской помощи. В рамках психологической поддержки наблюдение за подростком (и родителями, если это возможно) в течение двух – трех встреч позволяет более тщательно оценить его состояние и выявить факторы, поддерживающее это состояние, а также более детально обсудить возможные варианты лечения, риски и побочные эффекты. Таким образом, выжидательное наблюдение и психологическую поддержку можно считать эффективными стратегиями при низком суицидальном риске и нетяжелой депрессии.

### Психологические вмешательства

Психологические вмешательства (подытоженные в Таблице Е.1.7), в частности, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и межличностная психотерапия (МЛП), по всей видимости, эффективны в лечении легкой и умеренной депрессии, хотя количество и качество исследований, в которых изучались эти специфические

**Таблица Е.1.7 Сводная таблица доказательств эффективности методов психологической терапии при униполярной депрессии**

Терапия	Комментарии
Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	Некоторые данные говорят о том, что индивидуальная КПТ (от 8 до 16 одночасовых еженедельных сессий) эффективна в краткосрочном периоде. Различия между КПТ и медикаментозным лечением обычно исчезают через 12 месяцев.
Межличностная психотерапия (МЛП)	Некоторые данные подтверждают эффективность МЛП в краткосрочной перспективе.
Психодинамическая (психоаналитическая) психотерапия	Очень мало исследований, но имеются некоторые данные о том, что может быть эффективной. Требует более длительного времени для лечения (например, год).
Семейная терапия	Более эффективна, чем отсутствие лечения. Неясно, насколько эффективна, по сравнению с другими методами лечения. Может быть особо эффективной в случае семейного конфликта или дисгармонии.
Групповые терапии (в основном основанные на принципах КПТ)	Данные ограничены, результаты противоречивы. Главным образом, используется как превентивное вмешательство у лиц из группы риска.
Самопомощь (например, релаксация, образовательные брошюры или книги, группы поддержки)	Данные ограничены, результаты противоречивы. Растет интерес к основанной на принципах КПТ самопомощи через интернет, однако пока очень мало данных об эффективности. Психологическое образование, как правило, является составляющим элементом клинического лечения.

терапии, ограничено. Оптимальное количество сессий КПТ и МЛП неизвестно. В большинстве опубликованных исследований использовались ежедневные одночасовые сессии на протяжении 8 – 16 недель, при этом указывается на то, что вспомогательные сессии могут улучшать исход и снижать рекуррентность. На практике, количество сессий может быть определено потребностями пациента, тяжестью заболевания и другими релевантными факторами.

Несмотря на то, что антидепрессанты позволяют достичь лучших результатов за короткий период времени, через 24 – 36 недель отмечается тенденция к исчезновению различий в качестве исхода между разнообразными психологическими вмешательствами и антидепрессантами (TADS Team, 2007). Релевантными факторами реакции на все виды психотерапии, по всей видимости, являются квалификация терапевта (обученные терапевты против среднего медицинского персонала) и сила альянса терапевт – пациент.

### **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**

КПТ основана на предположении, что депрессивное настроение связано с поведением индивида и его мыслями, и что изменение поведения и когнитивных паттернов приведет к ослаблению депрессивных эмоций и улучшению функционирования. Люди подвержены воздействию множества стрессоров и автоматически реагируют на них чувствами; у страдающих депрессией подростков эти автоматические реакции крайне негативны, часто катастрофичны: «я никому не нравлюсь», «я ни на что не способен». Такие депрессивные мысли и последующие действия ухудшают их самочувствие, генерируя порочный круг: печальные чувства приводят к нереалистично негативным мыслям и действиям. Цель терапии состоит в том, чтобы разорвать этот порочный круг через осознание, что: а) чувства, мысли и действия связаны между собой, и б) развитие стратегий более позитивных паттернов мышления и поведения приведет к более позитивным чувствам (Langer et al, 2009).

Первая цель КПТ состоит в том, чтобы помочь пациенту идентифицировать связь между настроением, мыслями и совершаемыми им поступками (например, разговор с другом по телефону улучшает настроение) и поставить под сомнение некоторые из его негативных убеждений; одновременно с этим увеличивать число занятий, доставляющих радость и удовольствие, используя стратегию составления графика приятных занятий. Как правило, это требует заполнения дневника настроения (см. Рисунок Е.1.1). Вторая цель заключается в том, чтобы помочь пациенту научиться распознавать полезные и не-полезные мысли, формировать стратегии генерирования более полезных мыслей и применять на практике полезные паттерны мышления в ответ на стрессовые ситуации (когнитивное переструктурирование). Третья цель состоит в том, чтобы вооружить молодого человека навыками построения и поддержания взаимоотношений, разрушенных депрессией, с помощью тренировки социальных, коммуникационных навыков и уверенного поведения.

*«Типичная сессия КПТ начинается с совместной постановки задачи на данную сессию, обзора выполнения домашнего задания за прошедшую неделю, изучения и тренировки текущего когнитивно-поведенческого навыка, направленного на решение кризиса и проблем, возникших у подростка в течение прошедшей недели, помощи в закреплении навыков, приобретенных в течение сессии и постановке практических/домашних заданий» (Langer et al, 2009).*

Рисунок Е.1.1 Пример заполненного дневника настроения

		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
НАСТРОЕНИЕ	ДП*	2	1	4	1	3	6	5
	ПП**	4	3	2	2	5	6	7
ЗАНЯТИЯ	ДП*	<i>Школа Надо мной издевались</i>	<i>Школа Плохие оценки Не смог сделать контрольную работу по математике</i>	<i>Школа Общался с друзьями</i>	<i>Школа Поймали, когда курил Оставлен после уроков</i>	<i>Школа</i>	<i>Спал Играл в теннис</i>	<i>Проведал бабушку в больнице</i>
	ПП**	<i>Компью- терные игры Выводил собаку на прогулку</i>	<i>Компьютер- ные игры Домашняя работа</i>	<i>Компью- терные игры Поругался с сестрой</i>	<i>Компью- терные игры Поругался с мамой</i>	<i>Ходил с друзьями в кино</i>	<i>Помогал отцу в саду</i>	<i>Сходил к другу Прогуливал собаку</i>
<p>Напишите кратко, чем занимались в течение дня (утром и после обеда) и оцените свое настроение от 0 (несчастный), 5 (ни счастливый, ни несчастный) и до 10 (очень счастливый). Используйте любые цифры в этом диапазоне.</p> <p>* до полудня (ДП); ** после полудня (ПП).</p>								

### Межличностная психотерапия (МЛП)

Межличностная психотерапия делает акцент на важности межличностных взаимоотношений и на том, что люди испытывают дистресс, когда происходят нарушения в их значимых отношениях. Это приводит к потере социальной поддержки, что в свою очередь вызывает и поддерживает депрессивные эмоции. Терапевты, занимающиеся МЛП, не пытаются глубоко исследовать прошлое

#### Помощь подростку в решении проблем структурированным путем

1. «В чем проблема?» – попроси подростка написать об этом.
2. Напиши все возможные способы ее решения – составь список всех возможных решений. Подросток должен написать все возможные варианты решения, которые придут ему в голову, не оценивая их (т.е. как хорошие, так и плохие).
3. Выбери каждое возможное решение из списка и обдумай все аргументы за и против.
4. Попроси подростка выбрать наиболее практичное решение.
5. Составь план, как обеспечить выполнение наилучшего решения, и какие для этого нужны резервы. Возможно, придется отрепетировать с подростком трудные шаги.
6. После того, как подросток реализует выбранное решение, проведи обзор его действий и похвали за все затраченные усилия. Если решение не работало, повтори все шаги сначала и найди альтернативное решение.

подростка, а наоборот, фокусируются на текущих межличностных конфликтах и, работая с подавленными навыками межличностного взаимодействия подростков, пытаются улучшить их взаимоотношения.

МЛП имеет много общего с КПТ. Например, цели состоят в том, чтобы: связать настроение с межличностными событиями, происходящими в определенный момент времени; организовать психообразование на тему депрессии; поощрять участие в доставляющих удовольствие занятиях (особенно в школе), как средство улучшения настроения. Однако при проведении МЛП усилия фокусируются на межличностных проблемах (например, исследовании и модификации не способствующих адаптации коммуникативных паттернов и межличностных взаимоотношений) и на обучении подростков, как с ними конструктивно справляться.

### Медикаменты

Антидепрессанты и их эффективность представлены в Таблице Е.1.8. Антидепрессанты являются важным средством в лечении депрессии у детей и подростков, однако, некоторые, эффективность которых доказана у взрослых, не дают желаемого эффекта при лечении молодых людей (например, трициклические антидепрессанты), или же использование их в этой возрастной группе слишком рискованно (например, ингибиторы МАО) – что свидетельствует в пользу того, что эмпирические данные, полученные при исследовании методов лечения у взрослых, не обязательно могут быть использованы у детей и подростков. Во вся-

### ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО И ТЯЖЕСТЬ ДЕПРЕССИИ

Одним из наиболее загадочных аспектов лечения депрессии является высокий показатель эффекта плацебо, оцениваемый в 50 – 60% в РКИ, в которых изучалось фармакологическое лечение депрессии у детей и подростков. Обзор нескольких РКИ показал, что эффект плацебо был сильнее выражен у детей, чем у подростков, из них у детей, страдающих легкой депрессией, и усиливался при увеличении количества центров, включенных в исследование (Bridge et al., 2009).

Эффективность антидепрессантов по мере утяжеления депрессии не возрастает, однако эффект плацебо ослабевает. То есть, в случае легкой депрессии этот эффект соответствует эффективности медикаментов, тогда как в случае тяжелой депрессии явно слабее медикаментов. Так, например, в TADS, в котором были исследованы испытуемые, страдавшие тяжелой депрессией, через 12 недель отреагировали 35% пациентов, принимавших плацебо, и 61% пролеченных флуоксетином. Похожие результаты были опубликованы и для взрослых. Это одна из причин, по которой антидепрессанты обычно не рекомендуют как лечение первого ряда при легкой депрессии.

Таблица Е.1.8 Обзор данных об эффективности антидепрессантов при униполярной депрессии

Группа антидепрессантов	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <li>Трициклические антидепрессанты (ТЦА): Амитриптилин, кломипрамин, дезипрамин, досулепин, доксепин, имипрамин, лофепрамин, нортриптилин, протриптилин, тримипрамин</li> <li>Тетрациклические антидепрессанты (ТеЦА): Амоксапин, мапротилин, миансерин, миртазапин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет данных о преимуществе перед плацебо, ни для одного из них, особенно среди детей препубертатного возраста</li> <li>Выраженные побочные эффекты (антихолинергическое действие, удлинение QT)</li> <li>Токсичны (кардиотоксичность) при передозировке (за исключением миртазапина)</li> <li>Следует избегать назначения у детей и подростков</li> </ul>

Группа антидепрессантов	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <li>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Как группа более эффективны, чем плацебо, особенно у подростков с тяжелой депрессией.</li> <li>Незначительные побочные эффекты, но могут повышать суицидальность.</li> <li>Флуоксетин изучен лучше всего и имеет самые лучшие доказательства эффективности. Одобрен FDA* и ЕМЕА** для применения у детей, начиная с восьми лет и старше.</li> <li>Сертралин, циталопрам, эсциталопрам: менее четкие доказательства эффективности, тем не менее, они могут быть эффективны у пациентов, которые не переносят флуоксетин (Brent et al, 2008). Эсциталопрам одобрен FDA для использования при депрессии у подростков.</li> <li>Пароксетин: по всей видимости, не эффективен у детей и подростков и обладает более выраженными побочными эффектами, чем остальные СИОЗС. Из-за короткого периода полувыведения быстро возникают симптомы отмены.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ингибиторы обратного захвата норадреналина (ИОЗН): венлафаксин, дезвенлафаксин, дулоксетин, милнаципран</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В одном из исследований была продемонстрирована одинаковая эффективность СИОЗС у пациентов с резистентной к лечению депрессии, однако имеет более неблагоприятный профиль побочных эффектов.</li> <li>Нет непротиворечащих друг другу доказательств в отношении других препаратов из этой группы.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО): изокарбоксазид, моклобемид, фенелзин, селегилин, транилципромин, пиразидол</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет данных об эффективности у детей и подростков.</li> <li>Высокий риск побочных эффектов из-за несоблюдения ограничений диеты.</li> <li>Следует избегать назначения у детей и подростков.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Другие антидепрессанты: буспирон, нефазодон, агомелатин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доказательства эффективности для этой группы отсутствуют.</li> </ul>
<p>*FDA: Food and Drug Administration (Управление по контролю за продуктами и лекарствами (США))</p> <p>**ЕМЕА: European Medicines Agency (Европейское агентство по контролю лекарственных средств)</p>	

ком случае, у детей и подростков гораздо сильнее, чем у взрослых, выражен эффект плацебо, поэтому обязательно принимать в расчёт тяжесть депрессии: антидепрессанты не эффективнее плацебо при легкой депрессии, однако более эффективны при тяжелой.

Ключевым аспектом назначения медикаментозного лечения и получения информированного согласия является обсуждение с пациентом и его семьей, если это возможно, причин назначения лечения, возможных побочных эффектов (включая возможность возникновения или усиления суицидальных мыслей, нервозности, ажитации, раздражительности и нестабильности настроения), необходимости соблюдения схемы лечения, а также отдаленных последствий приема антидепрессантов (чтобы развеять необоснованные ожидания немедленной выгоды). В соответствии с принципами надлежащей практики в течение первого месяца с момента назначения медикаментозного лечения рекомендуется еженедельно контролировать состояние пациента (непосредственно, путем еженедельных посещений врача или с помощью телефона). Такие осмотры позволяют осуществлять дальнейшую психологическую поддержку, а также проводить мониторинг побочных эффектов и реакции на лечение (используя во время каждого визита оценочную шкалу для депрессии).

Недостаточное лечение (недостаточная доза лекарственного препарата или длительность приема) – наиболее распространенная ошибка в клинической практике. Хотя всегда необходимо начинать с низкой дозы, количество принимаемого лекарства необходимо постепенно повышать до тех пор, пока не ослабнут симптомы или не появятся побочные эффекты, не забывая о том, что возможны широкие индивидуальные колебания.

### **Побочные эффекты медикаментов**

Поскольку антидепрессанты, не входящие в группу СИОЗС, редко используют для лечения депрессии у детей и подростков, мы в данной главе более подробно остановимся на побочных эффектах СИОЗС. В случае ТЦА, главным образом, наблюдается антихолинергическое побочное действие и кардиотоксичность, тогда как при использовании ИМАО существует высокий риск гипертонического криза.

### **Суицидальность**

Существует предположение, что СИОЗС парадоксально могут индуцировать суицидальное поведение у детей и подростков. Выяснить, действительно ли это так, нелегко, поскольку депрессия сама по себе способствует повышению суицидального риска. Таким образом, данные противоречивы. С одной стороны, результаты фармакоэпидемиологических и экологических исследований свидетельствуют о том, что использование СИОЗС приводит не к повышению, а к понижению суицидальности среди молодых людей. С другой стороны, проведенный FDA обзор контролируемых исследований с участием 4400 детей и подростков показал стойкое, хотя и небольшое (2%) кратковременное повышение распространенности суицидальности (суицидальные мысли, попытки) у тех, кто принимал антидепрессанты, в основном СИОЗС, по сравнению с плацебо. В данном случае не было завершенных

### Терапевтическая польза и риск суицидальности антидепрессантов

Из антидепрессантов, только в отношении СИОЗС в мета-анализе 15 РКИ, в которых изучалось лечение депрессии, опубликованы данные о показателе – число больных, которое необходимо пролечить для получения одного благоприятного или предупреждения одного неблагоприятного исхода (NNT – numbers needed to treat), который составил от 4 (для флуоксетина) до 20 (для нефазодона), при сводном среднем показателе – 10 (Bridge et al, 2007). То есть, для того, чтобы получить улучшение состояния у одного ребенка, страдающего депрессией, при назначении флуоксетина, необходимо пролечить четверых (как противопоставление другим факторам, таким как эффект плацебо, и естественное течение заболевания).

В этом же мета-анализе публикуются данные о показателе – количество пациентов, принимающих препарат, на один случай побочной реакции (NNH – number needed to treat to harm), определяемом, как возникновение суицидального поведения. Этот показатель достиг от 112 (по данным 13 исследований депрессии) до 200 (по данным 6 исследований обсессивно-компульсивного расстройства – ОКР), при этом сводный средний показатель составил 143. То есть, необходимо пролечить антидепрессантами 112 подростков, страдающих депрессией, чтобы у одного из них возникло суицидальное поведение, связанное с лечением. В целом, в соответствии с этими показателями, польза от использования антидепрессантов, по всей видимости, значительно превосходит риски возникновения суицидальных мыслей/суицидальных попыток.

### Фармакогеномика и индивидуально подобранное лечение

Антидепрессанты в целом обладают умеренной эффективностью, однако среди пациентов отмечается широкий диапазон индивидуальных реакций на эти препараты. Как оказалось, клинические характеристики (например, присутствует меланхолия или нет) не могут быть показателем реакции на антидепрессанты. Единственное, что мы можем использовать сегодня – это метод проб и ошибок (т.е. пробовать антидепрессант, и если он оказывается неэффективным, переходить на другой) – громоздкий, и требующий затрат времени, подход.

Хорошо известно, что когда родители реагируют на какой-то антидепрессант, то весьма вероятно, что и их ребенок будет хорошо реагировать на данное лекарственное средство. Как результат, возник повышенный интерес к выявлению генетических изменений (например, в генах транспортерах серотонина, норадреналина), которые могут ассоциироваться с реакцией на антидепрессанты. Ситуация осложняется тем, что антидепрессанты метаболизируются ферментами, уровень которых подвержен значительным индивидуальным колебаниям. Например, цитохром P450 (CYP)2D6 играет ведущую роль в метаболизме многих антидепрессантов, однако обнаружено больше 74 аллельных вариантов гена CYP2D6, и это число продолжает расти. В результате этого активность CYP2D6 в популяции значительно варьирует от «ультравысокой» к «экстенсивной», «умеренной» и «слабой». Распределение этих аллелей варьирует также в зависимости от этнической группы. Клиническими последствиями полиморфизма CYP2D6 могут быть, как возникновение побочных эффектов лекарственного средства, так и отсутствие реакции. Ожидается, что в будущем генетические исследования помогут в выборе правильного антидепрессанта каждому пациенту. В настоящее время это невозможно.

суицидов. Эти результаты вызвали серьезную озабоченность у FDA и у регулятивных органов других стран. Механизмы, лежащие в основе этого феномена, неизвестны. СИОЗС могут вызывать акатизию, раздражительность и расторможенность. Как и другие антидепрессанты СИОЗС могут способствовать переходу в манию.

Учитывая эти результаты необходимо всегда помнить о возможности суицидального риска. Врачам следует использовать стратегии, позволяющие взять под контроль такой риск, такие как еженедельные осмотры пациента в первый месяц с момента начала лечения, а также информирование родителей и детей о том, как выявлять изменения в поведении (например, ажитацию).

### Другие побочные эффекты

СИОЗС ассоциируются также с высоким риском ажитации, акатизии, кошмарных сновидений, а также нарушениями сна, проблемами со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей веса, сексуальными дисфункциями (снижение сексуального желания, трудности в достижении оргазма, потеря способности поддерживать эрекцию) и повышенным риском кровотечений. Большинство из этих побочных эффектов дозозависимы и легко контролируются путем снижения дозы. Недавно было установлено, что лечение с использованием СИОЗС незначительно повышает риск врожденных пороков развития, особенно кардиологических. Следовательно, необходимо избегать их применения на ранних стадиях беременности.

В зависимости от периода полувыведения отдельного препарата из группы СИОЗС, внезапное прекращение его приема или нерегулярный прием высоких доз может вызывать абстинентный синдром, называемый также синдромом отмены, который проявляется: тошнотой, головными болями, головокружением и похожими на грипп симптомами (не часто при приеме флуоксетина, очень часто при лечении пароксетином). Резкая отмена препарата может также повышать вероятность обострения или рецидива.

### Физические методы лечения

Физические методы лечения представлены в Таблице Е.1.9. Кроме лекарственных препаратов в лечении депрессии используются также некоторые физические методы. У детей и подростков электросудорожную терапию (ЭСТ) используют на протяжении 60 лет (в некоторых случаях, ее расценивают как средство, «спасающее жизнь»), и она входит

## ТОКСИЧНОСТЬ

Токсичность – смерть в результате отравления лекарственным препаратом, без или с одновременным употреблением алкоголя – значительно ниже в группе СИОЗС (1,3 смертей на три миллиона пациентов, принимающих препарат), в группе ТЦА (34,8) и ИМАО (20,0). То есть, токсичность ТЦА в 27 раз выше, чем у СИОЗС. Токсичность венлафаксина достаточно высокая (13,2) (Buckley & McManus, 2002).

## СЕРТОНИНОВЫЙ СИНДРОМ

Серотонин потенциально обладает выраженным токсическим эффектом при значительном повышении его уровня в крови. Такой эффект наблюдался при передозировке: а) отдельного лекарственного средства (обычно из группы СИОЗС), б) при одновременном использовании двух лекарственных препаратов, повышающих уровень серотонина в крови или серотонинергическую передачу (например, ингибиторы моноаминоксидазы или моклобемид в сочетании с любым лекарственным препаратом, ингибирующим обратный захват серотонина, таким как СИОЗС или некоторые трициклические антидепрессанты), или в) когда не принимают в расчет время выведения препарата из организма при смене антидепрессантов. К ситуациям риска относятся: полипрагмазия или применение без рецепта альтернативных лекарственных средств (например, зверобой), либо запрещенных, таких как или экстази.

К клиническим признакам серотонинового синдрома относятся:

- Психические: спутанность сознания, ажитация, гипомания, гиперактивность, беспокойство.
- Нервно-мышечные: миоклонус (спонтанный, индуцируемый или окулярный), атаксия, тремор (гипертонус и клонус симметричны и вначале более выражены в нижних конечностях). Миоклонус -наиболее важный дифференциально-диагностический признак.
- Вегетативные: гипертермия, потливость, тахикардия, гипертензия, мидриаз, гиперемия, тремор.

в набор инструментов и лекарственных средств для лечения депрессии. Однако следует отметить, что отсутствуют контролируемые исследования с участием детей и подростков (из-за этических проблем), и нет согласия по поводу того, когда ЭСТ следует использовать – в начале курса лечения (например, при непереносимости антидепрессантов), в качестве *последнего средства* или вообще никогда. Это отражает индивидуальный подход в разных странах к ЭСТ, которая сильно стигматизирована из-за того, что в некоторых странах использовалась как средство политического контроля, отрицательно изображалась в средствах массовой информации или неправильно использовалась некоторыми психиатрами. В результате, во многих государствах использование ЭСТ ограничено законодательно, а в некоторых даже запрещено (например, в Словении). Совсем недавно клинические испытания в качестве метода лечения депрессии у детей и подростков прошла *транскраниальная магнитная стимуляция* (ТМС), но на настоящее время она может рассматриваться только как экспериментальный метод. Для более детальной информации смотри Walter and Ghaziuddin, 2009.

Таблица Е.1.9. Обзор данных об эффективности физических методов лечения при униполярной депрессии

Метод лечения	Комментарии
Электросудорожная терапия (ЭСТ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭСТ редко применяется в этой возрастной группе. По всей вероятности, также сравнительно эффективна, как и у взрослых.</li> <li>• Применяется при тяжелой депрессии, в том случае, когда другие методы не эффективны или не переносятся.</li> <li>• ЭСТ не должна использоваться у детей препубертатного возраста, за исключением случаев крайней необходимости.</li> <li>• Незначительные побочные эффекты, главный из которых – ретроградная амнезия.</li> <li>• В некоторых странах применение запрещено законом.</li> </ul>
Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мало проведено исследований, но результаты обнадеживают.</li> <li>• На современном этапе – экспериментальный метод лечения.</li> <li>• Побочные эффекты, главным образом, легкие и проходящие, в основном головная боль.</li> </ul>
Светолечение (фототерапия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Данные ограничены, но включают контролируемые исследования, сообщающие о позитивных результатах.</li> <li>• Применяются при сезонных расстройствах настроения. Предполагается, что могут быть эффективны и при несезонных расстройствах настроения (например, у пожилых пациентов).</li> <li>• Незначительные побочные эффекты.</li> </ul>

### Дополнительные и альтернативные методы лечения

Применение альтернативных и дополнительных методов лечения (АДМ) широко распространено (см. Главу J.2). Например, зверобой – один из наиболее часто выписываемых детям антидепрессантов в Германии. Для использования в лечении депрессии рекомендован целый ряд АДМ, однако, за редким исключением, их эффективность не подтверждена достоверными доказательствами, особенно это касается детей и подростков. Эта ситуация осложняется еще и тем фактом, что в отношении средств АДМ используются менее строгие критерии эффективности и безопасности, чем к рецептурным лекарственным препаратам. Так, например, кроме прочего, их изготовление недостаточно стандартизировано, такие средства могут легко фальсифицироваться, портиться или неточно дозироваться. Врач нередко может чувствовать себя не вполне комфортно, расспрашивая, обсуждая или рекомендуя АДМ, когда видит интерес родителей и пациентов к таким средствам. Тем не менее, компетентный клинический осмотр должен включать в себя рутинные вопросы об использовании альтернативных и дополнительных средств.

Таблица Е.1.10 Обзор данных об эффективности альтернативных методов лечения при униполярной депрессии.

Средство	Комментарии
Зверобой (ясменник Св.Джона)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Много РКИ с участием взрослых пациентов, главным образом, при легкой депрессии. Результаты противоречивы – большие и лучше организованные исследования пациентов с тяжелыми формами депрессии демонстрируют отрицательные результаты значительно чаще, чем небольшие РКИ при легкой депрессии. Очень мало данных о клинических испытаниях с участием детей.</li> <li>• Зверобой может быть таким же эффективным, как и антидепрессанты при легкой депрессии.</li> <li>• Незначительные побочные эффекты.</li> <li>• Высокий риск взаимодействия с широким диапазоном назначенных медикаментов, в связи с активацией системы цитохром-Р450.</li> </ul>
Жирная кислота омега-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Несколько РКИ разного качества с участием взрослых, но мало с участием детей и подростков.</li> <li>• Пока не ясно, в каких случаях эффективна.</li> <li>• Редкие незначительные побочные эффекты.</li> </ul>
s-аденозилметионин (SAMe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинические испытания противоречивого качества показывают, что SAMe может быть также эффективна, как и ТЦА у взрослых. Нет данных в отношении детей.</li> </ul>
Физические упражнения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Некоторые данные о специфической выгоде у страдающих легкой депрессией пациентов старшего возраста. Нет определенных данных относительно детей и подростков.</li> </ul>

Открытая информирующая позиция лечащего врача часто позволяет добиться открытости, более точно выяснить, что нравится пациенту, его убеждения, что в свою очередь способствует более качественному обучению пациента и исходу в целом. Обзор альтернативных методов лечения представлен в Таблице Е.1.10.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗODOB

### Униполярный депрессивный эпизод

- Легкая степень тяжести: Психологическая поддержка или терапия, если доступна. При отсутствии реакции через 4 – 6 недель: КПТ, МЛТ или медикаментозное лечение
- Средняя степень тяжести: Психологическая поддержка или терапия, если доступна. В некоторых случаях медикаментозное лечение (например, предпочтение пациента, недоступность психологических методов лечения). Медикаментозное лечение следует назначать также тогда, когда у пациента не наступает улучшения через 4–6 месяцев поддерживающей или психологической терапии.
- Тяжелая: Психологическая терапия и медикаментозное лечение.
- Психотическая депрессия: Как при тяжелой депрессии плюс антипсихотические препараты второго поколения.

### Биполярный депрессивный эпизод (см. также Главу Е.2)

Мало данных о лечении детей и подростков. Таким образом, рекомендации разработаны на основе данных, полученных при исследованиях у взрослых (Frye, 2011).

- В качестве начальной терапии (первого ряда) обычно применяется карбонат лития или кветиапин.
- К методам лечения второго ряда относятся:
  - (а) комбинация лития или вальпроата с СИОЗС
  - (б) оланзапин и один из СИОЗС
  - (в) ламотриджин
- Нет доказательств, что применение одних только антидепрессантов (без стабилизаторов настроения) эффективно и не рекомендовано из-за риска перехода в манию или частой смены фаз.
- Назначения лития и вальпроата следует избегать у женщин детородного возраста (тератогенное действие).

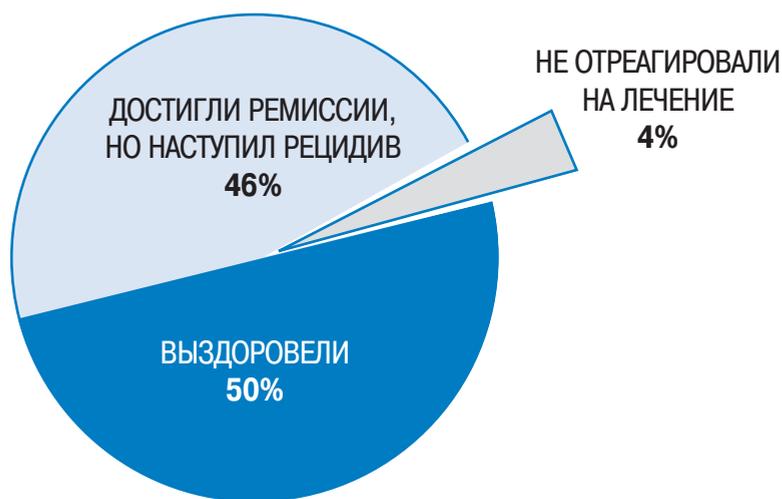
### Какой антидепрессант выбрать?

- При выборе антидепрессанта необходимо руководствоваться двумя соображениями: эффективность и безопасность. Как группа, самыми безопасными являются СИОЗС; из них наилучшие данные об эффективности для интересующей нас возрастной группы получены для флуоксетина.
- Реакция или отсутствие реакции, либо побочные эффекты при лечении предыдущего эпизода будут влиять на выбор лекарственного препарата для лечения текущего эпизода.

- Начиная с 10 мг флуоксетина. При хорошей переносимости через неделю повысьте дозу до 20 мг. Обычно 20 мг достаточно для детей препубертатного возраста. У подростков может возникнуть необходимость в повышении дозы до 30 или 40 мг, если они не реагируют адекватно на 20 мг и хорошо переносят препарат.

Если флуоксетин плохо переносится, или возникают иные причины его не применять, попробуйте другой препарат из группы СИОЗС (например, сертралин или эсциталопрам).

**Рисунок Е.2.2 Выздоровление и рецидив: участники TADS через пять лет (Curry J et al. 2010)**



### Продолжительность лечения

Это общепризнанный факт, что раннее прекращение лечения (например, после 8 – 12 недель), как только пациенту становится лучше, часто приводит к обострению. Клинический опыт говорит о том, что лечение должно продолжаться, как минимум, шесть месяцев после достижения ремиссии. Чтобы избежать феномена отмены или абстиненции, прекращать прием всех антидепрессантов (особенно СИОЗС с коротким периодом полувыведения) необходимо постепенно, нерезко.

### У пациента не наступает улучшения

Большинство пациентов выздоравливают, улучшение наступает через 12 недель непрерывного лечения. Например, по данным катамнестического наблюдения в рамках исследования TADS, у 88% пациентов выздоровление наступило через два года и у 96% – через пять лет (Curry et al, 2010). Однако отсюда также видно, что незначительное меньшинство пациентов не выздоравливают (см. Рисунок Е.2.2). До того, как принять решение к какой группе относится пациент – частично реагирующий, не реагирующий или устойчивый к лечению, необходимо рассмотреть все потенциальные факторы, которые могут способствовать плохой реакции па-

циента на лечение. Все эти факторы представлены в Таблице Е.1.11. Например, у ребенка, страдающего депрессией, не наступило улучшения; дальнейшее обследование показало, что его мать также страдает депрессией; лечение депрессии матери

**Оптимизация** – это повышение дозы лекарственного препарата (или психотерапии) до максимальной или увеличение длительности лечения. Это первая стратегия, необходимость использования которой следует рассмотреть, если у пациента не наступает улучшения состояния, до тех пор, пока у него не появятся побочные эффекты или он неохотно будет продолжать лечение.

**Усиление** текущего лечения осуществляется путем добавления лекарственного препарата другого типа (например, лития, антидепрессанта другого класса), или КПТ, или МЛТ, если они до сих пор не использовались.

**Переключение** означает прекращение приема или перекрестное титрование (постепенное снижение) одного медикамента и начало использования другого с постепенным повышением дозы. Переключение может быть: (а) на другое средство из той же группы (например, с СИОЗС на СИОЗС), (б) на другой класс антидепрессантов (напр., с СИОЗС на ИОЗН), или (в) на психотерапию.

научно-обоснованной психотерапией. То есть, резистентность к лечению необходимо диагностировать только после двух попыток научно-обоснованного лечения в адекватной дозе и с соответствующей продолжительностью (например, 12 недель).

Если подтверждается резистентность к лечению, то доступны несколько вариантов решения этой проблемы (исходя из клинического опыта и экстраполяции данных, полученных при лечении взрослых). К ним относятся: оптимизация, переключение, усиление и ЕСТ. Важным практическим аспектом является то, что изменение схемы лечения необходимо проводить поочередно, в противном случае будет сложно определить, какие изменения привели к улучшению.

Мало накоплено эмпирических данных, которые могли бы убедить нас в преимуществе переключения с одного лекарственного препарата на другой перед усилением лечения, хотя, как показывают результаты исследований у взрослых пациентов, переключение с флуоксетина на другой СИОЗС или венлафаксин вызывает реакцию на лечение примерно у трети пациентов (Brent et al, 2008). Однако у пациентов, принимавших венлафаксин, наблюдались более выраженные побочные эффекты. Это свидетельствует в пользу того, что если в качестве варианта решения проблемы резистентности к лечению выбирается переключение, то начинать необходимо с другого препарата из группы СИОЗС, а не с венлафаксина.

привело также к улучшению состояния ребенка. Клиническое обследование подростка, которому не становилось лучше, обнаружило короткие периоды гипомании, а также тот факт, что дедушка страдал биполярным расстройством; лечение карбонатом лития привело к улучшению симптомов.

Одна из ключевых задач – установить, лечился ли пациент каким-либо из эффективных антидепрессантов в соответствующей дозе (напр., 40 мг флуоксетина), и достаточно ли долго (напр., 12 недель). Неадекватная дозировка может быть связана с несоблюдением схемы лечения – намеренным или случайным.

### Резистентность к лечению

Несмотря на важность этой проблемы, очень мало эмпирических данных о резистентной к лечению депрессии у детей и подростков, кроме того, нет согласованного определения. Virmaher с коллегами (2009) предложили следующее определение резистентности к лечению: молодой человек, у которого симптомы депрессии и функциональные нарушения сохраняются после 8 – 12 недель оптимального фармакологического лечения, или 8 – 16 сессий КПТ либо МЛП и дальнейших 8 – 12 недель лечения альтернативным антидепрессантом, или усиления лечения другими лекарственными средствами или

Таблица Е.1.11 Факторы, связанные с частичной реакцией на лечение, или ее отсутствием

Пациент	Семья	Окружающая среда	Врач
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более молодой возраст.</li> <li>• Тяжелая депрессия.</li> <li>• Плохая кратковременная реакция.</li> <li>• Плохое функционирование.</li> <li>• Нарушение аппетита или изменение массы тела.</li> <li>• Нарушения сна.</li> <li>• Нарушение графика лечения.</li> <li>• Коморбидные психиатрические или соматические расстройства.</li> <li>• Побочные эффекты.</li> <li>• Медикаменты (например, стероиды).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Депрессия у матери.</li> <li>• Разобщенность.</li> <li>• Неблагонадежность.</li> <li>• Плохое обращение, конфликт.</li> <li>• Психопатология (например, наркотики или алкоголь).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Издевательства.</li> <li>• Стрессоры.</li> <li>• Дисфункциональная школа или район проживания.</li> <li>• Антисоциальная группа сверстников.</li> <li>• Культурные/этнические проблемы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ошибочный диагноз.</li> <li>• Неправильно подобранное лечение (не научно-обоснованное лечение, недостаточно длительное или неадекватная доза).</li> <li>• Нераспознавание побочных эффектов.</li> <li>• Плохие взаимоотношения доктор-пациент.</li> </ul>

### Условия лечения

Для большинства детей и подростков, страдающих депрессией, оптимальным будет лечение в амбулаторных условиях, при котором сведены к минимуму перемены в посещении школы, нарушения социальных и семейных взаимоотношений и стигматизация. Стационарные условия могут быть оправданными только тогда, когда не может быть гарантирована безопасность пациента (например, при высоком суицидальном риске), при очень тяжелой депрессии (например, присутствуют тяжелые психотические симптомы), или при отсутствии реакции на лечение. В последнем случае, помещение в стационар может позволить провести более точную оценку причин отсутствия эффекта и прицельно провести мониторинг соблюдения схемы лечения и вызванных им изменений.

## РЕКУРРЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

Уже подчеркивалось, что депрессия у детей и подростков имеет тенденцию к рекуррентному течению. Так, например, по данным катamnестического наблюдения в рамках исследования TADS, почти у половины пациентов (47%) после выздоровления в течение 5 лет происходил рецидив заболевания. С большей вероятностью но-

вый эпизод депрессии возникал у подростков, которые плохо реагировали на лечение в короткий период, у девочек, а также у пациентов, у которых депрессия сочеталась с тревожным расстройством. Однако показатель рецидивности был одинаковым независимо от метода лечения (например, не было отмечено более высоких результатов у пациентов принимавших флуоксетин в сочетании с КПТ) (Curry et al, 2010).

В лечении рецидивов необходимо руководствоваться теми же принципами, что и в лечении острого эпизода. Частые рецидивы могут требовать непрерывного лечения каким-либо из антидепрессантов.

### КОМБИНИРОВАНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ С КПТ

Результаты исследования TADS показали, что сочетание СИОЗС (флуоксетин) и КПТ приводит к более благоприятным результатам, чем КПТ или флуоксетин порознь. Данные, полученные при проведении исследований у взрослых, также свидетельствуют о том, что лечение антидепрессантами, дополненное КПТ, дает в результате более высокие показатели улучшения состояния пациентов. Как следствие, во многих руководствах по лечению депрессии применение СИОЗС в сочетании с КПТ рекомендуется, как предпочтительный метод лечения тяжелой депрессии у детей и подростков.

В одном из мета-анализов (Dubicka B et al, 2010) изучался вопрос - позволяет ли КПТ получить дополнительную выгоду от лечения антидепрессантами при униполярной депрессии. Результаты не доказали преимущества комбинирования антидепрессантов и КПТ перед применением только лекарственной терапии по таким показателям, как симптомы депрессии, суицидальность и общее улучшение, непосредственно после завершения лечения или по данным катамнестического наблюдения. Комбинированное лечение действительно позволяет добиться значительного улучшения в краткосрочной перспективе (первые 12 недель лечения). Следовательно, эти результаты демонстрируют современные представления о проблеме, однако нуждаются в повторении. Тем не менее, дети и подростки могут извлечь выгоду из такой комбинации. Недавно появились данные о том, что сочетание какого-либо из антидепрессантов с КПТ может быть более эффективно, чем другие вмешательства у подростков, которые не реагируют на лечение соответствующим антидепрессантом.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ, СОЧЕТАННОЙ С ДРУГИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

- Лечение депрессии у детей и подростков, сочетанной с другими психическими расстройствами (например, тревогой, СДВГ) требует особых навыков. Сначала следует ослабить симптомы более тяжелого расстройства, а изменения симптоматики необходимо контролировать с помощью специфических оценочных шкал, а не путем оценки лишь общего функционирования:
- Если это вообще возможно, начните с одного лекарственного средства.
- Одновременно меняйте или дополняйте только один лекарственный препарат, предоставляя необходимое время для ответа на лечение и подбора адекватной дозы.
- Смена лекарственного препарата может быть обоснованной после 4 – 8 недель лечения, если отсутствует или минимальна реакция на лечение, несмотря на адекватную дозу. Если отмечена определенная реакция, продолжайте лечение этим же препаратом, пытаясь подобрать адекватную дозу.
- Если симптомы удерживаются после назначения двух научно обоснованных методов лечения, следуйте протоколу лечения депрессии резистентной к терапии.
- Если клинически обосновано применение нескольких лекарственных препаратов (например, для лечения коморбидных расстройств), вам необходимо знать все о возможных взаимодействиях и проводить соответствующий мониторинг.

### Злоупотребление психоактивными веществами

Депрессия, сочетающаяся с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя или наркотиков – это особая проблема, при которой критическое значение приобретает вовлечение родителей в процесс выздоровления. Из-за высо-

кого риска причинения вреда, важным является обсуждение и составление плана безопасного поведения уже при первом осмотре подростка, а также повышенная бдительность на протяжении всего лечения. Это может включать объяснения правил безопасного секса, информирования о заболеваниях, передающихся половым путем, в том числе и о ВИЧ, о контрацепции, а также о суммарном влиянии депрессии и злоупотребления алкоголем и наркотиками, и связанных с этим рисках. Необходимо подчеркнуть, что наркотики и алкоголь недопустимое лечение при депрессии, на короткое время может показаться, что они приносят облегчение, но в долгосрочной перспективе лишь усугубляют депрессию.

Лечение должно быть интегрированным, т.е. осуществляться одновременно, а не последовательно. Например, не следует ждать воздержания от употребления наркотиков до того, как начинать лечение антидепрессантами. Методы психотерапии, такие как семейная терапия, терапия повышения мотивации и КПТ, также следует назначать одновременно.

Лечение пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, может потребовать получения от пациента образцов для лабораторных исследований, таких как регулярный анализ мочи на содержание наркотиков. В данном случае вам необходимо знать (обычно после обсуждения этого вопроса с подростком) кому сообщать о результатах анализов, при каких обстоятельствах, и как вы будете использовать эту информацию (см. Главы G.1, G.2 и G.3).

### **Депрессия у детей с задержкой интеллектуального развития**

Отсутствуют достоверные данные о распространенности депрессии среди детей с задержкой интеллектуального развития (врожденной умственной отсталостью), хотя существуют предположения, что она может быть выше, чем в общей популяции. Страдающие депрессией дети и подростки обычно имеют печальное или грустное выражения лица, часто плачут или раздражаются, теряют интерес к повседневным занятиям или стереотипным интересам, у них отмечаются нарушения сна и аппетита в контексте изменений прежнего поведения. Уменьшение количества потребляемой пищи или отказ от еды, медлительность в движениях, неряшливость или застывание могут указывать на депрессию у детей с более тяжелыми нарушениями. Подростки с легкой умственной отсталостью, как правило, в состоянии описывать внутренние переживания и симптомы депрессии, такие как печаль, отчаяние или суицидальные мысли. Особое значение имеет информация от родителей, опекунов, учителей и социальных работников. Депрессию сложно диагностировать у детей с умственной отсталостью, и нередко она остается нераспознанной.

Учитывая то, что отсутствуют эмпирические данные относительно специфического лечения детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью, лечение должно проводиться по тем же принципам, что и у интеллектуально полноценных детей, но с некоторыми поправками (например, когнитивные аспекты часто неуместны). Особую проблему в этой группе составляет согласие на лечение, особенно в отношении инвазивных методов лечения (таких как электросудорожная терапия).

### Депрессия, сочетанная с соматическими заболеваниями

Депрессия часто встречается среди детей и подростков с хроническими соматическими заболеваниями и оказывает значительное влияние на качество их жизни. В соответствии с Ortiz-Aguayo and Campo (2009) «это не просто еще одно расстройство, которым страдает соматически больной ребенок, взаимодействие депрессии и соматического заболевания часто комплексное и двунаправленное». В результате этого, выявление и диагностика депрессии у хронически больного ребенка часто бывает сложной задачей, поскольку существует риск ошибочного приписывания симптомов соматического заболевания (например, утомляемости, проблем со сном и аппетитом) расстройствам настроения и наоборот. В данном случае особое значение приобретает оценка нарушений функционирования.

Несмотря на то, что лечение, в принципе, не отличается от используемого при острых эпизодах, в случае сочетания депрессии с соматическим заболеванием более всего показано медикаментозное лечение, хотя оно имеет некоторые свои отрицательные стороны, такие как высокая вероятность побочных явлений и взаимодействий между лекарственными препаратами, что требует более тщательного подбора медикаментов. Например, лекарственные препараты из группы СИОЗС могут повышать риск желудочно-кишечных кровотечений у детей с расстройствами коагуляции или при комбинировании с нестероидными противовоспалительными препаратами.

## КРОСС-КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Действительно ли дети и подростки, независимо от их культуры, переживают депрессию и ее проявления одинаково, или эти процессы варьируют в зависимости от культурального происхождения? Получению ответа на этот вопрос препятствуют многие обстоятельства. Одно из них – отсутствие

В соответствии с Kleinman (2004), «культура искажает диагностику и лечение, влияя не только на переживание депрессии, но также и на обращение за помощью, на коммуникации врач-пациент и на профессиональную практику. Культура также влияет на взаимодействие факторов риска и факторов социальной поддержки и защитных психологических факторов, способствующих возникновению депрессии в первую очередь. Культура может даже создавать характерную окружающую среду, способствующую экспрессии гена и психологическим реакциям, приводя в результате к локальным биологическим особенностям депрессии; результаты исследований уже показали, что у лиц из разных этнических групп по-разному протекает метаболизм антидепрессантов».

хорошо задокументированных эпидемиологических данных о психических расстройствах детского возраста в развивающихся странах. Соответственно, количество исследований ограничено, полученные в них данные ненадежны и неоднородны из-за отличий в диагностических подходах. Несмотря на то, что очевидно влияние особенностей разных культур на результаты обследования, диагностики и лечения депрессии детского и подросткового возраста, иногда сложно разобрать, что относится к культуральным, что к биологическим проблемам, а что к особенностям оказания помощи. Например, были высказаны предположения о том, что увеличение показателей распространенности депрессии детского возраста в Северной Америке и Европе связано с занижением порога диагностики; а более высокая частота суицидов среди девочек в Китае, по сравнению с мальчиками, а также более слабая связь этих суицидов с депрессией, по всей видимости, является следствием

легкого доступа к пестицидам и недоступностью неотложной медицинской помощи в сельскохозяйственных регионах Китая. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что различия между разными группами в пределах одного общества могут быть более выраженными, чем различия между разными странами, хотя эти отличия не связаны специфически с симптомами депрессии, а с поведением и эмоциональными симптомами в целом (Achenbach et al, 2008).

Существует много публикаций, содержащих описание клинических случаев, отражающих культуральные различия в проявлениях депрессии. Например, симптомы депрессии в Афганистане не отличаются от таких же симптомов в других странах, однако в Афганистане большинство пациентов высказывают пассивное желание умереть, а не суицидальные мысли. Несмотря на предположения, что более высокая распространенность чувства вины в западных странах связана с влиянием иудейско-христианской религии, при сравнении разных религий оказалось, что наличие или отсутствие чувства вины ассоциируется скорее с уровнем образования и степенью тяжести депрессии, а не с религиозным воспитанием (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Японцы описывают депрессию не так, как американцы, и по-разному выражают свои чувства. Для японцев застывшие картины природы позволяют выражать чувства безлично; как следствие, при выражении эмоций они теряют связь с личностью. Скорее в соматических жалобах, а не через чувство вины или подавленное настроение переживают депрессию в испаноязычной популяции. Врачам необходимо знать о том, что страдающий депрессией подросток латиноамериканского происхождения может жаловаться на головные боли, на «нервы» или желудочно-кишечные и сердечно-сосудистые симптомы. Многие жители Китая, страдающие депрессией, не говорят о том, что чувствуют печаль; они жалуются на скуку, чувство внутреннего напряжения, боль, тошноту и утомляемость, и часто считают диагноз депрессии неприемлемым и бессмысленным.

## БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ВНЕДРЕНИЮ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ ПОДХОДОВ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

Существует целый ряд барьеров на пути внедрения научно обоснованных методов оказания помощи при депрессии в развивающихся странах (для более детальной информации смотри Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Это вызывает особое беспокойство из-за того, что количественное соотношение популяции лиц, моложе 18 лет значительно выше в бедных, чем в богатых странах.

Барьеры в оказании помощи существуют во всех странах, но особенно заметно они проявляют себя в странах с низким уровнем доходов. Кроме таких вопросов, как транспортное сообщение и способность платить за оказанные услуги, глобальной проблемой является нехватка профессионалов, в том числе и подготовленного персонала немедицинских специальностей. Проблема не только в том, что мало детских и подростковых психиатров, но не хватает также представителей профессий, которые во многих странах формально не считают-

ся специальностями, в том числе и в некоторых развитых странах. Количество детских психиатров на миллион населения, по данным на 2006 год, составило: 21 – в США, 2,8 – в Сингапуре, 2,5 – в Гонконге и 0,5 – в Малайзии. За редким ис-

Барьеры связаны с:

- Ресурсами: обученный персонал, доступные службы, средства.
- Культуральными проблемами: восприятие депрессии, стигма.
- Применением медикаментов.

ключением, количество детских и подростковых психиатров незначительно в большинстве стран Африки, Восточного района Средиземного моря, Южной Азии и западной части Тихого Океана. Это касается также и детских психологов, социальных работников и медсестер, а также доступных служб. Пробел часто заполняется религиозными деятелями (т.е. священниками, имамами) и целителями (см. Главу J.2).

В некоторых странах, даже экономически развитых, отсутствуют стационарные учреждения для детей и подростков.

Страны Центральной и Восточной Европы заслуживают особого внимания. В эту группу входят 30 новых демократических стран с населением около 400 млн., которые находились под влиянием коммунистического режима на протяжении 50 – 70 лет, и в которых в конце XX ст. произошла замена государственной системы на демократическую. В этих странах под руководством коммунистической идеологии сформировалась уникальная система оказания психиатрической помощи, которая была сфокусирована на стационарных психиатрических учреждениях, что отражало политику государства, основанную на исключении из общества уязвимых групп населения. Обычным решением проблемы, в тех случаях, когда семья оказывалась в кризисной ситуации, или когда у ребенка появлялись проблемы, было помещение его в психиатрическую больницу. Игнорирование психологических факторов было следствием убеждения, что психологические проблемы успешно решались советской политической системой. Эти подходы и структуры постепенно изменяются (Puras, 2009).

Низкий уровень знаний о депрессии у родителей, учителей и работников здравоохранения, их подходы к этой проблеме могут приводить к позднему и несвоевременному обращению за помощью или препятствовать соблюдению рекомендаций врача. В целом, уровень знаний о депрессии в развивающихся странах невысок, в некоторых культурах эмоциональные проблемы воспринимаются как более стигматизирующие (признак слабости, заразности), по сравнению с другими. Однако стигма, по всей видимости, более существенный барьер в странах с высоким, а не с низким уровнем доходов. Восприятие депрессии часто противоречиво. Так, например, результаты одного из исследований свидетельствуют о том, что люди, проживающие в Турции, считают депрессию болезнью, воспринимают ее как социальную проблему, верят в то, что депрессия лечится с помощью медикаментов, но мало что знают о лекарственных препаратах и лечении, а также сомневаются относительно принятия обществом людей, страдающих депрессией (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Одним из путей улучшения качества оказания медицинской помощи, может быть обучение врачей общей практики диагностике и лечению депрессии.

Доступ к психологическим методам лечения в развивающихся странах ограничен из-за недостатка обученных профессионалов. То же касается и доступности медикаментозного лечения. В список необходимых лекарственных препаратов,

рекомендованных ВОЗ (WHO (2010)), для детей и подростков, включен только флуоксетин, тогда как для взрослых флуоксетин и amitриптилин рекомендованы для лечения расстройств настроения, а также карбонат лития, карбамазепин и вальпроевую кислоту для биполярного расстройства. Менее чем в половине стран предоставляются некоторые формы субсидий для медикаментозного лечения. Даже если лекарственное средство назначено врачом, маловероятно, что последующее наблюдение будет достаточно адекватным.

## ПРОФИЛАКТИКА

Цель профилактики – уменьшение вероятности возникновения в популяции депрессивных симптомов и расстройств (общая профилактика). Существуют другие профилактические мероприятия, которые могут быть более эффективными, например, ранняя профилактика среди лиц с субклиническим уровнем депрессивных симптомов, нацеленная на редуцирование этих симптомов и предупреждение возникновения развернутого депрессивного эпизода: селективная (если у целевой группы участников присутствуют выраженные факторы риска) или целевая (если они уже демонстрируют субклинические уровни депрессивных симптомов). В Таблице Е.1.3 представлены ключевые факторы риска и их влияние на профилактику.

В целом, исход профилактических программ был неоднородным. Целенаправленные программы (селективная и целевая) продемонстрировали величину эффекта от слабого до умеренного, но более высокую, чем универсальные программы, которые в большинстве случаев оказались неэффективными. Наиболее действенные программы были сфокусированы на когнитивном реструктурировании, решении социальных проблем, навыках межличностной коммуникации, психофизиологической адаптации и тренинге уверенности, индивидуально или в группах. Обычно профилактические программы осуществляются в группах детей или подростков в школе или клинике (Garber 2009; US Preventive Services Task Force, 2009).