

## ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОДРОСТКОВ

Масик О.И.

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ПО*

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, депрессия, подростки, вегетативные расстройства.

**Резюме:** В статье рассмотрена проблема диагностики психосоматических расстройств у подростков с использованием патофизиологической методики CDI (М. Kovacs). Сделан акцент на значении соматизированной депрессии в клинике, которая проявляется функциональными расстройствами, в зависимости от возраста и социального статуса подростков.

**Summary:** In the article is argued the problem of diagnosis of psychosomatic disorders in adolescents using CDI (M. Kovacs) pathopsychological methods. The importance of clinical somatised depression, which is manifested with functional disorders depending on age and social status of adolescents in underlined.

**Актуальность.** Эмоции являются универсальным индикатором изменений внутренней среды и сопровождают все психические процессы организма человека [2, 5]. Расстройства настроения или дистимия у детей подросткового возраста проявляются по-разному: длительным угнетением настроения, дисфорией, заниженной самооценкой, чувством безнадежности, при этом все симптомы или недостаточно выражены, или периоды ухудшения симптоматики недостаточно длительные, чтобы диагностировать депрессивное состояние [2, 4, 5]. При этом обычно присутствуют высокие показатели раздражительности и гнева в повседневной жизни, встречается гиперэмоциональная реакция на социальные проблемы, которые могут проявляться в виде функциональных расстройств со стороны внутренних органов (кардиальный, гипервентиляционный синдромы, абдоминалгии, гипергидроз), нарушения сна, псевдовестибулярные расстройства. По мере эволюции состояния растут явления астении, ипохондрические наслоения. Все это довольно часто возникает из-за неспособности выразить свои эмоции и чувства при общении, или алекситимии при формировании психосоматических расстройств у детей и подростков [4]. Поэтому, изучение связей между действием психогенных факторов и симптомами психосоматической патологии, что является основой выбора наиболее эффективной лечебной тактики, становится весьма актуальной проблемой.

**Цель:** выявление клинических психопатологических особенностей соматизированного депрессивного расстройства при развитии психосоматической патологии у подростков.

**Задачи.** 1. Установить частоту и особенности клинических проявлений соматизированных депрессивных расстройств при психосоматических нарушениях

у подростков; 2. Определить уровни депрессивных проявлений в зависимости от различных факторов в исследуемых группах.

**Материалы и методы исследования.** Проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование с использованием психодиагностических и патопсихологических методик 127 подростков-школьников общеобразовательных школ №1, №2 и школы-интернат г. Хмельницкий, которые обратились к семейному врачу по причине психосоматических расстройств. Среди них было 65 мальчиков и 62 девочки. Клинико-психодиагностическое обследование включало детальное изучение анамнеза заболевания, определения соматического и психического статуса.

Все обследованные были распределены по возрасту на три группы: младший подростковый возраст (10-14 лет, n=66), средний подростковый возраст (15-16 лет, n=42), старший подростковый возраст (17-18 лет, n=19). В зависимости от социального статуса были выделены группы респондентов на подростков из полной семьи (n=68), подростков из неполной семьи (n=20) и подростков-сирот (n=39).

Для диагностики скрытых симптомов депрессии использовали шкалу депрессии CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs)). Шкала позволяет оценить аффективные и когнитивные симптомы депрессии, соматические жалобы, социальные проблемы и проблемы поведения [6] детей и подростков.

**Результаты и их обсуждение.** В клинике психопатологических расстройств у подростков на первое место выступал соматизированный депрессивный синдром, который проявлялся ощущением дискомфорта и сжатием в грудной клетке, тяжести в сердце и в теле, загрудинной болью, вегетативными расстройствами, чувством давления, жжения, покраснением или побледнением лица, с наличием связи с колебанием аффекта в виде циркадного ритма. Появление симптомов подростки связывали не только со стрессовыми факторами, такими как конфликты в семье и школе, разводом и переездом родителей или изменением класса, длительной болезнью, операцией или смертью родственников, но и неспособностью разрешения аффекта и переживаниями относительно своего здоровья. Нарушения в области эмоций и вегетатики вследствие психоэмоционального стресса считаются основными триггерами в формировании психосоматических расстройств [7].

Соматизированный депрессивный синдром диагностирован у 5,03 % подростков возрастом 10-14 лет, 17,71 % – возрастом 15-16 лет, 22,22 % – возрастом 17-18 лет, 3,33% подростков из полной семьи, 37,04 % подростков из неполной семьи и 16,0 % сирот.

Итак, в результате проведенного анализа частоты соматизированного депрессивного синдрома в зависимости от возраста подростков и их социального статуса было установлено, что достоверно чаще имеют место указанные симптомы в группах подростков возрастом 15-16 лет и 17-18 лет, а также подростков из неполной семьи.

Уровень депрессии определяли по шкале CDI, что позволяет установить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки,

межличностного поведения. В результате исследования выявлено, что у большинства учеников уровень депрессии находится в пределах нормы (от  $43,63 \pm 0,21$  до  $53,97 \pm 0,22$  баллов – средний уровень). Вместе с тем, в группе старшего подросткового возраста, в том числе девушек, уровень депрессии выше среднего (от  $55,45 \pm 0,49$  до  $61,88 \pm 0,53$  баллов) с высокой степенью достоверности ( $p < 0,00001$ ) по сравнению с группами младшего и среднего подросткового возраста.

Проведенный анализ по шкалам показал, что общее снижение настроения, постоянное ожидание неприятностей и повышенный уровень тревожности (шкала А) отмечали 47,37 % подростков. Агрессивное поведение, высокий негативизм и идентификация себя с плохим (шкала В) имело место в 57,89 % человек. Высокий уровень уверенности в своей неэффективности в школе (шкала С) определен в 52,63% респондентов, высокий уровень истощения и чувство одиночества (шкала D) выявлено в 47,37 %. Низкую самооценку и наличие суицидальных мыслей (шкала Е) указывали 36,84 %.

Самый высокий процент неблагополучия в группе младшего подросткового возраста отмечено по шкале В «Межличностные проблемы» (42,42 %), одинаковые значения получены по шкалам CDI общий, шкале С «Неэффективность», шкале D «Ангедония» (по 34,85 %), меньшее количество (25,76 %) по шкале А «Негативное настроение», наименьшее количество, хотя тоже достаточно высокое, по шкале Е «Собственная неэффективность и суицидальные мысли» (22,73 %).

В группе среднего подросткового возраста уровень депрессии выше среднего значения (от  $50,59 \pm 0,20$  до  $53,11 \pm 0,31$  баллов) следующий: по шкале С – 33,33 %, шкалам D и В – по 28,57 %, шкале CDI общий – 21,43 %, шкале А – 19,05 %, шкале Е – 4,76 %.

Результаты исследования уровня депрессии в зависимости от возраста подростков свидетельствуют, что наибольшие значения теста получены в группе подростков 17-18 лет с высоким процентом по общему показателю CDI, шкалам А, В, С и согласуются с клиническими проявлениями соматизованного депрессивного синдрома. Полученные высокие показатели уровня депрессии у респондентов старшего подросткового возраста могут быть связаны с осознанием, что детство уже закончилось, а взрослым подросток себя еще не чувствует. Возникает определенная фрустрация.

Определение уровня депрессии в зависимости от социального статуса респондентов выявило, что у большинства подростков уровень депрессии находится в пределах нормы (от  $46,83 \pm 0,18$  до  $54,68 \pm 0,27$  баллов – средний уровень). Вместе с тем, наибольшие значения показателей выявлено в группе подростков-сирот ( $58,94 \pm 0,37$  баллов), что достоверно ( $p < 0,05$ ) отличается при сравнении их с группой подростков с полной ( $48,33 \pm 0,24$ ) и неполной ( $52,08 \pm 0,33$ ) семьи. Установлены достоверно более высокие значения показателей у девушек ( $p < 0,01$ ) по сравнению с ребятами во всех группах наблюдения, что согласуется с данными Н.Ф. Литовченко [3]. Автор считает, что половые различия в депрессии до подросткового возраста незначительные или не выявляются. Но, начиная с 11 лет, у девочек увеличивается

количество, распространенность, а также тяжесть депрессии, а в 15-летнем возрасте депрессию у девушек диагностируют в два раза чаще, чем у мальчиков [3].

Результаты тестирования (по общим показателям CDI) свидетельствуют, что в группе подростков-сирот ярко выражены симптомы у 48,72 % человек. Проведенный анализ по шкалам показал, что самый высокий процент неблагополучия отмечено по шкалам В «Межличностные проблемы» и С «Неэффективность» (по 51,28 % подростков), высокий уровень по шкале D «Ангедония» (46,15 %), меньшее количество (35,90 %) по шкале А «Негативное настроение», наименьшее количество по шкале Е «Собственная неэффективность и суицидальные мысли» (17,95 % подростков-сирот).

У половины подростков из неполной семьи отмечается высокий уровень депрессии по шкалам CDI общий (50,0 %), шкале В (50,0 %), шкале С (50,0 %), несколько ниже уровень по шкале Е (45,0 %), шкале D (40,0 %), меньшее количество по шкале А (35,0 %).

Самый высокий процент неблагополучия в группе подростков из полной семьи отмечено по шкалам В (32,35 %), шкале D (26,47 %), шкале С (25,0 %), по шкале CDI общий (22,06 %), меньшее количество по шкале А (19,12 %) наименьшее количество по шкале Е (11,76 %).

Таким образом, полученные данные исследования в зависимости от социального статуса подростков свидетельствуют, что самые высокие показатели уровня депрессии получены в группе сирот с высоким процентом по общему показателю CDI, шкалами В, С и D.

Наши результаты согласуются с данными других исследователей, которые считают, что отсутствие родственно-семейной опеки негативно влияет на психоэмоциональное состояние подростка, который на фоне повышенного уровня тревожности [1], фрустрированности и депрессии, психопатоподобных аффективных нарушений, аддиктивного поведения [8] деформирует процесс социализации и социальной адаптации, способствует снижению уровня самооценки и оказывает негативное влияние на эмоциональное и личностное развитие [1]. Вместе с тем, Н.Ф. Литовченко [3] считает, что дети, растущие без привязанности к кому-то, без заботы и ухода, проявляют тенденцию к агрессии, асоциальным поступкам и т.п., но не к депрессии.

Таким образом, в группе детей из полной семьи установлено низкий уровень депрессии по всем шкалам (не превышает 33 %). Высокие значения уровня депрессии у подростков из полной семьи могут быть обусловлены строгим и контролирующим воспитанием детей. Неблагоприятная семейная среда с плохим отношением к подросткам, включая психологическое и физическое насилие, может снижать самооценку ребенка, что в свою очередь обуславливает чувство недостижимости желаемого и, как следствие депрессию [3].

**Выводы.** Опросник детской депрессии CDI может быть использован для выявления подростков с эмоциональными расстройствами, входящими в группу риска и склонных к эмоциональной дезадаптации, а также связей между действием психогенных факторов и симптомами психосоматической патологии.

**Література**

1. Дейниченко Л. Психологічні особливості соціалізації підлітків, які навчаються в закладах інтернатного типу // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. - 2(2)/2014. – С. 24-27.
2. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // [http://www.rmj.ru/articles\\_1486.htm](http://www.rmj.ru/articles_1486.htm)
3. Литовченко Н.Ф. Психокорекція депресії у підлітковому віці / Н.Ф. Литовченко, Т.Г. Здоровець // Практична психологія та соціальна робота. – 2007, № 4. – 17 с.
4. Пипа Л.В. Вплив санаторно-курортного лікування дітей школи-інтернату на їх психологічні та соматичні параметри / Л.В. Пипа, А.В. Філик, І.Л. Лук'янович, Н.В. Пілюйко, М.П. Мурдид, Ю.М. Лисиця, Ж.Ф. Астахова, В.М. Заморока // Современная педиатрия. – 2014. - 3(59). –С. 33-39.
5. Римша С.В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей та підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми / С.В. Римша, Л.В. Пипа, Р.В. Свістільник, Ю.М. Лисиця // Здоровье ребенка. - 7 (58). - 2014. – С. 66-70.
6. Сабирова Е.З. Адаптация русскоязычной версии опросника депрессивности детей (CDI) / Е.З. Сабирова, Ф.И. Барский, А.П. Белова, С.Б. Малых // Вестник КРСУ. — 2011. — Т. 11, № 8. — С. 7-17.
7. Старинець Н.Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини [Текст] / Н.Г. Старинець // Вісник морфології. – 2013. - №1, Т.19. – С. 220-225.
8. Стельмашук Х.Р. Психологічні аспекти формування довірливих стосунків у дітей-сиріт як одна з умов стресостійкості // Проблеми сучасної психології. 2015. Випуск 28. – С.539-550.