

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С. А. Шевцов

*ГОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова
Минздравсоцразвития России*

Широко известно, что при диагностике депрессии у взрослого населения находится, в той или иной степени, соответствующий психопатологический анамнез в детском или подростковом возрасте [1, 2]. Одновременно с этим, комплексное, восстановительное лечение аффективной патологии в более молодом возрасте эффективнее и поэтому экономически целесообразнее [1, 2, 5], чем в зрелом.

Заболеваемость депрессиями непсихотического уровня, коморбидными с другими психическими и психосоматическими расстройствами, в повседневной амбулаторной общемедицинской практике занимает в последние десятилетия все большее место среди детско-подросткового и взрослого населения, составляя, по данным разных исследователей, от 0,4–0,7% до 25% от общей популяции [1, 2, 4]. При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что может приводить далее к хронификации депрессивных расстройств в рамках различных психосоматических заболеваний [6, 7, 11].

В настоящее время литература по психофармакотерапии депрессий в детско-подростковом возрасте (в отличие от взрослого) ограничена. Применяемые для лечения так называемых «непсихотических, невротических» депрессий у школьников высокоэффективные антидепрессивные средства зачастую приходится отменять или заменять из-за побочных эффектов. Особенно эта проблема касается больных с аффективной патологией моложе 16 лет [1, 3, 7]. Вследствие этого, разработке методов нелекарственной терапии депрессивных расстройств непсихотического уровня в детско-подростковом возрасте в последние годы уделяется большое внимание [1, 2, 4, 6, 7, 11, 16, 27].

Исследования показали, что наиболее часто депрессия впервые, иногда в стертой, «маскированной» форме, встречается именно в детско-подростковом возрасте [1, 18]. Поэтому профилактика данной психопатологии должна начинаться как можно раньше и включать в себя все возможные подходы и методики. Лечение депрессии у де-

тей и подростков, по мнению многих авторов [1, 2, 15–26], можно разделить на психосоциальное (психотерапия, тренинг и т.д.), психофармакологическое (применение СИОЗС и т.д.), физиологическое (ЛФК, акупунктура и т.д.), а также комбинированное, комплексное.

Семейная когнитивно-поведенческая терапия достоверно приводит к улучшению психического статуса детей с непсихотической депрессией, и ее эффект сохраняется в 12-месячный период. При этом возможности семейной интегративной, обучающей психотерапии для улучшения прогноза и профилактики аффективных расстройств не ограничены только подростковым возрастом; она может применяться и в возрасте от 8 до 12 лет, в том числе и при большом депрессивном расстройстве, дистимии и даже биполярном расстройстве [16, 17, 27].

Известно, что большое депрессивное расстройство у подростков связано с тяжелыми последствиями, включая самоубийство, поэтому максимально раннее лечение имеет решающее значение для предотвращения подобного исхода. Комбинированное лечение при этом может быть особенно полезно для пациентов, монотерапия у которых малоэффективна. Это связано также и с тем, что часто родители больных детей и подростков не хотят продолжать антидепрессивную терапию, особенно, если степень аффективных нарушений у их ребенка небольшая [17, 21, 27].

Во многих странах, в частности в США, существуют государственные программы в отношении депрессивных расстройств среди детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет. В них после скрининговой диагностики применяется дифференцированное лечение, например, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и/или методами психотерапии, достаточно эффективными при непсихотических депрессивных симптомах [16, 18, 27].

В обзоре A.L.Calear, H.Christensen [16] был проведен анализ школьных программ профилактики и ранней помощи при непсихотической депрессии у детей и оценка их эффективности. Сороч два рандом-

мизированных контролируемых исследования, связанных с 28-ю отдельными школьными программами, были изучены после поиска в базах данных Cochrane Library, PsycINFO и PubMed. Большая часть программ, признанных наиболее эффективными, были основаны на когнитивно-поведенческой терапии (8–12 сеансов). Исследования посещаемости канадскими школьниками (в возрасте 10–17 лет) сеансов психотерапии, имеющей решающее значение для успешного лечения, показали, что посещаемость сеансов психотерапии выше у более младших пациентов, менее тревожных и имеющих более образованных родителей. Кроме того, матери, которые воспринимали симптомы своих детей как более тяжелые, а дети сообщали о большей выраженности у них депрессивных и тревожных симптомов, а также у которых было выявлено больше предшествующих стрессоров, приняли участие в большем количестве сессий психотерапии [18, 20, 27].

Исследований о влиянии физической активности на течение депрессивных расстройств у детей и подростков в литературе мало.

U.K.Moksnes и соавт. [22] изучали влияние физической активности на стресс и психическое состояние (депрессия, тревога, самооценка) у 1 508 норвежских подростков 13–18 лет. В начале исследования у девочек был обнаружен более высокий уровень депрессии и тревоги, а у мальчиков – более низкая самооценка. Физическая активность была незначительно связана с более низким уровнем депрессии и тревоги и достоверно значимо – с высоким уровнем самооценки у подростков.

C.Rothon и соавт. [23] рассмотрели связь между депрессией и физической активностью у лондонских подростков. Участники были в возрасте 11–12 и 13–14 лет и наблюдались в период с 2001 по 2003 год. Из общего числа 3 322 учащихся было отобрано и обследовано 84% (2 789 учащихся), а 2 093 респондентов (75%) были также исследованы и в 2003 году. Чуть менее половины (49%) школьников были мужского пола. Симптомы депрессии измерялись с помощью Short Moods and Feelings Questionnaire. Анализ показал, что существует связь между физической активностью и депрессивными симптомами как для мальчиков, так и для девочек. При этом уменьшение депрессивных симптомов оказалось прямо пропорционально каждому дополнительному часу физических упражнений в неделю. Вследствие этого, авторы рекомендуют физическую культуру как метод снижения вероятности депрессии у подростков.

С 2008 года издается научный журнал Mental Health and Physical Activity, в котором регулярно публикуются статьи об эффективности гимнастики при депрессиях. В отечественной литературе публикации по применению психотерапии и физической культуры при лечении депрессивных нарушений легкой степени у детей и подростков практиче-

ски отсутствуют. Данные предпосылки и обусловили актуальность нашего исследования.

Целью нашей работы было изучение эффективности лечебной физкультуры и психотерапии при депрессивных расстройствах непсихотического уровня у больных подросткового возраста в виде монотерапии и комплексного лечения.

Материал и методы исследования

Обследовано с использованием клинико-психопатологического (сравнительно-возрастного) метода 65 амбулаторных пациентов с диагнозами по МКБ-10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.20 (29 пациентов, 44,6%) и пролонгированная депрессивная реакция F43.21 (8 школьников, 12,3%), а также легкий депрессивный эпизод без соматических симптомов F32.00 (11 больных, 16,9%) и с соматическими симптомами F32.01 (17 пациентов, 26,2%).

Наряду с клиническим обследованием, проводилась оценка психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (Clinical global inventory – CGI), шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAM-D-21), а также опросника Цунга и Children's depression inventory (CDI). По шкале HAM-D-21 депрессия соответствовала 16 баллам, то есть легкой степени депрессивного расстройства – minor depressive disorder.

Критериями исключения были: сопутствующие хронические соматические заболевания, применение психотропных лекарств и низкий интеллектуальный уровень.

Больные обследовались и проходили курс терапии во врачебно-физкультурном диспансере города Подольска и детской городской поликлинике №146 города Москвы. Для всех пациентов данное обращение к психиатру было первичным.

Все исследуемые больные были в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст – 14, $2 \pm 1,8$ года, из них лиц женского пола – 44 (67,7%), мужского – 21 (32,3%). Все пациенты основной группы (33 чел. – 50,8%), у которых применялась стандартная лечебная гимнастика в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией, и контрольной (32 чел. – 49,2%) группы, применявшем только лечебную гимнастику, завершили курс лечения в течение 28 дней. Катамнестическое исследование было проведено через 6 месяцев после окончания той или иной терапии.

Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии проводилась в формате методов аутогенной тренировки по В.С.Лобзину, М.М.Решетникову, суггестивной терапии по С.А.Игумнову и А.И.Захарову и когнитивно-поведенческой терапии по Ю.С.Шевченко [1, 2, 4, 6, 12].

Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики по К.П.Левченко, дыхательной гимнастики по К.П.Бутейко и А.Н.Стрельниковой [5, 6, 9–11, 13]. Данные методики были выбраны как наиболее эффективные по данным литературы при депрессивном синдроме у детей и взрослых и проводились с акцентом на обучение и применение их в домашних условиях.

Результаты

В начале исследования по шкале HDRS-21 наблюдалась легкая степень депрессивных расстройств у исследуемых, которая достоверно не изменилась после первых 2 недель проводимого нелекарственного лечения в обеих группах по показателям всех психометрических шкал.

На 28-й день лечения выявились достоверные различия, как в динамике симптомов в каждой группе, так и между группами, оцениваемые по шкале HDRS-21 (табл. 1), (рис. 1, 2) и по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения шкалы CGI (табл. 2).

К четвертой неделе терапии были выявлены достоверные различия в эффективности лечения пациентов основной и контрольной групп, кроме пока-

зателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики. «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в основной и только в 25,8% случаев в контрольной группе.

Данные катамнеза, собранные у 42 (64,6%) пациентов через 6 месяцев, показали клиническое отсутствие симптомов депрессии по шкале HDRS-21 и опроснику Цунга у 39 (92,6%) школьников. При этом 35 из них (89,7%) были из основной группы и только 4 (10,3%) – из контрольной. У 3 пациентов была обнаружена легкая степень депрессии, все они прошли лечение в контрольной группе и имели диагноз «продолжительная депрессивная реакция, вызванная расстройством адаптации», то есть хроническим дистрессом.

Обсуждение и выводы

Результаты нашей работы имеют некоторую схожесть с отдельными другими исследованиями [15–27], однако они, несомненно, нуждаются в дальнейшей верификации с помощью увеличения выборки пациентов и методического инструментария, повышающего достоверность диагностики динамики терапии. Однако ясно, что лечебная физкультура не оказывает такого влияния, как сочетание ее с интегративной психотерапией.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что только лечебная физкультура в выбранном формате специальных техник обладает недостаточной эффективностью депрессивных расстройств легкой степени. Большей эффективностью обладает применение стандартной лечебной гимнастики в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией при непсихотической депрессии у лиц детского-подросткового возраста.

Таблица 1

Динамика депрессивных симптомов по шкале оценки депрессии Гамильтона в процессе лечения

Группы	В начале лечения (баллы, HDRS-21)	14 день терапии (баллы, HDRS-21)	28 день терапии (баллы, HDRS-21)
Основная	13,5	10,4	4,8
Контрольная	13,5	11,9	7,2*

Примечания: * – достоверные различия ($p < 0,01$).

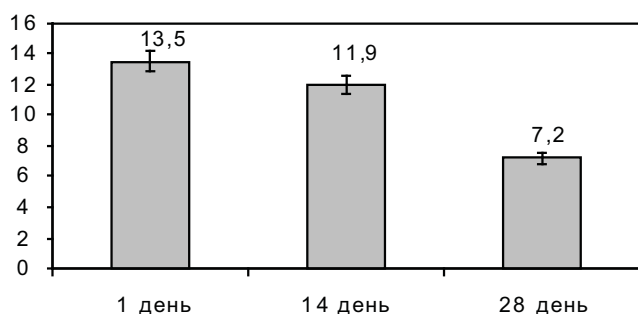


Рис. 1. Динамика лечения в контрольной группе (только лечебная физкультура; HDRS-21, баллы)

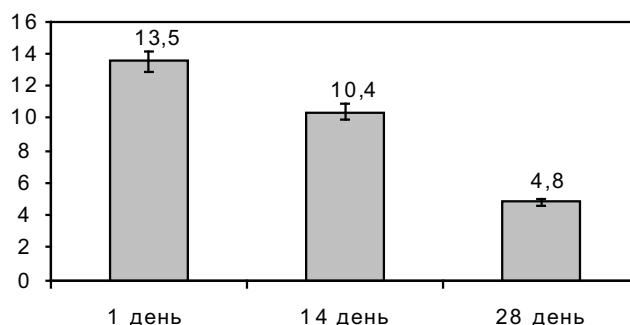


Рис. 2. Динамика лечения в основной группе (психотерапия одновременно с лечебной физкультурой; HDRS-21, баллы)

Таблица 2

Результаты лечения к 28-му дню по шкале Clinical Global Inventory (CGI)

Группы	Выраженное улучшение (01, 02 по CGI) к 28 дню лечения (количество пациентов %)	Умеренное улучшение (05, 06 по CGI)	Незначительное улучшение (09, 10 по CGI)
Основная	25 (73,5%)*	9 (26,5%)	0 (0%)*
Контрольная	8 (25,8%)*	12 (38,7%)	11 (35,5%)*

Примечания: * – достоверные различия ($p < 0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. М.: Медпрактика, 2001. 150 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2000. 246 с.
3. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины // Вестник восстановительной медицины. 2009. № 1. С. 12–16.
4. Иванова Т.И. Депрессивные нарушения у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация: Автореф. дисс... докт. мед. наук. Томск, 2008. 50 с.
5. Ильин Е.П. Психология спорта. СПб.: Питер, 2010. 218 с.
6. Иовчук Н.М. Детско-подростковые психические расстройства. М.: НЦ ЭНАС, 2007. 80 с.
7. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
8. Краснов В.Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 58–64.
9. Лечебная физическая культура: Учебник / Под ред. С.Н.Попова. М.: Академия, 2009. 416 с.
10. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине. М.: ВУЗ и школа, 2002. 264 с.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003. 354 с.
12. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006. 465 с.
13. Циркин С.Ю. (общая редакция). Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. СПб.: Питер, 2004. 896 с.
14. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 552 с.
15. Abeles P., Verduyn C., Robinson A. et al. Computerized CBT for adolescent depression («Stressbusters») and its initial evaluation through an extended case series // Behav. Cogn. Psychother. 2009. Vol. 37, N 2. P. 151–165.
16. Calcar A.L., Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression // J. Adolesc. 2010. Vol. 33, N 3. P. 429–438.
17. Cullen K., Klimes-Dougan B., Kumra S. Pediatric depression: issues and treatment recommendations // Minn. Med. 2009. Vol. 92, N 3. P. 45–48.
18. Gladstone T.R., Beardslee W.R. The prevention of depression in children and adolescents: a review // Can. J. Psychiatry. 2009. Vol. 54, N 4. P. 212–221.
19. Jacobs R.H., Silva S.G., Reinecke M.A. et al. Dysfunctional attitudes scale perfectionism: a predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2009. Vol. 38, N 6. P. 803–813.
20. Jureidini J. How do we safely treat depression in children, adolescents and young adults? // Drug Saf. 2009. Vol. 32, N 4. P. 275–282.
21. Mayer L., Lopez-Duran N., Kovacs M. et al. Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary // J. Affect. Dis. 2009. Vol. 115, N 1–2. P. 207–214.
22. Moksnes U.K., Moljord I.E.O., Espnes G.A., Byrne D.G. Leisure time physical activity does not moderate the relationship between stress and psychological functioning in Norwegian adolescents // Ment. Health Physich. Act. 2010. Vol. 3, N 1. P. 17–22.
23. Rothl C., Edwards Ph., Bhui K. et al. Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study // BMC Med. 2010. N 8. P. 32.
24. Scott A. Cognitive behavioral therapy and young people: an introduction // J. Fam. Health Care. 2009. Vol. 19, N 3. P. 80–82.
25. Walter D., Hautmann C., Rizk S. et al. Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2010. Vol. 19, N 11. P. 835–844.
26. Weisz J.R., Southam-Gerow M.A., Gordis E.B. et al. Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: an initial test of transportability to community clinics and clinicians // J. Consult. Clin. Psychol. 2009. Vol. 77, N 3. P. 383–396.
27. Williams S.B., O'Connor E.A., Eder M., Whitlock E.P. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force // Pediatrics. 2009. Vol. 123, N 4. P. 716–735.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С. А. Шевцов

Амбулаторное восстановительное лечение (психотерапия и гимнастика) с акцентом на обучение и профилактику гипотимических симптомов проводилось у школьников с диагнозами: нарушение адаптации, кратковременная депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция, легкий депрессивный эпизод без соматических симптомов и с соматическими симптомами. С помощью психометрической шкалы HDRS-21, опросников Цунга и CDI (Children's depression inventory) было выявлено и оценено в динамике терапии депрессивное расстройство непсихотического уровня у 65 детей и подростков. Краткосрочная интегративная психотерапия изучаемо-

му контингенту использовалась в формате методов аутогенной тренировки, суггестивной и когнитивно-поведенческой терапии. Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики и дыхательных упражнений психотропного действия. Была выявлена достоверно более высокая эффективность сочетания данных методов по сравнению с изолированным применением только лечебной физкультуры при аффективных расстройствах пограничного уровня у лиц детско-подросткового возраста.

Ключевые слова: депрессия, психотерапия, лечебная физкультура, дети, подростки, реабилитация.

RECUPERATIVE TREATMENT OF NON-PSYCHOTIC DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

S. A. Shevtsov

Outpatient recuperative treatment (psychotherapy and physical exercises) with an accent on learning and prevention of hypothymic symptoms, has been applied to schoolchildren diagnosed as adjustment disorders, brief depressive reaction, prolonged depressive reaction, mild depressive episode with or without somatic symptoms. A number of psychometric instruments, such as the HDRS-21, the Tsung and the CDI have revealed in 65 children and adolescents non-psychotic depressive disorder. The author reports the results of using a short-term

integrative psychotherapy, specifically, autogenic training, suggestive and cognitive behavioral therapy. Recuperative physical exercises include integrative fitness and breathing exercises with psychotropic effect. A combination of these methods seems to be more effective than only recuperative physical exercises in minor depressive disorders in children and adolescents.

Kew words: depression, psychotherapy, recuperative physical exercises, children, adolescents, rehabilitation.

Шевцов Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых терапевтических методов НИЦ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, детско-подростковый психиатр-психотерапевт, врач лечебной физкультуры, член Ассоциации детских психологов и психиатров; e-mail: 7916@bk.ru