

Депрессия у детей и подростков

С какого возраста может развиваться депрессия?

Общепринятой является точка зрения, что выставлять диагноз депрессии можно начиная с 3-4 летнего возраста, то есть тогда, когда ребенок в состоянии определить изменения в своем состоянии и сообщить об этом окружающим. Тем не менее, некоторые исследователи полагают, что расстройства настроения могут возникать намного раньше – даже у новорожденных детей.

Депрессия у детей

Депрессии детского возраста, как и вся психическая патология этого возрастного периода, отличаются по крайней мере тремя существенными особенностями.

Во-первых, депрессивные синдромы, возникающие в детстве, характеризуются транзиторностью, фрагментарностью и рудиментарностью своей клинической картины, а также крайней подвижностью — лабильностью симптоматики. Из-за незрелости психики ребенка психопатологическая симптоматика обычно еще не может структурироваться у него в определенный, четко очерченный синдром. Она остается фрагментарной, то есть недифференцированной. В связи с этим говорить применительно к детскому возрасту о нозологических формах психических заболеваний, а также об определенных синдромах, обладающих устойчивым стереотипом развития, весьма затруднительно.

Во-вторых, для депрессивных синдромов детского возраста характерна особая возрастная окраска болезненных переживаний. Дети редко высказывают идеи самообвинения и жалуются не на тоску и пессимистические мысли, а на страхи и утомляемость. При этом у них обычно имеет место отсутствие интереса к игрушкам и снижение успеваемости в школе. Характерным симптомом для всех вариантов детских депрессий являются школьные прогулы или выраженные в той или иной форме отказы от посещения занятий.

В-третьих, психопатология детского возраста напрямую зависит от периодов, этапов развития психики ребенка или же возрастных уровней его психического реагирования. Согласно Ушакову Г.К. (1973) и Ковалеву В.В. (1979), у ребенка следует различать вегето-моторный период (до 1 года), сенсомоторный (до 3 лет), аффективный (3—10 лет) и идеаторный (11—12 лет). Соответственно, депрессивная симптоматика будет, в зависимости от возраста, протекать с превалированием вегетативных, двигательных, эмоциональных или идеаторных проявлений.

Поэтому классические для взрослого возраста меланхолические депрессивные синдромы, вплоть до начала пубертатного периода, в клинической картине психических расстройств детского возраста наблюдаются весьма редко. Вместо них на первый план в болезненных проявлениях выступают так называемые "возрастные эквиваленты" депрессий (Nissen G., 1980). Среди последних наиболее часто встречаются

астено-апатический, ипохондрический, психопато-подобный (Личко А.Е., 1979), а также психовегетативный, фобический (Башина В.М., 1980), невропатический (Ковалев В.В., 1985) и анаклитический (Spitz R., 1967) варианты депрессий детского возраста. Детские депрессии могут протекать в виде очерченных фаз продолжительностью от нескольких дней (и даже часов) до 2—4 недель. Возможно также и затяжное течение продолжительностью до 2—4 месяцев.

Меланхолический вариант депрессии может развиваться у детей, начиная с препубертатного периода. Депрессивный аффект при этом проявляется в виде подавленного, слезливого настроения с переживаниями усталости, скуки и своеобразных идей самообвинения. Дети жалуются на то, что они "самые слабые в классе", что им "не интересно играть" и у них "ничего не получается". Иногда в структуре депрессивного аффекта возникают стертые суицидальные мысли — "зачем мне таким жить". А также — и идеи виновности, когда ребенок вдруг начинает за что-то просить прощения у родителей. Наблюдается и психомоторная заторможенность. Такие дети отличаются вялостью, молчаливостью, пассивностью и задумчивостью. Они то подчеркнуто послушны, то капризны и плаксивы, отказываются от игр, прогулок, общения со сверстниками и лишь к вечеру несколько оживляются. Весь внешний облик таких детей какой-то "болезненный", что вызывает предположения о наличии у них какого-либо соматического заболевания. В структуру меланхолического варианта депрессии детского возраста зачастую входят соматовегетативные симптомы в виде расстройств сна, головной боли, снижения аппетита и массы тела, болей в животе, диареи.

Астено-апатический вариант депрессии у детей проявляется вялостью, бездеятельностью, равнодушием, резко повышенной утомляемостью, снижением интереса к играм, общению со сверстниками, чтению. Такие дети безучастны, однообразны в своем поведении, склонны к длительному пребыванию в определенных позах. При более легком варианте апатической депрессии на первое место в клинической картине у них выступает астеническая симптоматика в виде быстрой истощаемости и раздражительной слабости, которая сопровождается абдоминальными и алгическими соматовегетативными симптомами.

Ипохондрический вариант депрессии детского возраста выражается в виде сверхценной фиксации ребенка на своем здоровье и соматических жалобах. Такие дети склонны к преувеличению незначительных телесных недомоганий, стараются при любом подходящем поводе лечь в постель и предъявляют разнообразные, часто меняющиеся жалобы на свое плохое самочувствие.

Психопатоподобный вариант депрессии у детей характеризуется угрюмым настроением с оттенком неприкаянности, непослушанием и грубостью по отношению к родителям и учителям, а также драчливостью и агрессивностью по отношению к сверстникам. Такие дети часто ломают свои и чужие игрушки, портят домашнюю и школьную обстановку, бурно

реагируют на малейшие замечания и во всем стараются поступать наперекор требованиям взрослых. При психопатоподобном эквиваленте депрессии больные дети зачастую совершают демонстративные суицидальные попытки и акты самоповреждения. Они нередко включаются в асоциальные компании, начинают употреблять различные психоактивные вещества, участвовать в кражах и в других правонарушениях.

Фобический вариант депрессии детского возраста заключается в сочетании у ребенка безотчетной тревоги, сверхценных страхов и обильной вегетативной симптоматики. Такие дети без видимых причин вдруг начинают куда-то стремиться, плакать, кричать, вырываться из рук, бросаться на пол. В это время у них развивается гиперемия или побледнение кожных покровов, озноб, может повышаться температура тела. После прекращения подобного "приступа" нередко возникает повышенный аппетит. Ночью дети часто испытывают страхи, просыпаются в слезах и спрашивают у взрослых: "может ли умереть мама?", "могу ли умереть я?".

Психовегетативный вариант депрессий у детей протекает в виде диэнцефально-вегетативных кризов с тахикардией, головокружением, повышением или понижением артериального давления, ознобом, резкой потливостью, нарушением аппетита и расстройством ритма сна. Данная симптоматика протекает на фоне проявлений значительной эмоциональной лабильности: дети то вялы и заторможены, то беспокойны и плаксивы. В дошкольном периоде в структуру психовегетативного эквивалента депрессий зачастую входит энурез, а в пубертатном периоде у девочек нередко возникает аменорея или затяжная дисменорея.

Невропатический вариант депрессии развивается у детей в возрасте до трех лет. Ребенок становится вялым, теряет интерес к окружающему, молча, безучастно лежит в постели. Временами у него возникают приступы плача, двигательного беспокойства. Характерны стереотипные движения, особенно яктация, утрата некоторых ранее приобретенных навыков (ребенок вновь перестает проситься на горшок), отказ от приема пищи, расстройства ритма сна.

Анаклитический вариант депрессии развивается у грудных детей в результате эмоциональной фрустрации, связанной с длительной разлукой с матерью. Анаклитическая депрессия часто развивается при госпитализации детей в больницу или при направлении их в дом ребенка. Для нее характерен определенный стереотип развития симптоматики. После короткого периода возбуждения с плачем и криками наступает апатия, психомоторная заторможенность, необщительность. Дети становятся безучастными, одинокими, отказываются от приема пищи, резко худеют, перестают играть, утрачивают некоторые из приобретенных ранее навыков. Для таких детей свойственно однообразное «печально-покорное» выражение лица с широко раскрытыми глазами. При восстановлении эмоционального контакта с матерью или другим близким лицом симптоматика анаклитической депрессии у ребенка редуцируется.

Таким образом, как следует из приведенного краткого описания депрессивных расстройств, свойственных детскому возрасту, в их клинической картине доминирует не меланхолический — тоскливый аффект, а разнообразные эмоциональные расстройства (капризность, плаксивость, раздражительность, страхи), соматовегетативные симптомы и поведенческие нарушения. Поэтому, за исключением меланхолического варианта, депрессии детского возраста, вплоть до начала пубертатного периода, следует квалифицировать, в соответствии с МКБ-10, как "эмоциональные расстройства" или как "смешанные расстройства поведения и эмоций".

Депрессия у школьников

У младших школьников депрессия может проявляться навязчивыми страхами ("вдруг я завтра умру, как умерла бабушка?", "мама будет переходить улицу и попадет под машину", "я вырасту, стану преступником и попаду в тюрьму" и т.п.). Подобные страхи нередко вызывают насмешки со стороны взрослых, что не только не способствует избавлению от них, но и заставляет ребенка скрывать свои переживания от окружающих. Особое внимание родителей должны привлечь жалобы ребенка на скуку, потерю интереса к окружающему, особенно в сочетании с повышенной чувствительностью, слезливостью, внезапными эмоциональными вспышками. Ребенок начинает сомневаться в родительской любви, постоянно переспрашивает: "а правда, ты меня любишь?", "если я умру, ты будешь плакать?", "если я заболею (получу двойку, сломаю ногу и т.п.), ты всё равно будешь меня любить или нет?". Иногда наблюдаются приступы двигательного беспокойства с криком и плачем, вплоть до судорожных припадков.

Особо следует остановиться на таком симптоме детской депрессии, как школьная дезадаптация. Снижение успеваемости, потеря интереса к учебе, трудности запоминания и усвоения материала — одни из наиболее частых проявлений детской депрессии. Ребенок, страдающий депрессией, начинает тратить на приготовление домашних заданий намного больше времени, чем раньше; при этом продуктивность его работы существенно снижается: просидев над уроками несколько часов, ребенок не может вспомнить прочитанного, пересказать текст, решить задачу. Трудности осмысления и усвоения материала — неизбежные спутники детской депрессии; их действие на ребенка чрезвычайно тягостно: он начинает считать себя "тупицей", "неспособным", "совсем глупым"; нередко к этому присоединяются насмешки сверстников и упреки родителей. Ребенок ощущает себя загнанным в угол: к мучительным проявлениям депрессии присоединяется чувство вины и обиды на себя и окружающих. Такие дети замыкаются в себе, часто плачут, высказывают идеи самообвинения и отношения: себя считают никчемными, недостойными любви и внимания, а родителей, учителей и сверстников обвиняют в том, что они стараются их обидеть, презирают, не любят, игнорируют. Ребенок в состоянии депрессии дает себе и родителям обещания "исправиться", "начать учиться", "стать

таким как раньше", но выполнить своё обещание он не в состоянии. Это еще больше усугубляет депрессивные переживания, заставляя ребенка чувствовать себя еще более никчемным и ущемленным.

Частым спутником детской депрессии является адинамия: малоподвижность, вялость, заторможенность. Такие дети уклоняются от участия в обычных подвижных играх, сторонятся компаний, не любят уроков физкультуры, забрасывают занятия в спортивных секциях. Подобное снижение двигательной активности также должно насторожить родителей.

Депрессия у подростков

О подростковой депрессии в последнее время говорят всё чаще и чаще. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что распространенность этого расстройства намного существеннее, чем было принято думать. То, что ранее обозначалось размытыми терминами "переходный возраст", "возрастная перестройка личности", "ломка характера" и т.п., во многих случаях оказалось проявлением подростковой депрессии.

Подростковый возраст с его гормональными бурями, с болезненным переходом от детства к взрослости и связанной с этим основательной перестройкой всей жизни: взглядов, ценностей, поведения, сам по себе – время чрезвычайно сложное и опасное. Социальное и половое созревание, стремление к свободе и к избавлению от контроля со стороны старших сочетаются с неуверенностью в себе, недостаточностью сдерживающих механизмов и неустойчивостью эмоциональной сферы. Подросток испытывает постоянное воздействие противоположных сил: с одной стороны ему хочется как можно скорее стать взрослым, избавиться от опеки и контроля со стороны родителей, а с другой – он мучительно боится не справиться с вызовами реального мира, потерпеть неудачу, показаться смешным и нелепым. Всё это создает благоприятную почву для расстройств настроения.

Депрессия у подростков – частое явление. Исследования показали, что не менее 20% подростков переносят хотя бы один серьезный депрессивный эпизод; при этом так называемое депрессивное настроение, депрессивный кризис или депрессивность наблюдаются как минимум у 30-40% подростков.

Наиболее часто подростковая депрессия проявляется своеобразным угрюмо-грустным настроением, при котором подросток теряет интерес к окружающему; в его речи проскальзывают фразы типа "всё бесполезно", "жизнь бессмысленна", "надоело жить". Почти всегда депрессия сопровождается снижением школьной и студенческой успеваемости и социальной дезадаптацией. Следует помнить, что в отличие от взрослых, подросток сохраняет рудименты детского восприятия ситуации, когда возникающие проблемы воспринимаются как вечные, неразрешимые, а реакция на них может быть неадекватной и чрезмерно эмоциональной.

Тоскливо-угрюмый фон нередко разряжается эмоциональными вспышками с плачем и слезами, возникающими по самому ничтожному поводу. Довольно часто (особенно у юношей) попытки взрослых вмешаться в

ситуацию провоцируют приступы гнева и агрессии, с бессмысленным крушением всего, что попадает под руку. Повышенное внимание к своей внешности, свойственное подростковому возрасту вообще, при депрессии трансформируется в сверхценные идеи самоуничтожения или дисморфофобического характера. "Я уродина", "тупица", "жирный боров", "от меня все шарахаются", "все считают меня ничтожеством" – вот далеко не полный перечень подобных идей. У девочек депрессия может сопровождаться нервной анорексией – упорным отказом от еды вследствие болезненной убежденности в наличии избыточного веса. Депрессия у подростков, так же, как у взрослых, почти всегда сопровождается нарушениями сна. Бессонница или наоборот, повышенная сонливость, усталость и разбитость в течение дня, повторяющиеся кошмарные сновидения – типичные симптомы депрессивных расстройств у подростков.

Признаки подростковой депрессии – вялость, апатия, отсутствие интереса к учебе и работе, – часто расцениваются взрослыми как лень. "Ничего не хочет делать, целый день валяется на диване", "только и знает, что в игрушки на компьютере гонять", "невозможно заставить работать" – типичное описание поведения, которое дают родители детям, страдающим депрессией. Действительно, подросток, пребывающий в депрессии, может целый день валяться в постели, перестает следить за собой, забывает умыться, сменить белье, причесаться; он проводит время за бессмысленными с точки зрения взрослых занятиями – например, часами гоняет в одну и ту же компьютерную игру или смотрит подряд все телепередачи, не вникая в их содержание. Упреки в лениности либо оставляют подростка равнодушным, либо вызывают ответную агрессию: "Оставьте меня в покое!", "Надоели все!" "Достали!" и т.п.

Депрессия часто становится причиной школьных конфликтов – как с учителями, так и со сверстниками. В состоянии депрессии подросток становится нарочито грубым, циничным, отталкивает окружающих неожиданной жестокостью, немотивированной агрессией. В результате он остается в изоляции. Одиночество еще больше усугубляет проявления депрессии. Подросток замыкается в себе, оставаясь наедине со своими переживаниями: "я так невыносимо одинок", "меня никто не понимает", "никому нет дела до моей судьбы". Подобная ситуация может подтолкнуть подростка к поиску новых компаний – нередко асоциального, преступного или наркозависимого характера.

Киберзависимость

В последнее время в связи с бурным развитием цифровых технологий появилась новая проблема – игровая и Интернет-зависимость. Болезненные и мучительные переживания, которые испытывает подросток, страдающий депрессией, могут толкнуть его на поиски острых ощущений, способных "задавить" неприятные проявления депрессии. Помимо возможности на какое-то время отключиться от болезненных переживаний, компьютерная игра дает подростку приятное ощущение власти: во время игры он чувствует себя хозяином ситуации, властелином, способным распоряжаться жизнями

десятков и сотен людей, править целыми государствами, руководить огромными армиями, словом, строить мир по собственному усмотрению. Виртуальная игра волшебным образом превращает бесправного и беспомощного в реальном мире подростка, постоянно принуждаемого чувствовать свою зависимость от взрослых и ограниченного жесткими рамками общественных правил в подлинного хозяина жизни – пусть не настоящей, виртуальной, но очень и очень правдоподобной.

Подросток, страдающий киберзависимостью, проводит перед монитором долгие часы (иногда до 20 часов в сутки), не в силах вырваться от своего виртуального мира. Понятно, что многочасовая статичная поза, гиподинамия, сильные нервные стрессы, недосыпание крайне негативно сказываются на его здоровье. Результат – тяжелое нервное истощение, неврозы и депрессия, выход из которых подросток опять-таки пытается искать в виртуальном мире.

Но помимо нервного истощения, психосоматических расстройств и депрессии, компьютерные игры несут еще одну чрезвычайно серьезную угрозу. С каждым годом развитие компьютерных технологий делает виртуальные миры всё более реалистичными, а погружение в них – всё более привлекательным. Подросток, проводящий долгие часы в мире компьютерной игры, теряет ощущение реальности, перестает отличать виртуальный мир от реального. Привыкая к законам и правилам компьютерной игры, подросток пытается перенести эти правила в реальный мир. Но в реальном мире, где всё решают взрослые, где от мнения подростка ничего не зависит, где его, властелина миров и супермена-боевика не воспринимают всерьез, где над ним смеются и унижают его, подросток чувствует себя чужим. Реальный мир становится чуждым, отталкивающим, а мир виртуальный – желанным и привлекательным. И здесь возможны два варианта развития событий – один хуже другого.

В первом случае подросток с головой уходит в родной для него виртуальный мир и фактически переселяется туда. Это своего рода виртуальная шизофрения: подросток живет одновременно в двух мирах – неуютном и чужом для него мире объективной реальности, из которого он бежит в другой, фальшивый и зыбкий, но привлекательный мир болезненной зависимости. Последствия этого непредсказуемы – от тяжелейшего невроза и депрессии до настоящей шизофрении, если к тому имеются генетические предпосылки.

Второй путь еще более опасен и трагичен. Неустойчивая психика подростка может подтолкнуть его к стремлению перенести правила компьютерной игры в реальный мир. Достоверно известно, что большинство подростков, совершивших массовые убийства в школах и колледжах США, были активными пользователями агрессивных игр-"стрелялок". Показательно, что жертвами для расправы подростки почти всегда избирали своих бывших учителей и соучеников. Перенося в школьные стены модель расправы со своими врагами и обидчиками, привычную ему по компьютерным играм, подросток жаждет доказать всем (и в первую очередь,

себе), что и в реальном мире он является таким же хозяином ситуации, как и в виртуальном. При этом он, как правило, до последнего момента не верит, что последствия его поступков необратимы, а сам он умрет по-настоящему, реально. Опрос, проведенный среди подростков, совершивших попытки самоубийства, показал, что подавляющее большинство из них не верили в реальность смерти, и не задумывались над тем, что будет, если они действительно умрут.

Поклонники виртуальных игр часто приводят веский аргумент в защиту своего увлечения – они утверждают, что компьютерные игры развивают моторную координацию, ловкость, гибкость мышления и т.п. В последние годы возник даже новый вид спорта – киберспорт, в котором спортсмены (если это слово к ним применимо) сражаются в разнообразные компьютерные игры. Что можно сказать по этому поводу?

Прежде всего, в самой по себе компьютерной игре нет ничего плохого. Виртуальная игра действительно помогает развить координацию и быстро освоить навыки обращения с клавиатурой и мышью. Кроме того, хорошая компьютерная игра – это прекрасный способ разрядиться, снять напряжение и стресс, отвлечься. Однако при этом не следует забывать, что игра – не более чем развлечение, что виртуальный мир – выдумка, а компьютер – не хозяин, а верный слуга человека, придуманный и созданный для того, чтобы облегчить ему жизнь в реальном, а не в виртуальном мире. Разница между нормальным отношением к компьютерным играм и патологической зависимостью как раз в том, что одержимый игроманией не может справиться с неудержимой тягой к виртуальной реальности. Это действительно болезненное состояние. Подросток, страдающий игровой зависимостью, не в состоянии управлять своим поведением, он не может оторваться от игры, жертвует реальным миром во имя мира виртуального. Игровая зависимость ухудшает адаптацию в реальном мире, существенно снижает возможности для реализации подростком своих жизненных планов и перспектив.

Родители подростка, страдающего киберзависимостью, должны совершенно определенно осознавать: компьютерная игромания – это серьезный сигнал тревоги, признак неблагополучия вашего ребенка, отчаянный призыв о помощи. Психологически здоровый, благополучный подросток не попадает в компьютерную зависимость. Жертвами виртуальной паутины становятся только те, кто не смог справиться с вызовами и требованиями реального мира, не сумел найти и реализовать себя, либо в силу каких-то болезненных расстройств (например, депрессии) не способен контролировать свои импульсы. В любом случае – не будьте пассивны. Не ждите, пока виртуальное болото затянет вашего ребенка окончательно. Последствия нервного истощения, подростковых депрессий, невротических расстройств могут давать о себе знать в течение всей жизни.

Параллельно с игровой зависимостью возник и стал стремительно распространяться другой вид проблемы, порожденный цифровыми технологиями – Интернет-зависимость. В последние годы люди, страдающие

различными формами невротических расстройств и депрессии, ищут выход из своих проблем в Интернете.

Интернет-зависимость

Интернет – величайшее благо и возможно, самое значительное достижение XX века. Глобальная сеть открывает такие возможности для обмена информацией, о которых раньше не смели мечтать даже самые "продвинутые" фантасты. Колоссальный банк данных, высочайшая скорость поиска данных, эффективные и удобные средства общения – все эти блага поставляет нам Интернет. Многим людям Интернет помог выявить и реализовать свои таланты – достаточно вспомнить, например, идею знаменитого Интернет-оркестра, объединившего талантливых музыкантов всего мира. Большинство из них смогли заявить о себе, добиться признания и славы именно благодаря возможностям Всемирной сети.

Однако быстрое распространение Интернета быстро принесло в нашу жизнь новые проблемы. И прежде всего – это Интернет-зависимость. Как правило, эта беда также поражает в основном подростков. В основе непреодолимой тяги к виртуальному общению так же, как и при игровой зависимости, лежат невротические и депрессивные мотивы. Интернет позволяет подростку убежать от реальности в придуманный, виртуальный мир, в котором можно жить по своим законам и правилам, где никто не знает о твоём прошлом, где можно придумать себе любое имя и любое обличье и начать жизнь с нуля, где тусуются такие же несчастные и не понятые. Там, в этом виртуальном мире, подросток чувствует себя своим. А если что-то в этом компьютерном мире вдруг не понравится – достаточно одного щелчка мышью, чтобы закрыть страницу или перейти в другой чат. Неудивительно, что Интернет очень быстро заслоняет собой реальность, в которой раньше жил подросток – реальность враждебную и неприветливую для него.

Реальная жизнь протекает в реальном мире, а не в виртуальном. И ценности реального мира всегда должны превалировать над сомнительными ценностями виртуальной псевдореальности. Поэтому если депрессивные или невротические переживания толкают подростка в сети компьютерной зависимости – не медлите. Обратитесь к специалисту – психиатру, психотерапевту, психологу. Сегодня существует множество лечебных программ помощи людям, страдающим от подобных проблем. Большой опыт накоплен специальными психотерапевтическими группами, состоящими из бывших Интернет-зависимых подростков и игроманов. Такие группы есть во всех крупных городах. В них подростков, попавших в сети зависимостей, обучают нормально общаться, справляться с проблемами и трудностями, адаптируют их к реальности. Однако не следует обольщаться: лечение игровой и Интернет-зависимости – задача далеко не простая, сравнимая по сложности с лечением наркоманий и алкоголизма.

Опасности подростковой депрессии

Подростковая депрессия несет те же опасности, что и взрослая – в первую очередь, опасность суицида. Самоубийство – одна из трех основных причин смертности в подростковом возрасте. Суицидальные мысли при

подростковой депрессии – явление очень частое, причем в силу свойственной возрасту импульсивности подростки обычно не откладывают суицидальные намерения в долгий ящик. К счастью, подростковые суициды обычно непродуманны и реже, чем у взрослых, заканчиваются трагедией.

Частым следствием подростковой депрессии является употребление алкоголя и наркотиков. В одурманивающем действии психоактивных веществ подросток ищет спасения от тягостных и мучительных депрессивных переживаний. Действительно, на первых порах это помогает – опьянение позволяет на какое-то время приглушить остроту депрессии, но со временем эффект алкоголя и наркотиков ослабевает, и депрессия возвращается во всей своей пугающей силе. Параллельно формируется алкогольная и наркотическая зависимость, добавляя к проблеме депрессии проблему избавления от пагубной зависимости.

Подростки, страдающие депрессией, нередко склонны к асоциальным действиям. Правонарушения, совершаемые такими подростками, непродуманны, внезапны, они не приносят никакой материальной выгоды. Обычно это хулиганство и вандализм – в приступе злости подросток может разбить витрину, поджечь автомобиль, подраться и т.п. Как правило, он не в состоянии объяснить мотивы и цели своего поступка: "просто достало все", "что-то накатило", "не помню, как это произошло".

СОВРЕМЕННЫЕ СУБКУЛЬТУРЫ

Особого внимания заслуживают распространившиеся в последнее время субкультуры. Изначально часто объединявшее поклонников одного из стилей музыки со временем движения разрастаются в своеобразную субкультуру, распространяющуюся среди подростков со скоростью эпидемии. Субкультуры меняют форму, идеологию, атрибутику, появляются все новые направления. Ища себя, часто дети начинают следовать принципам той или иной субкультуры, без критики присваивая не только внешнюю атрибутику, но и систему ценностей, взглядов, образ мыслей. Многие субкультуры носят явно депрессивный, часто протестный характер, проповедуют идеи "вечной депрессии", жажды смерти, культа самоубийства. Они полагают, что большую часть времени их последователь должен пребывать в состоянии горечи, обиды, депрессии и неуверенности в себе. Эпатажный стиль также призван привлечь внимание к его носителю и к его душевным переживаниям. Часто особенности вокала включают крики, визг, шепот, крик и стоны, а основными темами часто бывают страдания, несчастная любовь, самоубийство и смерть). В основе культа часто – идея открытости эмоций, пропаганда "ярких и сильных переживаний" (причем как положительных, так и отрицательных), свобода эмоциональной жизни, сексуальная раскрепощенность.

Протестная субкультура возникает как ответ на вызовы сложного, неприветливого и непонятного подростку взрослого мира. Подобные субкультуры порождает каждая эпоха – достаточно вспомнить хотя бы движение хиппи 1960-х годов или металлистов 1980-90-х годов. Инфантильность и неэффективность подобных протестов очевидна, но

культы привлекают подростков (в основном младших) своей яркостью, эпатажностью, оппозиционностью взрослому миру с его взрослыми проблемами.

Значительную часть последователей культов составляют подростки, действительно страдающие депрессией. Этот стиль позволяет им "прокричать" о своих страданиях (реальных или мнимых) на весь мир. Очевидная демонстративность поведения, например, эмо-кидов не должна обманывать – распространенность самоубийств среди поклонников этого направления достаточно высока. Склонность подростка к субкультуре – тревожный сигнал для родителей, свидетельствующий о наличии психологических проблем.

Детская и подростковая депрессия – одна из серьезнейших проблем современной психиатрии. К сожалению, до сегодняшнего дня эта проблема остается малоизученной, и каждый год приносит новые и новые сведения о причинах и проявлениях этого опасного расстройства. Однако уже сейчас ясно, что распространенность детской депрессии намного шире, чем думали раньше, и что ребенок, страдающий депрессией, нуждается в своевременной и эффективной помощи. Преодоление детской депрессии требует совместных усилий родителей, педагогов, врачей, психологов и социальных работников. Опасность детских и подростковых депрессий состоит еще и в том, что незамеченная и не вылеченная детская или подростковая депрессия является фактором риска взрослых депрессий.

Медикаментозное лечение депрессии (понятно, что лечение назначить может только специалист!)

Информация носит ознакомительный характер, и подчеркивает необходимость профессионального вмешательства при депрессиях.

Позитивное действие различных психотропных средств, антидепрессантов, нейролептиков (антипсихотропных лекарств) и транквилизаторов (успокаивающих средств) давно доказано и обсуждению не подлежит. Эра современных психотропных средств длится столетия, и началась она с введением в 1952 г. хлорпромазина, а в 1956 г. - торфяника (имипрамина) и в 1960 г. - валикам (диазепама). С тех пор разрабатывались все новые и новые препараты, которые частично оказывали лучшее действие на больного, а также имели меньше побочных эффектов. Хотя и нельзя здесь отрицать наличия побочных действий, но у всех других лекарств, в том числе и в соматической медицине, тоже были отмечены побочные эффекты, причем даже и у плацебо-препаратов.

При тяжелых депрессиях и при депрессиях средней тяжести лечение должно включать параллельное применение психотерапии и медикаментов. Этот принцип важен потому, что лекарства быстрее дают эффект, чем один только курс психотерапии. Кроме того, фактор времени имеет значение еще по двум причинам:

во-первых, потому что пациент испытывает давление очень сильного страдания (сравнимого с состоянием сильной боли), от которого он хотел бы избавиться как можно скорее,

а во-вторых, из-за опасности суицида, которую надо в принципе учитывать при тяжелых депрессиях и о которой следовало бы также поговорить с пациентом.

Для того, чтобы пациент регулярно принимал лекарства (т.е. для того, чтобы он был более уступчивым), его необходимо проинформировать о сущности лечения психотропными средствами. Из многих имеющихся в нашем распоряжении антидепрессантов следует выбрать какой-то один. При этом нельзя заранее с уверенностью сказать, как он подействует на данного пациента. Один индивид хорошо и быстро реагирует на определенный препарат, в идеале даже без побочных действий, а другой может вообще не отреагировать на то же самое лекарство либо только с заметными побочными эффектами, так что данный препарат придется отменить. Тогда делается вторая попытка, с другим лекарством, например с таким, которое действует несколько иначе. Пациенту следует объяснить, что антидепрессант, в принципе, надо принимать регулярно в течение довольно длительного времени, что возможны некоторые побочные действия, особенно в первое время, а также что по-настоящему антидепрессивное действие лекарства устанавливается лишь приблизительно через одну-две недели. Следует также подчеркнуть, что антидепрессанты не создают зависимости. В случае ажитированной депрессии можно сочетать антидепрессант с нейролептиком и/или транквилизатором (чаще всего производным бензодиазепа). Хотя производные бензодиазепа могут при длительном приеме создать зависимость, они все же очень популярны, так как они быстро оказывают позитивное действие. Как правило, хороший эффект достигается при фобиях и нервозности, а побочных действий почти не наблюдается. К тому же некоторые производные бензодиазепа оказывают такое седативное действие, что их обычно можно принимать против чаще всего присутствующих нарушений сна.

Более старые антидепрессанты (так называемые трициклические и тетрациклические) могут иметь следующие побочные действия: сухость во рту, запоры, падение артериального давления, легкое дрожание, потливость, прибавка в весе и нарушение сексуальных функций. При приеме трициклических препаратов в больших дозах в качестве побочного эффекта возможно нарушение сердечного ритма. Это бывает у людей с больным сердцем. К наиболее часто встречающимся побочным действиям новейших антидепрессантов SSRI (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) относятся: тошнота, понос, беспокойство, нарушение сна, дрожание и опять-таки нарушение сексуальных функций. Правда, отдельные побочные действия из перечисленных пугающих явлений могут проявиться, но это вовсе не обязательно.

Цель лечения с помощью антидепрессантов заключается не в том, чтобы дать пациенту некое чувство счастья или изменить его личность, а в том, чтобы лечение помогло пациенту оптимально выйти из "дыры", из мучительной болезни, чтобы он снова стал таким человеком, каким он был до болезни - человеком, способным снова жить нормально, т.е. в краткой и

несколько небрежной формулировке, чтобы он снова смог получать удовольствие и быть работоспособным. Это состояние достигается, следовательно, не "химической дубиной", а, например, с помощью SSRI, воздействующих на собственное, присутствующее в организме вещество серотонин, которое снова в значительном количестве поступит в мозг.

Если через 2-3 недели приема антидепрессанта в средней дозировке не будет заметно никакого улучшения, то лекарств следует заменить. Если же по прошествии этого времени наступит "просветление" депрессии, то можно дозу лекарства увеличить. Если пациент хорошо реагирует на данное лекарство, то его следует принимать в течение длительного времени (поддерживающая терапия), по крайней мере шесть месяцев после "просветления", для того чтобы не было рецидива. Более половины перенесших когда-либо депрессию страдают от повторных эпизодов (от возобновления депрессивного состояния в дальнейшем). Поэтому очень важна профилактика. В этих случаях необходимо длительное лечение, т.е. для того, чтобы избежать возможного рецидива, пациенты в течение долгого времени (годами) должны принимать антидепрессант в поддерживающих дозах.

Говоря о медикаментозном лечении депрессии, следует упомянуть также о так называемых стабилизаторах настроения, к которым относятся соли лития, а также ламотригин. Последний является, собственно говоря, противосудорожным средством, но хорошее действие он оказывает и при лечении депрессии, помогая - при длительном употреблении - предотвратить депрессивные и маниакальные фазы. Таким образом, это лекарство имеет некоторый профилактический эффект. Конечно, увеличивать дозу следует очень медленно, поскольку в противном случае могут появиться заболевания, которые, кроме всего прочего, действуют на кожу. И другие медикаменты, первоначально применявшиеся против эпилепсии, могут использоваться в случае биполярных депрессий, например карбамазепин, а также вальпроиновая кислота.

Соли лития принимаются в виде таблеток. За ними нужен регулярный контроль, для чего примерно раз в 3-4 месяца делается анализ крови на определение концентрации лития в крови. Это делается потому, что рамки допустимой концентрации лития в крови очень узки. Это значит, что уже легкая передозировка может привести к отравлению, что выражается, например, в дрожании, в слабости мышц, нарушении координации движений, в нарушениях зрения, в растерянности и желудочно-кишечных симптомах. Поэтому регулярный прием лития и точный контроль за концентрацией лития в крови особенно важны. Следует учесть также тот факт, что пациенты во время лечения литием нуждаются в большом количестве жидкости. Если они пьют мало, например меньше 1,5 литра в сутки, то в таком случае могут проявиться побочные действия или признаки отравления. При лечении литием необходимо также следить за функционированием щитовидной железы и контролировать ее, так как литий может вызывать ослабление ее деятельности. Точно так же надо контролировать деятельность почек.

Депрессия часто встречается и у родителей, пап и мам, бабушек и дедушек, и это влияет и на состояние ребенка.

Правда, тяжелые депрессии, пожалуй, с увеличением возраста встречаются реже, однако в целом депрессивные нарушения более свойственны пожилым людям, чем относительно молодым, в том числе депрессии, связанные с соматическим состоянием, т.е. депрессии как реакция на соматические болезни или на сердечно-сосудистые заболевания. Пожилым людям, страдающим депрессией, следует прописывать преимущественно новейшие антидепрессанты, так как они не вызывают осложнений при возможных заболеваниях сердца. Особенно осторожно следует применять производные бензодиазепа (транквилизатор), так как вследствие расслабляющего действия на мышцы он увеличивает опасность падения. Выяснилось, что более половины всех препаратов, производных от бензодиазепа, прописывают людям старше 60 лет. Большинство таких препаратов оказывают седативное действие - особенно на пожилых людей - и могут нанести вред когнитивным функциям.

Особо следует отметить так называемые резистентные депрессии. К ним относятся такие депрессивные состояния, при которых пациент не реагирует на по крайней мере два разных антидепрессанта, принимаемых в течение 2-3 недели каждый в достаточной дозе. Такие депрессии составляют 15-20% всех случаев этого заболевания. Причины возникновения не поддающегося лечению состояния депрессии необходимо выяснить отдельно в каждом случае. Например, это может быть связано с нарушением функции резолуции, либо с недостаточным сотрудничеством пациента (например, если пациент не принимает лекарства регулярно, как ему предписано), либо в случае ослабленного функционирования щитовидной железы, что следует учитывать при любой депрессии, так как даже легкое ослабление ее деятельности хорошо поддается лечению с помощью применения гормона щитовидной железы (тироксин). Его можно сочетать с каким-нибудь антидепрессантом. Нередко проявление резистентной депрессии имеет место в случае, если депрессия - не единственное психическое заболевание, которым страдает больной, т.е. если добавляется еще другое заболевание, например фобия или невроз навязчивых состояний, - это так называемые колоритные (сопутствующие) заболевания. Если причина резистентности неясна, можно провести исследование крови (определение концентрации сыворотки).

Мало применяемый сегодня весьма эффективный метод лечения резистентной депрессии - это введение антидепрессанта внутривенно. Многие пациенты говорят о быстром действии лекарства в этом случае и о меньшем количестве побочных эффектов, чем при приеме таблеток. Совершенно ясно, что внутривенное введение лекарства, которое чаще всего применяется в больничных условиях, дает быстрое наступление улучшения не только по фармакологическим причинам. Здесь играет роль также психологический фактор, поскольку к пациенту не предъявляются никакие требования и так как он получает благожелательное участие.

С пациентом в состоянии тяжелой депрессии необходимо серьезно обсудить вопрос о его помещении в психиатрическую больницу, если по крайней мере один из следующих факторов риска существует:

1. Если пациент живет один и/или не имеет родственников.
2. Если он имеет явно выраженную склонность к суициду, делал соответствующие высказывания и ощущал суицидальные импульсы.
3. Если депрессия связана с чувством страха и проявляется в беспокойном поведении.
4. Если пациент недостаточно быстро реагирует на начатое лечение.
5. Если депрессия носит бредовый характер, т.е. при наличии симптомов бреда.

В какой момент направить больного в клинику - этот вопрос всегда решается по усмотрению врача. Конечно, госпитализация происходит быстрее, когда больной согласен с таким решением, чем в случае, когда человека, страдающего депрессией, приходится помещать в больницу против его воли, насильно. Решение о направлении больного в клинику всегда необходимо обсудить с ним самим. Кроме того, вопрос всегда должен решаться индивидуально и риск следует осторожно взвешивать. Нулевого риска не существует. Даже находясь в психиатрической больнице, пациент может когда-нибудь что-то с собой сделать, хотя в клинике он, как правило, имеет гораздо лучшую защиту и опеку, чем дома. Во многих городах сегодня имеются кризисные центры, куда можно направлять больного. Они находятся за пределами психиатрической больницы и предназначены для краткосрочной интенсивной терапии, которая длится 3-4 дня. Преимущество пребывания в стационаре заключается не только в "защитной функции", но также и в том, что здесь возможно быстро начать эффективное лечение. Как правило, для этого используются антидепрессанты, а в случае необходимости и транквилизаторы или нейролептики. В больнице можно также выбирать между различными формами лечения. Хотя, как правило, предпочтение отдается таблеткам, все же можно применить и внутримышечные инъекции или - в случае необходимости - вводить лекарство внутривенно. В психиатрической клинике могут применяться и другие способы лечения - например, светотерапия, психотерапия, лишение сна, процедуры, снимающие напряжение, эрготерапия, музыкальная терапия, тренировка в области социальной адаптации, а также фитотерапия.