

ИЗДАНИЕ
Российского общества психиатров,
Московского научно-исследовательского института психиатрии

Журнал включен в рекомендованный ВАК РФ
Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых должны быть опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ТОМ 32

Выпуск 4

Редакционная коллегия:

проф. Г.П. АММИНГЕР (Австралия), проф. Х. АШАУЭР (Австрия),
проф. С.И. ГАВРИЛОВА, проф. А.Г. ГОФМАН,
проф. Г.П. КОСТЮК, проф. В.Н. КРАСНОВ (зам. главного редактора),
канд.мед.наук О.О. ПАПСУЕВ, проф. Б.К.М. РААС (Нидерланды),
проф. М.Г. УЗБЕКОВ, проф. А.Б. ХОЛМОГорова

Редакционный совет:

проф. М. БОТБОЛ (Франция), проф. Н.А. БОХАН (Томск),
проф. Х. ВАЛЬБЕРГ (Финляндия), проф. Д.Ю. ВЕЛЬТИЩЕВ (Москва),
проф. О. ГУРЕЙЕ (Нигерия), проф. Е.А. ГРИГОРЬЕВА (Ярославль),
проф. Т.В. ДОВЖЕНКО (Москва), проф. В.В. КАЛИНИН (Москва),
проф. В.Г. КОСЕНКО (Краснодар), проф. Н.Д. ЛАКОСИНА (Москва),
докт.мед.наук О.В. ЛИМАНКИН (Санкт-Петербург), проф. В.В. МАКАРОВ (Москва),
проф. Т. МАРУТА (Япония), проф. С.Н. МОСОЛОВ (Москва),
проф. Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург), проф. В. НЭРРОУ (США),
проф. Б.Н. ПИВЕНЬ (Барнаул), проф. П. ТАЙРЕР (Великобритания),
докт.мед.наук С.А. ТРУЩЕЛЕВ (Москва), проф. Г.М. УСОВ (Омск),
проф. Х. ХЕРРМАН (Австралия), проф. Л.К. ХОХЛОВ (Ярославль),
проф. Г. ХРИСТОДУЛУ (Греция), проф. С.Ю. ЦИРКИН (Москва),
проф. Л.К. ШАЙДУКОВА (Казань), проф. П. ШАРАН (Индия),
проф. Ю.С. ШЕВЧЕНКО (Москва), проф. К.К. ЯХИН (Казань)

Зав. редакцией канд. мед. наук Л.И. САЛЬНИКОВА

Москва, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Павлова О.В., Мурашко А.А., Морозова А.Ю., Павлов К.А., Гурина О.И., Шмуклер А.Б. Метод иммуноферментного анализа для количественного определения аутоантител к NMDA-рецепторам в сыворотке крови.....	5
Горобец Л.Н., Сенько О.В., Литвинов А.В., Буланов В.С., Доровских И.В., Кузнецова А.В. Гормональные предикторы эффективности антипсихотической терапии у больных с расстройствами шизофренического спектра.....	14
Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Сравнительная характеристика особенностей нарушений сна и менопаузального симптомокомплекса у женщин с аффективными расстройствами пери- и раннего постменопаузального периода	25
Курапова Е.Ю., Петрова Н.Н. Расстройства адаптации в условиях пенитенциарной психиатрии	31

ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Коррелл К.Н., Хе Й., Террин Ф., МакКензи Э., Михан С.Р., Вейс К., Хефтинг Н., Хобарт М. Влияние брекспипразола на функционирование пациентов с шизофренией: итоги краткосрочных и долгосрочных исследований.....	37
---	----

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Понизовский П.А. Коморбидность пограничного расстройства личности: клинический случай.....	41
---	----

ОБЗОРЫ

Мазо Г.Э., Касьянов Е.Д., Кибитов А.О. Мерцающая грань между депрессией и тревогой: клинические и генетические аспекты	50
Мурашко А.А. Мимикрия: анти-NMDA-рецепторный энцефалит и психические расстройства	59
Зелтынь А.Е. Клинико-патогенетическая взаимосвязь расстройств тревожно-депрессивного спектра и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: терапевтические следствия	68
Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Шашкова Н.Г., Мурашко А.А., Спектор В.А. К концепции реформы институциональной социальной помощи гражданам с ограниченными возможностями в сфере психического здоровья	75

ДИСКУССИИ

Шайдукова Л.К. Актуальные вопросы депрессивных расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте: классификация, клиника, лечение	88
---	----

ЮБИЛЕИ

Будза Владимир Георгиевич	94
--	----

УДК 616.8-008.64(616-053.2)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВЗРОСЛОМ И ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Л.К. Шайдукова

*ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Минздрава России*

Тема депрессивных расстройств является достаточно популярной на современном этапе. Вероятно, в научной, учебно-дидактической и практической литературе не существует области более разработанной, чем «депрессология». Она актуальна в глобальном, общечеловеческом аспекте: обсуждаются проблемы расширенной трактовки депрессии при популистском подходе, или суженной – при анозогнозической установке; ставится под сомнение сам факт наличия «истинного лица» депрессии с ее клиническим многообразием и вариабельностью, дискутируется вопрос необходимости медикаментозного лечения в случаях неглубоких аффективных нарушений. Идея о том, что пролонгированная «реакция горя» с ярким спектром депрессивных проявлений может стать триггером онкологических, иммунных, системных заболеваний не выглядит столь абсурдной даже при отсутствии убедительной доказательной базы, а исследование роли «не выявленной и не леченой депрессии» в генезе болезни Альцгеймера и вовсе заставляет задуматься об истинной распространенности данной патологии. Важна эта тематика и в прикладном, общемедицинском аспекте: депрессии в неврологической, нейрохирургической практике, различная трактовка депрессии соматологами и специалистами-психиатрами, трудности лечения коморбидной депрессии, выписка антидепрессантов врачами-интернистами с правовой точки зрения, назначение антидепрессантов в режиме «оффлейбл».

Отдельно стоит вопрос классификации депрессии – ее можно найти в самых разных разделах и рубриках МКБ-10 [37]: биполярное аффективное расстройство (F32), функциональная депрессия (дистимия – F34.1), органическая депрессия (F06.36; F06.32), эндогенная шизофреническая депрессия (F20.4),

шизоаффективное расстройство депрессивного типа (F25.1), интоксикационная депрессия (F1x51), в структуре «смешанных расстройств эмоций и поведения с преобладанием депрессии» (F92.0), в структуре смешанных тревожных и депрессивных расстройств (F41.2), в структуре посттравматического стрессового расстройства (F43.1) и расстройства адаптации (F43.21). Примечательно, что антидепрессанты группы СИОЗС показаны при всех вышеперечисленных расстройствах, что является объединяющим фактором.

Следует отметить, что отечественная МКБ-10 отличается от зарубежной DSM-5 [57] по ряду параметров. По меткому определению «классификация – это сговор группы людей, объединенных одной идеей». Наличие или отсутствие в различных классификациях психических болезней какой-либо рубрики проходит безболезненно, практически незаметно. Так, в МКБ-10 в отличие от DSM-5 не существует нарциссического расстройства личности (301.81), хотя число лиц мужского пола, демонстрирующих характерологический (патохарактерологический) нарциссизм, уже приближается к числу лиц с истерическими проявлениями у пола женского. Недостаточная диагностика данного расстройства личности мало что меняет, ведь, согласно определению классиков психиатрии, психопатия – это не болезнь, а искаженный до клинических проявлений характер. К специалистам эти лица не обращаются из-за отрицания патологии, выявить истинное число довольно сложно. В DSM-5 мы не увидим нозологии «детская шизофрения» – это заболевание унифицировано для всех возрастов. В МКБ-10 «детский тип» имеется, несмотря на то, что не прописаны единые критерии детской формы шизофрении, и постановка диагноза бывает крайне сложна. За рубежом большинство

случаев подобной патологии относят к раннему детскому аутизму, диагноз шизофрении выставляется при появлении психотической продукции. В практике отечественной психиатрии появилось разумное компромиссное решение определения подобных случаев в категорию «раннего детского аутизма эндогенного типа».

В классификации DSM-5 в рубрике «другие расстройства личности» подробно прописаны критерии пассивно-агрессивного расстройства личности: пассивное сопротивление решению текущих социальных и профессиональных задач, жалобы на непонимание и недооценку со стороны окружающих, угрюмость и склонность вступать в споры, беспричинная критика в отношении авторитетных лиц и презрение к ним, выражение зависти или злобности в отношении удачливых лиц, склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья, чередование непокорности и раскаяния [27]. Подобного типа расстройство личности не описано в отечественной классификации психических болезней, хотя дистимично-брюзгливый, раздражительно-сварливый, гипотимно-угрюмый, пассивно-агрессивный характерологические типажы весьма распространены.

Примерно то же можно утверждать о «депрессивном расстройстве личности» в разделе «другие расстройства личности» согласно DSM-5, которого не найти в российской классификации. Сложилась парадоксальная ситуация: в США с их культивируемым «лучезарным» менталитетом существует депрессивная психопатия, но в России она не выделена. Обозначение в МКБ-10 «хроническое депрессивное расстройство» проблемы не решает, так как оно отличается эго-дистоничностью, в то время как расстройство личности, даже депрессивное, состояние эго-синтонное. Вместе с тем расстройств с включением «депрессивные» достаточно много в отечественной классификации психических болезней, о чем было упомянуто выше. В классификации DSM-5 также расширены их рамки: в рубрике «Depressive Disorder Not Otherwise Specified» входят депрессии, которые не подходят под определенный официальный диагноз и не соответствуют критериям какого-либо конкретного депрессивного расстройства. И таких депрессий значительно больше, чем традиционных, представленных в качестве образчика данной аффективной патологии.

Ниже перечислены лишь некоторые описанные в отечественной литературе клинические варианты депрессий: меланхолическая, витальная депрессия, ведущим проявлением которой является «симптом

предсердной тоски»; анксиозная депрессия, характеризующаяся «симптомом загрудинной тревоги»; адинамическая депрессия с низкими общединамическими показателями; апатическая депрессия с присоединением к двигательным мотивационно-волевыми нарушениями; астеническая, «брюзгливая» депрессия с перманентным состоянием усталости и раздражительности; истерическая депрессия, проявляющаяся фасадной демонстративностью на фоне пониженного настроения; ипохондрическая, «жалующаяся» депрессия с фиксацией на проблемах здоровья; ажитированная депрессия с возбуждением и аффективным напряжением; ангедоническая депрессия со снижением способности ощущать позитивные эмоции; анестетическая депрессия, похожая на предыдущий тип, но отличающаяся утратой всех эмоций и сенсорных модальностей; дистимическая депрессия с перманентным ощущением внутреннего недовольства; дисфорическая депрессия, характеризующаяся озлоблением гетероагрессивной направленности; деперсонализационная депрессия с явлением эмоционального раздвоения, расщепления [19, 46].

Кроме вышеперечисленных вариантов существует клиническое многообразие маскированных (ларвированных, соматизированных, «латентных» по Lange, 1928) депрессий. Это алгическая, диссомническая, вегетативная, алкогольная и другие «маски» [2, 52]. К категории маскированных относится «улыбающаяся», «ироническая», «депрессия без депрессии», или «алекситимическая» депрессия, а также депрессия, маскируемая другими психопатологическими фасадами – обсессивными, социофобическими, дисморфофобическими, психопатоподобными. Богаты депрессивными включениями невротическая «депрессия истощения» Кильхгольца, психосоматическая «депрессия фона» Шнейдера, эндореактивная дистимия Вайтбрехта.

Нельзя игнорировать клинико-психологические варианты депрессий – психологические состояния, имеющие клиническое выражение. Это аномическая депрессия (термин Дюркгейма) с потерей смысла жизни, характеризующаяся «упадком духа, чувством несбывшихся надежд, низкой самооценкой и моральной дезориентировкой» [44]; экзистенциальная, ноогенная депрессия «с переживанием тоски по исчезнувшим всеобщим, универсальным ценностям; «депрессия достижения» в виде упадка настроения, скуки и разочарования после достижения цели (точное обозначение В.С.Ротенбергом и В.В.Аршавским как «синдром Мартина Идена» [45]). Сюда же относятся психологические состояния с депрессивным оттенком, которые сопровождаются

суицидальной угрозой, снижают качество жизни – это «ностальгическая депрессия», «депрессия лишения корней», «депрессия смены места проживания», «траурная депрессия», «пенсионная депрессия» [19].

Подробно разработанная тема касается и возрастного аспекта – описаны климактерическая, инволюционная, пресенильная, сенильная депрессии. Выделяются различные степени выраженности, длительности и патодинамики – абортивная («матовая», «мягкая», «стертая», субклиническая), протрагированная (мономорфная и полиморфная варианты), хроническая (не менее двух лет, с обогащением симптоматики) депрессии [53]. «Рекуррентная скоротечная депрессия» (Recurrent Brief Depression) с короткими эпизодами, длящимися несколько дней и возникающими с частотой раз в месяц, еще более расширяет диапазон диагностики данной патологии [60].

Уже дидактической классикой стало деление депрессий на три этиопатогенетические, нозологические группы: психогенные депрессии – реактивные (реакция на стресс), невротические депрессии, депрессивные развития и депрессивные личности; эндогенные психотические депрессии – периодические депрессии с депрессивными фазами (монополярные), циклические депрессии с депрессивными и маниакальными фазами (биполярные), депрессии в возрасте «обратного развития» («инволюционные депрессии»), шизофренические депрессии; соматогенные депрессии – органические депрессии (причиной которых являются структурные изменения в головном мозге), симптоматические депрессии (сопровождающие или являющиеся следствием соматических заболеваний).

Несмотря на контентную перманентность аффективных расстройств в разных временных интервалах меняется их количественное содержание. Неизменен уровень эндогенных депрессий с их наследственно-генетической предрасположенностью, но увеличилось число соматогенных депрессий (как органических, так и симптоматических) при пандемии COVID-19 и постковидный период, а в настоящее время наблюдается рост реактивных, невротических депрессий. Число проданных антидепрессантов на территории России с марта 2022 года увеличилось в четыре раза, что является свидетельством не только ситуационного всплеска тревожно-депрессивных проявлений у населения, но и его осведомленности, высокой комплаентности в отношении приема препаратов, а также уровня профессионализма «специалистов-прескрайберов».

Детская психиатрия также является достаточно изученной областью [14, 24, 28, 31, 36, 55], что

касается и описания клинических особенностей депрессивных расстройств [6, 28, 35, 54]. Это анаклитический эквивалент депрессии вегето-моторного периода развития, возникающий у грудного ребенка после отрыва от матери, проявляющийся в форме протеста, отчаяния, отчуждения, приводящий через полгода к деградации. Это невропатический эквивалент депрессии сенсо-моторного периода развития с преобладанием двигательных и чувствительных расстройств, наличием яктации, снохождения, сноговорения, ночных кошмаров, описанных Г.Е. Сухаревой в рамках «детских неврозов» [49, 50]. Широкий диапазон проявлений депрессии у детей аффективного периода развития представлен фобическим эквивалентом в виде аутофобии, никтофобии; психовегетативным эквивалентом в форме дизэнцефальных кризов; ипохондрическим и астено-апатическими эквивалентами в виде сверхценной фиксации на здоровье и эмоционально-моторной вялости [54].

Идеаторный период подросткового возраста характеризуется разнообразной депрессивной симптоматикой, которая настолько атипична, что часто камуфлируется иными состояниями и диагнозами (от патологически протекающего пубертатного криза, патохарактерологических реакций и развитий, социализированного, несоциализированного расстройств поведения и формирующихся расстройств личности до смешанных расстройств поведения и эмоций). Вместе с тем авторы выделяют меланхолический эквивалент депрессии с переживанием скуки и усталости, низкой мотивацией и самооценкой, фрагментарными суицидальными образованиями (мыслями, фантазиями, намерениями) – и это может быть дебютом биполярного аффективного расстройства у подростков, который крайне редко диагностируется в данном возрасте [41]. Другим атипичным эквивалентом депрессии является психопатоподобный – с угрюмо-неприкаянным настроением, оппозиционно-брутальным отношением к родителям и агрессивным – к сверстникам, участием в асоциальных группировках и употреблением психоактивных веществ. Наконец это магифренический эквивалент депрессии в виде парарелигиозной тематики переживаний, участия в сакральных мероприятиях, мортальной психологии неотвратимости смерти и ее необходимости [54].

Вышеописанная характеристика депрессий детско-подросткового возраста, данная пионерами отечественной детской психиатрии, являлась базой дальнейшего развития учения о депрессии. Так, материал об анаклитической депрессии пополнился новыми клиническими работами [5,

15, 25, 30], а также многочисленными психологическими исследованиями состояний депривации младенцев [9, 12, 34, 47]. Глубоко изучена тематика депрессивных расстройств у детей в возрасте от трех до одиннадцати лет – в аффективном периоде развития [7, 13, 17, 18,]. Здесь так же, как во взрослой психиатрии, могут быть «маскированные», атипичные формы депрессий, закамуфлированные под ложную соматическую (психосоматическую) патологию, что отражается на разрастании контингента ЧБД – так называемых «часто болеющих детей» [23].

Немало современных научных публикаций о депрессиях подросткового возраста [18]. Авторы исследуют особенности эндогенной депрессии [16, 21, 41, 42], специфику реактивной психогенной депрессии [8, 17, 32, 39, 40, 43], разнообразие поведенческих «масок» депрессии, в том числе психопатоподобных у подростков [11, 26, 33, 38, 51]. Некоторые варианты селфхарм поведения с самоповреждением и самоистязанием, реализацией идеи «dead-insite» («мертв внутри»), вероятно, относятся к дополнительно выделенному аутоагрессивному варианту депрессий [20]. Меланхолический, психопатоподобный, магифренический эквиваленты депрессий, описанные ранее, в настоящее время имеют особое значение в связи с ростом суицидальной активности у подростков. Это подтверждается докладом уполномоченного по правам ребенка, данными следственного комитета, статистическими данными Росстата на 2022 год, и, хотя приведенные цифры несколько отличаются друг от друга, тенденция очевидна [10]. Впрочем, подобная тенденция наблюдается по всему миру.

Итак, подводя итог вышеизложенному, можно констатировать, что в научной и учебной литературе представлено большое разнообразие депрессивных расстройств – как во взрослом возрасте, так и в детско-подростковом. Депрессии у взрослых пациентов выявляются достаточно часто. По-прежнему «препаратами первого выбора» являются антидепрессанты из группы СИОЗС и СИОЗСН [3, 58]. Удобство их применения очевидно: даже при наличии атипизма депрессий и различных фасадных «масок» эти препараты показаны при большом спектре патологии – в рамках обсессивно-компульсивных расстройств, посттравматических стрессовых расстройств, соматоформных расстройств, расстройств адаптации, расстройств пищевого поведения. Широко используются и другие антидепрессанты из групп НаССА, ПЦА, ТЦА, реже ИМАО – всего насчитывается более сотни наименований (вместе с дженериками).

Антидепрессанты в настоящее время занимают лидирующие позиции по частоте выписки среди психотропных препаратов как в России, так и во всем мире.

Несколько иначе обстоит дело с диагностикой депрессий и назначением антидепрессантов в детско-подростковом возрасте – и то, и другое дефицитарно. Наблюдается парадоксальная картина: несмотря на подробное описание эквивалентов депрессий основателями отечественной детской психиатрии, обилие исследовательских работ по данной тематике у их последователей выявление депрессий в детско-подростковой амбулаторной и стационарной сети крайне мало. Из «препаратов первого выбора» группы СИОЗС (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) официально разрешаются к назначению только два – сертралин (с шести лет) и флувоксамин (с восьми лет). Вместе с тем, согласно инструкции, показаниями для назначения в детско-подростковом возрасте являются не депрессии, а обсессивно-компульсивные и тревожные расстройства. Выписка докторами детям и подросткам этих препаратов при подозрении депрессии будет в режиме «оффлейбл». Для сравнения: за рубежом препарат группы СИОЗС флуоксетин разрешен к выписке детям с восьми лет, и показанием является депрессия [59]. Из антидепрессантов для лечения детей и подростков в России остаются антидепрессанты первого поколения – амитриптилин и кломипрамин, относящиеся к группе трициклических. Следует заметить, что теоретическая база эффективности антидепрессантов группы СИОЗС в терапии юношеских депрессий подробно изучена в отечественной исследовательской работе [4], однако в практике это не нашло своего отражения.

Таким образом, депрессивные расстройства широко представлены в структуре классификации психических болезней – в МКБ-10 они обозначены в десяти рубриках, в DSM-5 имеется дополнительное «депрессивное расстройство личности». В научной и учебной литературе описаны десятки клинических вариантов депрессивных расстройств, включая атипичные и маскированные депрессии; также представлены клиничко-психологические виды депрессий, ухудшающие качество жизни, таящие суицидальную угрозу. Диагностика данной патологии и лечение многочисленными антидепрессантами взрослого населения конгруэнтны выше обозначенному многообразию и частоте депрессий. Вместе с тем, несмотря на обилие литературы по описанию депрессий в детско-подростковом возрасте, отмечается расхождение в диагностике и лечении этого расстройства

у пациентов данной возрастной категории, что закрепляется официальным запретом на назначение антидепрессантов «первой линии выбора» из

группы СИОЗС. Высокая суицидальная активность подростков в настоящее время делает эту проблему особенно актуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков (клиника, типология, динамика и дифференцированная терапия). М.: Медпрактика, 2001. 151 с.
2. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение 2. Клиническая симптоматика // Журн. невропатологии и психиатрии. 1970. № 6. С. 941–947.
3. Арана Дж., Розенбаум Дж. Антидепрессанты. Фармакотерапия психических расстройств. Пер.с англ. М.: Изд-во БИНОМ, 2004. 416 с.
4. Артюх В.В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности: Дисс. канд. мед. наук. Москва, 2005. 226 с.
5. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М.: Изд-во «Прогресс», 1985. 187 с.
6. Башина В.М. Аффективные нарушения у детей: руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 570–578.
7. Бецкова Н.В. Депрессивные расстройства поведения у мальчиков среднего школьного возраста: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Оренбург, 2007. 154 с.
8. Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростков. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2006. 206 с.
9. Быстрова Т.М. Оптимизация психического развития детей раннего возраста с материнской депривацией (воспитанников дома ребенка) средствами ведущего вида деятельности: Автореф. дисс. канд. психол. наук, 2009.
10. В России выросло число детских суицидов и их попыток. Общество, 7 июля 2022, РБК. <https://www.rbc.ru>
11. Владимирович Т.В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1986. 24 с.
12. Ворошнина О.Р. Психологическая коррекция депривационного материнства: Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1998. 24 с.
13. Герш А.А. Эндогенные соматизированные депрессии у детей младшего школьного возраста: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1995. 20 с.
14. Гиллберга К., Хеллгрэн. Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. П.И.Сидорова, пер. со швед. Ю.А.Макковеевой. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 544 с.
15. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2010. 27 с.
16. Джолдыгулов Г.А. Структура и динамика депрессивного синдрома с поведенческими «масками» при эндогенных психических расстройствах в подростковом возрасте: Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 2005. 26 с.
17. Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез и лечение): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1981. 17 с.
18. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Федина М.А. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков (обзор литературы)// Психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 5. С. 15–24.
19. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е издание. М.: Джангар, 2012. 864 с.
20. Иванова Т.И. Депрессивные нарушения у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация: Дисс. докт. мед. наук. Томск, 2008. 445 с.
21. Иовчук Н.М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1989. 47 с.
22. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 405 с.
23. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
24. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: Изд-во СпецЛит, 2007. 463 с.
25. Калинина М.А., Голубева Н.И. Варианты депрессивных расстройств у детей-сирот раннего возраста. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. СПб.: Санкт-Петербургский НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2001. С. 52.
26. Кашникова А.А., Сосюкало О.Д., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии у детей и подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып.10. С. 1522–1526.
27. Клиническая психиатрия / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, пер.с англ. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.
28. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
29. Козидубова В.М. Депрессии у подростков (клиника, психопатологические особенности, вопросы патогенеза): Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1992. 51 с.
30. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 2. С. 27–30.
31. Коломинский Я.Л., Панько Е.А., Игумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии. СПб.: Изд-во Питер, 2004. 480 с.
32. Кривулин Е.Н. Клиническая типология и динамика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков (факторы риска, психиатрическая и наркологическая коморбидность, профилактика): Автореф. дисс. докт. мед. наук. Челябинск-Томск, 2005. 56 с.
33. Курашов А.С. Психопатоподобные состояния при основных психических заболеваниях подросткового возраста: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2001. 48 с.
34. Лангмайер Й., Матейчек З. Психологическая депривация в детском возрасте. Прага.: Авиценум, 2004. 334 с.
35. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. Изд-во: М.: МГУ. 1990. 197 с.
36. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: Медицина, 2003. 432 с.
37. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: АДИС, 1994.
38. Можгинский Ю.Б. Аффективные расстройства в структуре подростковых психопатоподобных синдромов: Автореф. дисс. канд. мед. наук, 1993. 18 с.
39. Морозова Н.Б. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности: Автореф. дисс. канд. мед. наук. 1986. 21 с.
40. Наталевич Э.С., Королева В.Д., Курындина Л.И., Посохова В.И. Психогенные депрессии в подростково-юношеском возрасте. Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. М., 1982. С. 57–67.
41. Озерецковский С.Д. О скрытых эндогенных депрессиях у подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. Вып. 2. С. 212.
42. Олейчик И.В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование): Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2011. 51 с.
43. Посохова В.И. Клинические формы психогенных депрессий в подростковом и юношеском возрасте и их судебно-психиатрическая оценка: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1982. 20 с.
44. Психологическая энциклопедия. 2-е издание. Издательство Питер, 2005. 1096 с.
45. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адап-

- тация. М.: Наука, 1984. 192 с.
46. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 434 с.
 47. Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: Автореф. канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
 48. Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып. 10. С. 1522.
 49. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1. М.: Медгиз, 1955. 459 с
 50. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М.: Медицина, 1959. 406 с.
 51. Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии при шизофрении у детей и подростков: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1985. 20 с.
 52. Тиганов А.С., Видманова Л.Н., Платонова Т.П., Сухонский А.А. Маскированная депрессия // Клиническая медицина. 1986. Т. 64, № 9. С. 6–11.
 53. Тиганов А.С., Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. Т.1. 712 с.
 54. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., Медицина, 1973. 321 с.
 55. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Медицинское информационное агентство, 2017. 1124 с.
 56. Этингер А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
 57. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 87–122.
 58. Lam R.W., Kennedy S.H., Grigoriadis S. et al. Canadian network of mood and anxiety treatment (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III Pharmacotherapy // J. Affect. Dis. 2009. 117. P. 526–543.
 59. Vitiello B. Principles of using psychotropic medication in children and adolescents / J.M.Rey (Ed.), IACAPAP. Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. Chapter A.7.
 60. Yassini M., Pourmovahed Z. Successful treatment of recurrent brief depression // Pac. J. Med. Sci. 2006. Vol. 22. N 3. P. 323–325.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВЗРОСЛОМ И ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Л.К. Шайдукова

Депрессивные расстройства широко представлены в структуре классификации психических болезней – в МКБ-10 они обозначены в десяти рубриках, в DSM-5 имеется дополнительное «депрессивное расстройство личности». В научной и учебной литературе описаны десятки клинических вариантов депрессивных расстройств, включая атипичные и маскированные депрессии; также представлены клиничко-психологические виды депрессий, ухудшающие качество жизни, таящие суицидальную угрозу. Диагностика данной патологии и лечение многочисленными антидепрессантами взрослого населения конгруэнтны выше обозначен-

ному многообразию и частоте депрессий. Вместе с тем, несмотря на обилие литературы по описанию депрессий в детско-подростковом возрасте, отмечается расхождение в диагностике и лечении этого расстройства у пациентов данной возрастной категории, что закрепляется официальным запретом на назначение антидепрессантов «первой линии выбора» из группы СИОЗС. Высокая суицидальная активность подростков в настоящее время делает эту проблему особенно актуальной.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, детский и подростковый возраст.

TOPICAL ISSUES OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADULTS, CHILDREN AND ADOLESCENTS: CLASSIFICATION, CLINIC, TREATMENT

L.K. Shaydukova

Depressive disorders are widely represented in the structure of the classification of mental illness – in ICD-10 they are indicated in ten headings, in DSM-5 there is an additional “depressive personality disorder”. Dozens of clinical variants of depressive disorders have been described in the scientific and educational literature, including atypical and masked depression; clinical and psychological types of depression are also presented, which worsen the quality of life, concealing a suicidal threat. Diagnosis of this pathology and treatment with numerous antidepressants

in the adult population are congruent with the above-mentioned variety and frequency of depression. At the same time, despite the abundance of literature on the description of depression in childhood and adolescence, there is a discrepancy in the diagnosis and treatment of this disorder in patients of this age group, which is reinforced by an official ban on prescribing first-line antidepressants from the SSRI group. The high suicidal activity of adolescents currently makes this problem particularly relevant.

Keywords: depressive disorders, children and adolescence.

Шайдукова Лейла Казбековна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, заслуженный врач Республики Татарстан; email: shaidukova@list.ru