

Подростковая депрессия: руководство в помощь родителям и специалистам

Gordon Parker

School of Psychiatry, University of New South Wales and Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick NSW 2031, Sydney, Australia (Австралия)

Перевод: Боброва Н.А.
Редактура: Алфимов П.В.

Подростковый возраст – ожидаемое время для родительских волнений, характеризующееся наиболее выраженными перепадами настроения у их чад. Среди ключевых вопросов следующие: является ли наблюдаемое снижение настроения «нормальной депрессией» или требующей внимания; как улучшить выявляемость депрессивного расстройства у своего ребенка, а также в случае, когда помощь необходима, как получить грамотную оценку и лечение? Для специалистов же актуальны вопросы определения, обладают ли они достаточными знаниями для верной квалификации состояния и работы с ним, каким образом структурировать диагностические интервью, как установить эмоциональный контакт с подростком, а также проблемы осведомленности психиатров в области диагностических и лечебных тонкостей, особенно, при назначении психотропных средств.

Хотя по данной тематике уже был выпущен ряд монографий и статей (например, 1-3), так же как и метааналитических обзоров по выбору терапии (например, 4), в данной статье представлен обзор наших собственных клинических разработок.

«НОРМАЛЬНАЯ» ДЕПРЕССИЯ В СРАВНЕНИИ С «КЛИНИЧЕСКОЙ»

Известно, что не существует абсолютных границ дифференциации клинической депрессии от «нормальной» среди взрослых пациентов. Клинические аффективные расстройства значительно более тяжелые, стойкие, дезадаптирующие и чаще ассоциированы с такими отягчающими симптомами, как суицидальные мысли. В отношении подростков, помимо тех же вопросов, требующих проработки, установление различий более запутано за счет аффективных колебаний, присущих подростковому возрасту, неспецифичности некоторых симптомов, а также недостаточной заинтересованности подростков и их «открытости» для оценки.

Анализируя параметры, применимые ко взрослым, мы обнаруживаем несколько полезных диагностических «сигналов», особенно в случае сопротивляющихся опросу подростков. Например, явно замкнутое поведение (в том числе, отказ от общения с друзьями, от ответов на текстовые сообщения, покидать свою комнату), либо утрата привычного «блеска в глазах» свидетельствует о более тяжелом состоянии. Прогнозирование суицидального риска среди подростков является сложным и предположительным, как и среди взрослых, однако оно более затруднено за счет того, что «предсмертные записки» могут как попросту отражать мало опасное экзистенциальное отчаяние, так и являться знаком высокого риска. Специалистам не следует опасаться «ложноположительных» суждений (которые являются реалией их деятельности), а также, в случае сомнений, модифицировать свои действия до «сценария худшего случая».

ПОВЫШЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Для родителя является приемлемым и правильным напрямую ставить вопросы о ребенке-подростке, или, в случае недостаточно близкого общения между взрослыми и детьми иной член семьи (сестринг, бабушка, дедушка) или близкий друг может легко помочь в распросе. Цель должна заключаться в постановке вопросов, фиксации сформировавшихся признаков и поощрении «диалога» с подростком для того, чтобы определить обоснована ли экспертная оценка и кем она в итоге должна проводиться в идеале, достигая согласия по каждому из пунктов.

Варианты оценок варьируются от простой службы поддержки (например, школьного психолога) до врачей общего профиля (например, первичного звена) и психиатрической помощи (в том числе психиатра). Принуждение подростка к экспертизе или дезинформация (например, в том, что в данный момент будет проведена консультация с психиатром вплоть до двери специалиста) не продуктивны.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА

В рамках оптимальной модели оценки врачу следует начать с объяснения, что он гарантирует конфиденциальность интервью и, в случае необходимости опроса родителей, подростку будет предложено назвать темы, которые не будут затронуты в разговоре.

Интервьюер должен относиться к подростку так же тепло и авторитетно, словно к молодому взрослому, избегая любых попыток достижения «паритета» (например, использования подросткового жаргона вроде «круто», «клево»). Вторичный опрос родителей в идеале проходит в присутствии подростка, а интервьюер в первую очередь старается узнать о впечатлениях родителей об их ребенке на протяжении определенного времени (как с целью сбора важных данных, так и для снижения возможного напряжения), и только после этого приступает к разбору актуальных переживаний. Так, как работа с большинством пациентов с аффективными расстройствами (а особенно с подростками) – это «командная игра», я предпочитаю, чтобы клиницист сообщил всем сторонам свои взгляды на возможные диагностические последствия, окончательный диагноз и терапевтические рекомендации, а после, в беседе, пояснил каждую существенную составляющую. Очевидно, что для конкретно взятого родителя может оказаться неуместным участвовать в процессе (например, на тему о сексуальных посягательствах), в то время как в случаях, когда родителям неловко говорить об их наблюдениях (например, предсмертные записки, психотические черты) в присутствии самого подростка, необходима скорее деликатность, нежели требование абсолютной открытости диалога.

Повторные консультации должны быть сконцентрированы на оценке прогресса терапии как подростком, так и его родителями. Конфиденциальность имеет ключевое значение на каждом этапе и лечащий врач должен обозначить «правила» для всех членов семьи. Клиницисту следует оценивать отзывы родителей о динамике терапии, будь то в клинике или, как это нередко бывает, за ее пределами. На более поздних этапах врачу следует указать, что он может выступать в качестве «приемника» информации, однако в целях поддержания конфиденциальности информации, он не может играть роль «передатчика» в частных беседах. Если подросток находится в группе высокого суицидального риска, подобные правила перевешиваются рисками и родители должны быть предупреждены и им непременно следует предложить варианты немедленной помощи.

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Единственная подкрепленная классификацией психических болезней и доказательной медициной диагностическая система – дименсиональная модель DSM – эффективно сопоставляет большую и малую депрессию, и в то же время определяет категории биполярного расстройства 1 и 2 типа. В исследованиях лекарственных и нелекарственных вмешательств при большой депрессии у взрослых все виды лечения продемонстрировали сходную эффективность (5) – неспецифичный результат, отражающий «большую депрессию» как неспецифическую единицу, объединяющую множественные депрессивные расстройства.

Мы отдаем явное предпочтение (5) модели подтипов, определяющей место для ряда категориальных состояний (например, психотическая и меланхолическая депрессия, биполярное расстройство 1 и 2 типа) и группе гетерогенных «немеланхолических» депрессивных состояний.

Монополярная психотическая депрессия – вообще довольно редкое явление, в то время как монополярная меланхолическая депрессия – нечто, несвойственное подросткам. У взрослых отчетливым проявлением этих состояний являются выраженные психомоторные нарушения (например, явно наблюдаемая заторможенность и/или агитация). У подростков признаки психомоторных расстройств менее часты и лучше оцениваются как симптом. Студенты, испытывающие меланхолию, будут, как и взрослые, сообщать о снижении концентрации внимания, трудностях во время учебы, а также ощущениях, будто их сознание словно «в тумане». В их глазах будет меньше «огня», они будут более вялыми (по утрам могут просто лежать в постели), в колебаниях настроения и уровне энергичности будет проследиваться суточная динамика (как правило, самочувствие хуже в утренние часы).

Хотя биполярное расстройство 1 типа также редко для подростков, биполярное расстройство 2 типа наиболее часто начинается в среднем-старшем подростковом возрасте и, видимо, становится более распространенным, возможно, отражая реальный рост частоты или большую клиническую настороженность, лучшую диагностику или усовершенствованный скрининг. Все подростки с диагностированным аффективным расстройством должны обследоваться на предмет наличия у них биполярного расстройства 2 типа.

Наш подход к клинической диагностике биполярного расстройства 2 типа заключается в расспросе подростков, бываю ли у них периоды, когда они, не будучи ни в депрессии, ни в нормальном настроении, чувствуют себя «полными энергии и экзальтированными». Если подобное подтверждается, мы спрашиваем, бываю ли они в эти периоды более разговорчивы, шумны, тратят ли слишком много денег; испытывают ли после этого стыд, становятся ли несдержанными

(будь то на словах, либо в действиях), требуется ли им меньше времени на сон без последующего чувства усталости, замечают ли исчезновение любого привычного беспокойства, чувствуют ли себя неуязвимыми или становятся более творческими, берут на себя риски. В то время как DSM предписывает минимальную продолжительность 4 дня, многие подростки сообщают о гипоманиакальных эпизодах продолжительностью от часов до дней. Депрессивные эпизоды в таких случаях имеют чаще меланхолические, хотя и с чрезмерными «атипичными чертами» гиперсомнии и переедания.

Немеланхолические депрессивные состояния отражают влияние серьезных жизненных потрясений на определенные атрибутивные и личностные стили – модель, близкая к расстройству у взрослых, однако с отличающейся распространенностью заболевания и некоторыми фенотипическими вариациями. Личностные стили по степени значимости включают: а) тревожное беспокойство (такие подростки крайне восприимчивы к депрессии накануне выпускных школьных экзаменов); б) перфекционизм (и снова – часто уязвимы к экзаменационным источникам стресса); в) социальное избегание или выраженная застенчивость («поведенчески сдержанный» подросток может погрузиться в тяжелую депрессию в результате издевательств и травли); г) чувствительность к отвержению (подросток обладает повышенной чувствительностью к оценкам – похвале или отвержению – окружающих, в результате чего во время депрессии страдает от излишней сонливости и повышения аппетита); д) внутреннее низкая самооценка, часто являющаяся следствием пренебрежения в детстве и е) «самософокусированный» стиль сниженного контроля влечений и гнева, который может повышать риски агрессивного и аутоагрессивного эксплозивного поведения во время депрессии.

Что касается стрессовых факторов, как и для взрослых, мы можем разделить непосредственные и отдаленные, острые и хронические факторы, вновь отражая некоторые сходства с событиями из жизни взрослых, однако слегка «отягощенными» подростковым возрастом. К отдаленным стрессовым факторам относятся безразличное, жестокое обращение (в вербальном или сексуальном плане) родителей, в то время как переживания, связанные с недавним прошлым, включают в себя все события, снижающие самооценку или самоуважение индивида (например, унижение сверстниками, или в последнее время все чаще встречающаяся травля в сети). Многие немеланхолические депрессии подросткового возраста отражают сочетание острых и хронических жизненных ситуаций, таких как проживание со страдающей депрессией матерью и безразличным отцом, травля в школе как «глупого» или «толстого», смерть единственного поддерживающего родственника (например, бабушки) или самоубийство школьного приятеля.

РУКОВОДСТВО ПО ТЕРАПИИ

Общие первостепенные задачи – определить тип депрессии и оценить окружение подростка и суицидоопасность после постановки диагноза, формирующего дальнейшие вмешательства, которые, в случае сценариев крайне высокого риска, могут включать госпитализацию.

Большинство руководств по терапии основаны на дименсиональной (МКБ или DSM) модели, разграничивающей депрессивные состояния в соответствии с тяжестью. Один из характерных документов был подготовлен австралийской организацией BeyondBlue (6). По сути, рекомендации заключаются в следующем: а) мониторинг, поддержка и возможно когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) или интерперсональная терапия (ИПТ) для дистимии и большой депрессии легкой/средней степени тяжести и б) КБТ/ИПТ или флуоксетин (при необходимости) для тяжелой и резистентной депрессии.

Наш подход (5, 7) ставит на первое место: а) комбинацию антидепрессантов и антипсихотиков при психотической депрессии; б) при меланхолической депрессии антидепрессивную терапию, в первую очередь, селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС), а при неэффективности – антидепрессантом более широкого действия; в) нормотимик (возможно, низкие дозы антипсихотиков на первом этапе) при биполярном расстройстве 1 типа и г) нормотимик (предпочтительно ламотриждин) или иногда СИОЗС при биполярном расстройстве 2 типа. Для таких «биологических» состояний мы также рекомендуем 1000 мг рыбьего жира ежедневно.

В отношении немеланхолических депрессивных состояний мы, как правило, признаем психотерапию или психологическое консультирование в качестве первичной тактики лечения, выбор терапии строится на определенных анамнестических данных (например, тренинги самоутверждения для социально замкнутого подростка, ИПТ или психологическое консультирование для реактивной депрессии, КБТ для пациентов с низкой самооценкой или «атипичной депрессией»). Для подростков с тревожным личностным стилем (например, тревожное беспокойство, межличностная чувствительность к отвержению) возможно присоединение СИОЗС с целью приглушения «эмоциональной дисрегуляции».

Большинство современных руководств, включая предоставленные организацией BeyondBlue, отмечают риск роста суицидальной идеации и действий среди принимающих антидепрессанты подростков. Хотя возможно множество объяснений, частой причиной выступает индуцированная препаратом серотонинергическая реакция (очевидно, среди подростков с частотой, превышающей таковую у взрослых). Из этого следует, что все антидепрессанты должны вводиться в низких дозах, а сами подростки (и их семья) должны быть предупреждены о подобной возможности, и в случае возникновения таких симптомов лекарственная терапия должна быть снижена и отменена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение депрессий у подростков – задача более трудная, чем у взрослых, отражающая тревогу подростков перед любыми психиатрическими консультациями и лечением, их восприятие «фазы психологического шока» заболевания, внутреннее предпочтение отрицать или диссимулировать свое состояние. Установление терапевтического альянса, как правило, занимает больше времени. Подростки, которые серьезно подходят к лечению своего состояния и сотрудничают с врачом, обычно имеют очень хороший прогноз (вне зависимости от типа аффективного расстройства) и высоко восприимчивы к медицинской помощи.

БЛАГОДАРНОСТИ

Мы благодарим Karlyn Greenshields и Stacey McCraw за помощь в подготовке статьи и National Health and Medical Research Council (номер гранта 1037196) за финансовую поддержку.

Библиография

1. Parker G, Eyers K. Navigating teenage depression: a guide for parents and professionals. Sydney: Allen & Unwin, 2009.
2. Weller EB, Weller RA. Treatment options in the management of adolescent depression. *J Affect Disord* 2000;6:23-8.
3. Maalouf FT, Brent DA. Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21:299-312.
4. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2002;22:247-69.
5. Parker G, Manicavasagar V. Modelling and managing the depressive disorders: a clinical guide. New York: Cambridge University Press, 2005.
6. Beyondblue. Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. Melbourne: beyondblue, 2010.
7. Parker G (ed). Bipolar II disorder: modelling, measuring and managing, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

DOI 10.1002/wps.20059