

**ТИХООКЕАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Хабаровский центр новых
информационных технологий
Отдел медицинской информатики**

ПРЕПРИНТ

Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В.

**МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ
В ИССЛЕДОВАНИЯХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**



часть 3

Хабаровск

2021

УДК 616.89-008.454-053.6(571.6)(511):615.214:615.851.8

Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В. Методы медицинской информатики в исследованиях депрессивных расстройств. Часть 3. Клинико-психологический опыт наблюдения подростков с нарушениями депрессивного спектра. Хабаровск: Тихоокеанский государственный университет, 2020. 26 с.

Рассматриваются оригинальные методологические подходы к системному анализу наблюдений случаев непсихотических депрессивных расстройств у подростков. На основе собственных оригинальных методик и статистических материалов, данных отечественных и зарубежных авторов изучаются закономерности поведения, модели и способы коррекции деструктивного поведения. Приводятся методические разработки и математический инструментарий для моделирования поведения, вызванных непсихотическими депрессивными расстройствами.

Междисциплинарное исследование направлено на выявление возможных связей между некоторыми сторонами образа жизни и частотой в популяции тех или иных форм социально значимых заболеваний, а также определить пути для более углубленного изучения причин и условий возникновения социально-психологических очагов депрессий.

Исследование поддержано грантом РФФИ, научный проект № 19-013-00018.

Отв. редактор д.м.н. Косых Н.Э.

© Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В., 2021

© Тихоокеанский государственный университет, 2021

Введение

Актуальность проблемы расстройств депрессивного спектра, проявляющихся уже в подростковом возрасте, определяется их высокой распространенностью, трудностью обнаружения и распознавания этой патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском (Положий, 2015; Jasik, 2016; Lelonek B., 2016; Woodberry, 2016; World Health Organization, 2020).

Согласно эпидемиологическим данным, распространенность депрессий среди населения в возрасте 15–20 лет составляет от 8 до 20% и составляет более 50% от общего числа случаев психического расстройства среди подростков и молодежи, а пик самоубийств приходится на возрастную группу от 15 до 25 лет (Пыпа, 2017; Пантюк, 2007; Хритинин, 2015; Bostic, 2005; Calcar, 2016; Loginov, 2015; Wasserman, 2016; Zuckerbrot, 2007).

Исследования показывают, что аффективная патология представляет собой гетерогенную группу расстройств, и их диагностика и лечение все еще являются трудной клинической задачей (Краснов, 2011; Сергина, 2014; American Psychiatric Association, 2013; Gladstone, 2009; Zaprutko, 2018).

В то же время имеющиеся научные труды, посвященные проблеме депрессии у подростков, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность этих состояний (Агеенкова, 2019; Brent, 2008; Depressive Disorders, 1999; Moreau, 2002).

Выявлены конкретные варианты депрессивного синдрома, в формировании клинической картины которого особую роль играет патопластическое и патогенетическое влияние возрастного фактора. Некоторые исследователи при изучении депрессий подросткового и юношеского возраста ограничиваются сосредоточением внимания на так называемых «объективных» методах (шкалах, опросниках), игнорируя клинический и психопатологический метод и нозологическую оценку болезней в целом (Breslau, 2017; Osińska, 2017; Stone, 2015. Morbidity and Mortality Weekly, 2018; Зверева, 2013).

Отечественным исследователям, использующим в основном методы клинического и психопатологического анализа, не хватает интегративности, они не используют надлежащие методики размерности, а также корреляцию психопатологических

данных с генетическими параметрами (Положий, 2015; Агеенкова, 2019; Сайгитов, 2017).

Необходимо решить ряд психобиологических и, в частности, психогенетических особенностей подросткового возраста, определяющих пубертатную фазу созревания, для решения терапевтических проблем, поскольку их недооценка приводит к просчетам при построении стратегии психотерапии и реабилитации этой группы пациентов (Wasserman, 2016; Carrellas, 2017; World Health Organization, 2014; Zalman, 2016).

Таким образом, из изложенного следует, что аффективные расстройства представляют собой гетерогенную группу, а механизмы их развития представляют собой комплексное нарушение функциональной активности нейрогуморальных систем организма человека. Это требует дальнейшего изучения патогенеза аффективной патологии с учетом нарушений основных нейрогуморальных параметров при депрессии и их корреляции с клиническими и динамическими характеристиками, а также динамических изменений основных нейрогуморальных факторов при антидепрессивной терапии с целью ее оптимизации.

Целью исследования является выявление и систематизация клинических, психосоциальных и личностных психологических триггеров, способствующих формированию депрессивных расстройств у подростков России и Китая.

Обращение к проблемам транскультуральной (кросскультуральной, этнокультуральной) психиатрии, прослеживающееся в последнее десятилетие, отражает попытки современных исследователей достичь наиболее полного понимания роли этно- и социокультуральных факторов в развитии психических расстройств, в том числе депрессивных, в различные возрастные периоды человека (Аведисова, 2012; Вельтищев, 2017; Кещян, 2013; Положий, 2006; Пантюк, 2007; Прихожан, 2000; Семке, 2012; Ambihapahor, 1995; Beardslee, 2003; Krause, 1988; Radovic, 2017). Помимо этноспецифических особенностей психической патологии, существуют и общепопуляционные, обусловленные сложившейся сегодня в этих странах социальной ситуацией. В условиях радикальных и стремительных социальных перемен, психика многих людей оказалась недостаточно пластичной, что

привело к формированию расстройств психической адаптации, механизмом которых является «кризис идентичности».

Методы и принципы исследования

Клинически эти состояния проявляются своеобразными психическими и поведенческими расстройствами, среди которых можно выделить три варианта – аномический, диссоциальный и магифренический. Причину развития этих нарушений многие авторы усматривают в нарушении центральных функций «Я» и интегративной «Я» – структуры личности (Аведисова, 2012; Вельтищев, 2017; Кещян, 2013; Положий, 2006; Положий, 2015; Прихожан, 2000; Семке, 2012; Сидоров, 2013; Rudolph, 2018; Stewart, 2010).

Таким образом, в научной литературе имеются сведения о наличии этнокультуральных особенностей клиники депрессивных расстройств у взрослого населения, но большинство этих данных не систематизировано и лишено единых методологических подходов.

Клинико-психологический опыт наблюдения подростков

Несмотря на то, что у российских подростков достоверных данных о преобладании того или иного синдрома, по сравнению с китайскими, не выявлено (Геворкян, 2019; Loginov, 2015; Логинов, 2019), было обращено внимание на следующую тенденцию – подростки с тревожной депрессией в возрастных группах 11-15 и 16-18 лет винили в происходящем собственное окружение: «я никому не нужен по-настоящему», «они не понимают меня», «мне никто не помогает, а только требует».

Эти переживания провоцировали появление пролонгированного переживания тревожного состояния (если ситуация связывалась в сознании пациента с плохим, по его мнению, отношением окружающих) или состояния тоски (если появлялись стойкие идеи собственной ненужности, чаще всего к своим близким).

Подобные состояния приводили к формированию стереотипов мышления: «раз я не нужен, то я уйду», что вызывало в

сознании пациента желание «привлечь внимание», «отомстить», «наказать» и, как следствие, приводило как к истинным, так и к демонстративно-шантажным суицидальным попыткам.

Особенно важно, что в начале своего депрессивного эпизода многие подростки оценивали свое состояние критически и пытались справиться с ним самостоятельно и только неудача способствовала обращению за помощью. В отличие от них, подростки с «астено-динамической депрессией» с самого начала искали помощь у близких. Но ближайшее окружение и родственники воспринимали их жалобы как «навязчивые», «неуместные» и «непонятные». Только лишь это вынуждало их обратиться в медицинские учреждения к специалистам (участковым терапевтам, психиатрам, психотерапевтам, психологам).

Часто подростки российской группы, пытаясь справиться депрессией, прибегали к использованию различных алкоосодержащих напитков, однако это только ухудшало и без того тяжелое депрессивное состояние.

В отличие от российской группы, у китайских подростков суицид был связан со степенью тяжести депрессивного расстройства, что, на наш взгляд, обусловлено этническими особенностями восприятия психического заболевания в КНР.

В общественном сознании населения Китая, любое психическое расстройство рассматривается как наказание за ошибки предков.

Поэтому, психические проблемы у одного из членов семьи вызывают среди остальных чувство стыда и вины.

Таким образом, в течение длительного времени китайские подростки остаются вне поля зрения психиатра и не получают специализированную помощь, что приводит к ухудшению состояния, вплоть до депрессивного эпизода тяжелой степени выраженности, без психотических симптомов.

Приведем далее наиболее характерные примеры психолого-клинических наблюдений подростков из двух стран, склонных к суицидальному поведению (табл.1-3).

Дескриптивная таблица №1

Анамнез жизни		Анамнез заболевания*		Анализ наблюдения**		Психологическое заключение	Психосоциальный диагноз
полная семья	семья служащих	суицидальные попытки – резала вены, угрожала отравиться, пыталась повеситься		шкала депрессии Гамильтона	умеренная депрессивная симптоматика		
	проживает с отцом и мачехой	мать погибла	на фоне конфликта с отцом из-за того, что ни где не работает	шкала тревоги Гамильтона			
школа с 7 лет		к психиатрам не обращалась					нарушение отношений в родительской семье (смерть матери), отсутствие опоры на отца
училась посредственно							
нарушений поведения не было		встречается с парнем, употребляющим опиаты					состояние психологической дезадаптации с депрессией, тревожностью и суицидальными мыслями на фоне конфликта с отцом
беременности и родов не имеет							
наследственность психопатологически не отягощена		отец об этом знает и категорически запрещает ей встречаться с этим парнем					
раннее развитие без особенностей							
не работает, не учится		отец угрожал отправить ее жить к бабушке в другой город					
на иждивении отца							
не замужем		ночью плакала, не могла успокоиться, утром продолжала высказывать суицидальные намерения					
черепно-мозговых травм, пароксизмальных реакций, нейроинфекций не было		ухудшение отмечает в течение последних 3 месяцев					
вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает		чувствует себя грустной и подавленной					
гемотрансфузии не проводились.							
аллергических реакций не отмечалось.							
курит с 14 лет, периодически алкоголизмуется							
дважды прообвала наркотики иньекционно							Клинический диагноз расстройство адаптации продолжительная депрессивная реакция суицидальная попытка

Примечания:

* Никак не могла заставить себя заниматься разнообразными повседневными делами: «Не хочу ничего делать, только лежать, хотя вроде и силы есть». Стала часто просыпаться по ночам (в 4-5 часов утра) и «пока никто не мешает» размышлять о «своих перспективах». После этого стала размышлять о наиболее безболезненных способах самоубийства, хотя «всерьез к этому не относилась» и «думала об этом на всякий случай». Совершила суицидальную попытку - порезала вены на предплечье, рана ушита в травмпункте. Так как пациентка продолжала оставаться крайне подавленной и некритичной к своему состоянию, была переведена в психиатрическую больницу, где был поставлен диагноз.

**Впервые суицидальные мысли возникли остро, спонтанно на фоне психотравмирующей ситуации и привели к импульсивной суицидальной попытке. Во второй раз суицидальная настроенность обостряется на фоне депрессии, вызванной хронической психической травмой, что способствовало переходу суицидального прогресса на уровень реализации суицидальных намерений. Тяжесть тревожно-депрессивной симптоматики пациента подтверждена психометрическими исследованиями с использованием шкалы Гамильтона (HARS).

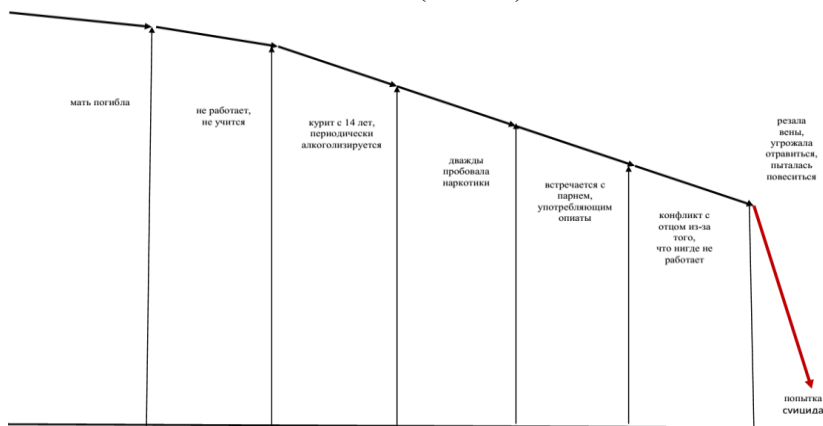


Рис.1. Маршрутная карта развития ДР №1.

Клинический случай, Россия, пациентка 18 лет, второй ребенок в семье из 2 детей, попытка суицида

Дескриптивная таблица №2

Анамнез жизни		Анамнез заболевания	Анализ наблюдения		Психологическое заключение	Перспективы и прогноз
Полная семья	Семья рабочих	Семейный анамнез отрицателен*	ранее совершал суицидальные попытки – пытался отравиться таблетками	шкала депрессии Гамильтона	умеренная депрессивная симптоматика	
постоянно был под опекой родителей	психосоциальное развитие нормальное	с октября 2013 года стал подвергаться насмешкам, унижению, утром, преследованиям со стороны одноклассников, преимущественно девочек	к психиатрам не обращался	шкала тревоги Гамильтона	умеренная тревожная симптоматика	нарушение отношений в родительской семье (развод родителей), отсутствие опоры на отца
школа с 7 лет	учился хорошо	агрессия с их стороны доходила до физического насилия – избивали, пинали		состояние в отделении оставалось удовлетворительным	состояние психологической дезадаптации с депрессией, тревожностью и суицидальными мыслями на фоне конфликта с конкурентами	
особого стремления достичь успехов в учебе не проявлял**		одноклассники его не защищали, поощряя такие действия		первое время настроение было неустойчивым		
общительный, подвижный				переживал из-за госпитализации		
в отношениях со сверстниками несколько эмоциональный, но быстро отходчивый		стал подавленным, отстраненным, замученным, высказывал мысли о нежелании жить		суицидальные попытки формально расценивал как демонстративные, относился к ним со слабой критикой		
к новой обстановке привыкал быстро, без затруднений заводил		новая суицидальная попытка связана с тем, что в очередной раз подвергся угрозам и унижению.		настроение выровнялось и было все время нормальным		
		принял большое количество каких-то таблеток, пытался резать		бесследно достаточно		
				в суждениях опирался на мнение матери		

Дескриптивная таблица №2 (продолжение)

новые знакомства, отношения со сверстниками поддерживал хорошо	весны скорая промыла желудок на дому			
помогает родителям по хозяйству, занимается спортом	рекомендовано обратиться на консультацию к психотерапевту	воспитание мальчика со стороны матери было контролирующим с гиперопекой		
нейроинфекций не было	настроение оставалось сниженным.			
вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает	мать уговорила пациента прийти на консультацию	прошел психологическое обследование		
гемотрансфузии не проводились.	мать боилась повторения суицидальной попытки			Клинический диагноз: расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция
аллергических реакций не отмечалось.	после осмотра специалиста пациент был госпитализирован			
к вредным привычкам (табак, алкоголь, наркотики) относился отрицательно				

Примечания:

* Со слов матери, ее дальняя родственница страдает психическим расстройством, родной отец пациента злоупотреблял курением конопли, проходил стационарное лечение в Первом специальном госпитале г. Харбина анонимно много лет назад.

** Закончил начальную школу (6 лет), затем неполную среднюю и среднюю (по 3 года), в 18-летнем возрасте поступил на факультет иностранных языков педагогического института г. Харбина, где изучал английский и русский языки.

Учился на хорошо и отлично.

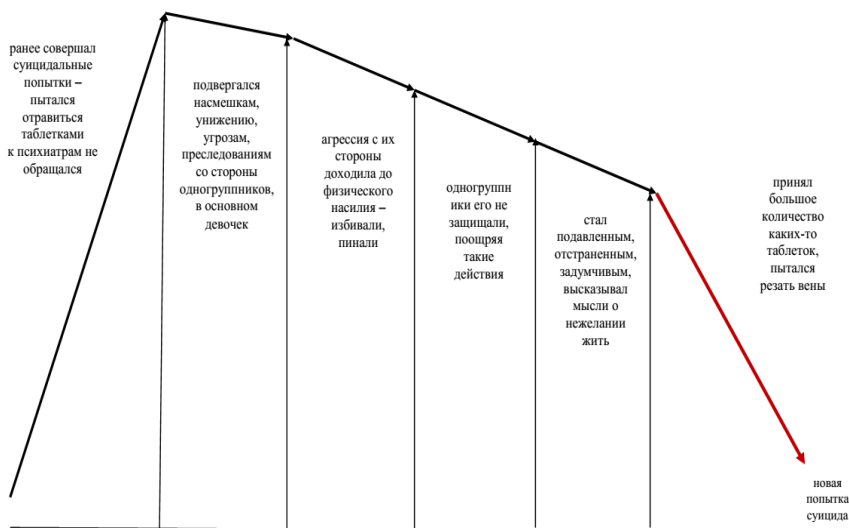


Рис.2. Маршрутная карта развития ДР №2.

Клинический случай, Китай, пациент 18 лет, единственный ребенок в семье, попытка суицида

Дескриптивная таблица №3

Анамнез жизни		Анамнез заболевания		Анализ наблюдения		Психологические заключения	Психосоциальный диагноз
полная семья	семья рабочих	в 11 лет совершила суицидальную попытку – отравилась изониазидом (противотуберкулезный препарат)		шкала депрессии Гамильтона	умеренная депрессивная симптоматика	состояние психологической дезадаптации с депрессией, тревожностью и суицидальным поведением на фоне конфликта с матерью из-за незапланированной беременности.	нарушение отношений в родительской семье конфликтные отношения с матерью
два старших брата 21 и 19 лет, сестра 12 лет	средний находится в тюрьме за кражу			шкала тревоги Гамильтона	умеренная тревожная симптоматика		
школа с 7 лет	училась хорошо	осмотрена наркологом, направлена в крайевой кризисный стационар		первое время настроение было сниженным, часто плакала, была тревожной, плохо спала, аппетит был снижен	через несколько дней нахождения в стационаре пациентка приняла решение оставить ребенка	суицидальные тенденции на фоне хронического неблагополучия в родительской семье и физической усталости	отягощенная наследственность алкоголизмом родителей
нарушений поведения не было	классы не дублировала			не могла вынести того, что мать пьет, а братья с ней из-за этого дерутся на высоте интоксикации были судорожные приступы	после этого стала несколько спокойнее		
выявлена беременность*	возможности растить ребенка у			однако тревога и мысли о			отсутствие жилья

Дескриптивная таблица №3 (продолжение)

наследственность: отягощена алкоголизмом обоих родителей	нет.	безвыходности ситуации сохранялись***	
раннее развитие соответственно возрасту	после осмотра госпитализирована дежурным врачом.	по мере нахождения в стационаре состояние улучшилось	
не работает, не учится**	осмотрена терапевтом, фтизиатром гинекологом, консультирована пульмонологом	поведение оставалось упорядоченным	
не замужем		намерения прошли	
1,5 года назад заболела туберкулезом, проходила специализированное лечение	исключен диагноз пневмонии	сохраняется ситуационная тревожность, не нарушающая трудоспособности	
находится на диспансерном наблюдении, лечения не получает	осматривалась специалистами перинатального центра, генетиками	суицидальных тенденций не выявляет	
черепно-мозговых травм, пароксизмальных реакций, нейрорефлексий не было	проводилось УЗ-исследование, в том числе экспертное	постепенно сформировалось критическое отношение к миру	
вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает	патологии плода и пациентки не обнаружено	формируется более взрослое осознание его последствий и своих собственных	
гемотрансфузии не проводились	установлен срок беременности 25 недель	неконструктивных реакций на трудности жизни.	
аллергические реакции отрицает			
не курит, алкоголизируется ситуационно, редко, злоупотребление алкоголем отрицает			Клинический диагноз депрессивный эпизод умеренный

ПРИМЕЧАНИЯ:

* На момент обсервации у пациентки беременность, 21 неделя, раньше не прерывала, не было денег добраться до гинеколога в поселковую больницу. Приехала туда только на сроке 16 недель, аборт делать отказались, решила копить таблетки для возможного суицида. Отец ребенка сидит в тюрьме за кражу, «из-за него» в тюрьме оказался и брат больной. Последнюю суицидальную попытку предприняла после ссоры с матерью, которая 13.11.2014 г. узнала, что пациентка беременна и сказала (находясь в алкогольном опьянении), что теперь она ей не дочь. Кроме того, пациентка планировала уехать с родственницей в Осетию, но планы сорвались. Не получив ожидаемую поддержку от матери и поняв, что «ситуация безнадежна», выпила заранее накопленные для этого 19 таблеток эналаприла с суицидальной целью. По вызову подруги была госпитализирована в гинекологическое отделение ЦРБ Вяземского, где проводилась детоксикация физраствором.

** Окончила 9 классов, хотела поступить в судостроительный техникум, но не было денег даже на дорогу. Родители не работают, как и большинство жителей поселка. Живут натуральным хозяйством, иногда впроголодь. Со слов пациентки, мать пьет сильнее, чем отец. Отец болен туберкулезом. От туберкулеза умерла бабушка пациентки, с которой они вместе проживали.

***Связи с родителями не было. Навещалась только знакомой, проживающей в Хабаровске, родной сестрой крестного отца пациентки, который материально помогал и поддерживал ее с детства в ее поселке. Выяснилось, что незадолго до поступления к нам пациентка встала на учет в поселковом центре занятости г. Вяземский. Планировала пойти на какие-нибудь обучающие курсы в Хабаровске, где дают общежитие. Из беседы с тетей известно, что пациентка с детства была очень старательной и послушной, «тянула на себе всю семью, зарабатывала для них деньги, родители пили всегда», суицидальные тенденции на фоне усталости от такого образа жизни. Со слов тети, до родов пациентка поживет у нее, в Хабаровске.

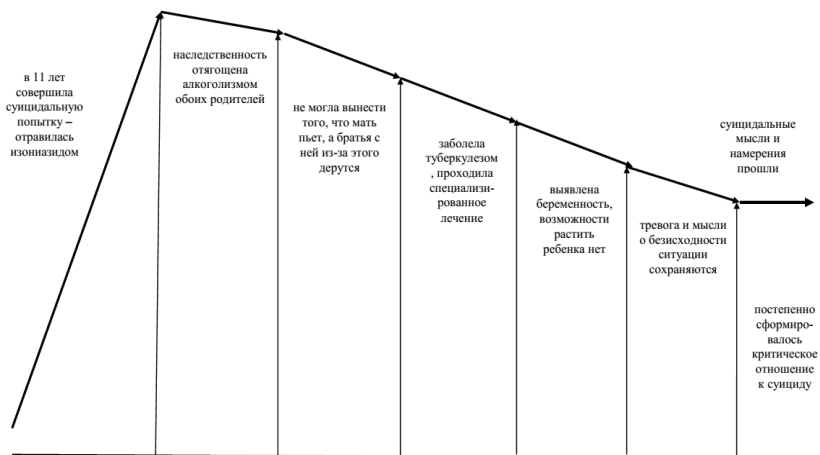


Рис.3. Маршрутная карта развития ДР №3.

Клинический случай, РФ, пациентка 17 лет, третий ребенок в семье из 4 детей, поступила в психиатрическую больницу из гинекологического отделения после попытки суицида

Как представлено в дескриптивных таблицах 1-3, наличие суицидальных попыток в анамнезе наблюдалось достаточно часто как в российской, так и в китайской группах. Как известно, психические расстройства, содержащие в своих клинических проявлениях депрессивный симптомокомплекс, являются наиболее суицидоопасными (Хритинин, Calcar, 2016; Агеенкова, 2019; Логинов, 2019; Положий, 2012; Фусу, 2012; Jinnin, 2016; Pużyński, 2018). Суицидальные попытки в китайской группе достоверно преобладали по сравнению с российской группой при депрессивных эпизодах умеренной и тяжелой степени выраженности. У подростков российской группы наблюдались суицидальные попытки при кратковременной депрессивной реакции.

Таким образом, параллельные наблюдения, проведенные в России (г. Хабаровск) и Китае (г. Харбин), показали, что в анамнезе обследуемых подростков имеет место наличие случаев психических расстройств у родственников. Это подтверждает теорию о том, что депрессивные расстройства генетически детерминированы. В картине депрессивных расстройств у подростков в целом преобладает выбор утверждений, представляю-

щих жалобы на сниженное настроение, утомляемость, сниженную работоспособность, отсутствие интересов и увлечений и сниженную самооценку; причем симптомы сниженной работоспособности и утомляемости более характерны для представителя азиатского этноса, а симптомы ангедонии (отсутствие интересов и увлечений) – для славянского; кроме этого у славян суицидальные тенденции не зависели от тяжести депрессивных нарушений, суицидальная попытка у них обуславливалась неадекватным типом личностного реагирования, спровоцированного употреблением алкоголя и межличностными конфликтами.

Нахождение в конфликтной ситуации формировало у них аутоагрессивное, в том числе суицидальное поведение. У респондента азиатского этноса преобладающей реакцией на стрессовые ситуации была аутично-депрессивная. Несомненно, значимая роль в формировании депрессивных состояний у детей и подростков принадлежит психологическому микроклимату в семье и типам воспитания. Культуральным нормам КНР соответствует гиперпротекция, а славянские подростки, воспитание которых проходило по типу гипоротекции, чаще пребывали в состоянии конфликта, что способствовало развитию хронической психотравмирующей ситуации и развитию суицидоопасного поведения.

Недостаточная психопрофилактическая помощь подрастающему населению, низкая психолого-протекторная просвещенность приводят к росту тяжести и хронической соматической и психической патологии. Поэтому в первичном звене общей медицины важная роль должна отводиться профилактике и раннему выявлению психосоматических расстройств, а в деятельности участкового врача – значимости многоуровневого анализа, оценки и прогноза состояния пациента, выборе адекватной патогенетической терапии и осуществления лечебно-профилактических программ, что в итоге приведет к снижению частоты депрессивных расстройств и суицидов.

При моделировании клинических и социально-психологических характеристик подростков с ДР для включения в модель в нашем исследовании возникли два противоречивых тре-

бования: 1) модель должна учитывать как можно больше различных характеристик, 2) при увеличении числа параметров значительно возрастает сложность модели. В связи с этим, для выбора оптимальной параметрической системы было решено использовать так называемый «метод дискретных корреляционных плеяд». Он заключается в формировании плеяд параметров с информативно значимыми признаками сходства и последующей заменой этих плеяд на ведущий признак, обладающий наибольшим весом по отношению к другим, что позволяет в дальнейшем установить функциональную зависимость с ним каждого из параметров и в дальнейшем судить об их значениях.

С применением бинарной логистической регрессии Logistica (≥ 2) в нашем исследовании мы оценивали вероятность того, что ДР может быть сформировано или нет у конкретного подростка. Таким образом, у подростков российской группы выявлено шесть переменных статистически значимых факторов: родительский прессинг (Sig=0,01), отношение с одноклассниками (Sig=0,041), родителями, (Sig=0,01), употребление алкоголя (Sig=0,043), наследственная отягощенность психическими заболеваниями (Sig=0,044) и преморбидные акцентуации характера (Sig=0,01), оказывающих влияние на формирование депрессивных расстройств, а у китайских – четыре (родительский прессинг (Sig=0,01), форма проживания (Sig=0,044), отношения с родителями (Sig=0,01) и одноклассниками (Sig=0,041). Эти показатели легли в основу модели диагностического опросника.

Для построения модели превентивного выявления подростковых депрессий использовался подход, основанный на алгоритме классификации значимых признаков на три группы: «индивидуальные», «групповые» и «популяционные». На популяционном уровне следует формировать группы риска развития депрессивных расстройств у подростков, перенесших депрессивные эпизоды в детстве. Под особым контролем должны находиться подростки в возрасте 15-18 лет. Преобладание более выраженных клинических проявлений у китайских подростков связано с обращением к традиционной медицине в случае легких ДР. В рамках этого уровня используются средства массовой информации (радио, телевидение) для пропаганды здорового образа жизни и отказа от вредных при-

вычек. На групповом уровне формировать психологические программы и тренинги для школьников, у которых имеются конфликтные отношения с родителями и сверстниками. Рекомендуется создание при школьных учебных заведениях службы психологического сопровождения для оказания учащимся помощи при нахождении в кризисных ситуациях. Работа этой службы должна быть вынесена за рамки учебного процесса и может реализовываться в групповых и индивидуальных консультациях и тренингах.

На индивидуальном уровне – обращать внимание на скрытую ангедонию, проявление астенических черт, отсутствие планов на будущее, основная роль отводится предупреждению развития тяжелых форм и рецидивов депрессии. Применение данной модели возможно только при совместном взаимодействии врачей (психиатров, педиатров) и психологов, департаментов образования и здравоохранения. В провинции Хэйлунцзян КНР эта модель внедрена и имеет высокую эффективность.

Литература

Аведисова А.С. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2012. № 3. С.18-23.

Ананьева Г.А. Семья: химическая зависимость и созависимость. Работа с созависимостью. М.: Независимая фирма «Класс», 2003. 187 с.

Андрианова Е.П., Дроздов А.З., Жуковская Е.Д., Куканова М.М., Морозова Г.В., Наумович А.О., Коган Б.М. Изучение некоторых звеньев серотониновой системы при депрессивных расстройствах у психопатических личностей // Бюлл. экспер. биол. мед. 1994. Т.117, № 3. С.245-247.

Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков /Под общей редакцией проф. Ю. С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.

Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростков. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2006. 264 с.

Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С., Северный

А.А. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия, 2002, №2. С. 5-9

Геворкян С.Г., Логинов И.П., Савин С.З. Проблемы психического здоровья несовершеннолетних коренных жителей Хабаровского края, воспитывающихся в условиях депривации (аналитический обзор) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2019. №10. С.3-11.

Голубева Н.И., Козловская Г.В. Депрессия и принципы ее лечения в младенческом и раннем детском возрасте. Психиатрия и психофармакология им. П.Б. Ганнушкина 2012; 14(1): 17-29

Дмитриева Т.Б. К вопросу о дифференциальной диагностике депрессивных состояний в пубертатном возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. 1980, Т.80., в 2 т. С.237-242.

Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Академия, 2013. 272 с.

Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции // Российский псих. Журнал. 1999, № 3. С. 37-40

Копейко Г.И., Олейчик И.В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий //Журн. неврол. и психиатр. 2007. Т. 107, № 3. С. 4-17

Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Соц. и клинич. психиатрия. 1999. Том 9, вып. 2. С. 75-90

Кравченко Н.Е. Непсихотические депрессии с расстройствами поведения у подростков // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2010. Т.124, №6. С.24-28.

Краснов В.Н. Депрессия как социальная и клиническая проблема современной медицины // Российский психиатрический журнал. 2011. №6. С. 8-11.

Краснов В.Н., Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Фролов А.М. Взаимосвязи когнитивных и эмоциональных нарушений при депрессиях (обзор литературы) // Доктор.Ру. 2013. № 5(83). С.70-76.

Куташов В.А., Самсонов А.С., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Щербак Е.А. Интеллектуализация анализа распространенности тревожных расстройств в клинике внутренних болезней // Сис-

темный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014. Т. 13. № 4. С. 993-999.

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. К проблеме амбулаторной терапии непсихотических депрессивных расстройств у подростков // Психическое здоровье. 2006. № 4. С. 26-29

Мазаева Н.А., Кузьмичёва О.Н. Синдром гиперактивности в анамнезе подростков с психическими заболеваниями // Психиатрия, 2005. № 3 (15). С. 20–27.

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Иванова Е.И. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 2. С. 23-28.

Левкова Е.А., Логинов И.П., Савин С.З., Будницкий А.А., Тимошенко Н.А., Чжан Цунпэй, Цзянь Ху. Проблемы обратного перевода в этномедицине // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2016. № 2 (50). С.161-168

Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В. Сравнительный анализ распространения депрессивных расстройств у подростков России и КНР // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019, №3. С. 4-12.

Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В., Богданов Н.А., Сунпэй Чжан. Превентивное выявление депрессивных расстройств у подростков. Дальневосточный медицинский журнал. 2019. №2. С.36-39.

Логинов И.П., Солодкая Е.В. К проблеме депрессивных расстройств у подростков // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. №2. С.127-133.

Логинов И.П., Солодкая Е.В. Мониторинг суицидальной ситуации в Приамурье // Уровень жизни населения регионов России. 2017. № 2(204). С.101-105.

Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З., Чжан Сунпэй, Ван Ксиджин, Лиу Юлю, Ю Фенгуй. Трансграничное исследование ситуации психического здоровья среди подростков // Дальневосточный медицинский журнал. 2015. №1. С.37-40.

Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З., Чжан С., Ван К., Лиу Ю., Ю Ф., Ян Л., Джан Ж. Психическое здоровье подростков Харбина (КНР) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.

2015. № 3 (88). С.76-79.

Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Росс. психиатрический журнал, 2012. №4.С.52-56

Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т6 № 1(18). С. 3-8

Пыпа Л.В., Пилюйко Н.В., Филык А.В., Лисица Ю.Н., Пилюйко П.В., Томич И.В., Колесник И.В., Тарнавский Ю.О. Комплексный подход к раннему выявлению тревожных состояний у детей подросткового возраста. Перинатология и педиатрия. 2017. №3(71). С.87-92.

Ракицкий Г.Ф., Плющенко В.Н., Дорожкина Л.И., Брылева И.Н., Песня С.В. О состоянии психиатрической и наркологической помощи населению края и мерах по ее совершенствованию. Здоровоохранение Дальнего Востока 2011. №4 (50). С.25-34.

Самсонов А.С., Куташов В.А. Использование классификационно-прогностического моделирования для прогнозирования риска развития депрессивных расстройств // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. Т.13.№1. С.168-174.

Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2005. 212 с.

Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия Томск: Том. ун-т. 2001. 162 с.

Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство. 2003. 432 с.

Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема; вопросы клиники и терапии // Психиатрия и психофармакоггерация. 2006, Т. 8, № 3. С. 4-10

Солодкая Е.В., Логинов И.П., Савин С.З., Гора В.А. Аналитический обзор проблем изучения депрессивных расстройств у подрастающего поколения // Здоровоохранение Дальнего Востока. 2019. №4. С.95-99.

Солодкая Е.В., Логинов И.П., Савин С.З., Сунпэй Чжан. Гендерно-возрастные особенности и соматические нарушения при непсихотических депрессивных расстройствах у подростков (сравнительное исследование) // Сибирский вестник психиатрии и нарко-

логии. 2019. №4 (105). С 90–96.

Хритинин Д.Ф., Самохин Д.В., Гончарова Е.М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015, №1(86). С. 9-15.

Чуркин А.А., Мартышов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского. 2010. 132 с.

Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Стеценко Е.М. Мотивы суицидального поведения у подростков // Российский психиатрический журнал. 2000. № 5. С.40-45.

Шмакова О.П., Андросова Л.В., Шмакова А.А., Отман И.Н., Ключник Т.П. Клинико-иммунологические корреляции у детей и подростков с хроническими психическими расстройствами вне обострения. Психиатрия, 2015, № 1 (65), С. 17–23

Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия. 2003, № 5. С.21-28.

Angold A. Childhood and adolescent depression II: Research in clinical populations // Brit. J. Psychiat. 1988. N153. P. 476-492.

Angst J. Epidemiology of depression // Psychopharmacology. 1992, № 106. P. 71-74.

Bostic J.Q., Rubin D.H., Prince J., Schlozman S. Treatment of depression in children and adolescents // J. Psychiatr. Pract. 2005. Vol. 11. P. 141-154.

Brent D.A., Weersing V.R. Depressive disorders in childhood and adolescence // Rutter M., Bishop D., Pine D., eds, et al. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Oxford, England: Blackwell Publishing Ltd. 2008. P.587-613

Campo J.V., Bridge J.A. Treatment of Youth Depression // Am J Psychiatry. 2009. Vol. 166. P.958-960.

Carlson G.A., Cantwell D.P. Unmasking masked depression in children and adolescent // Am. J. Psychiat. 1980. N137. P. 445-449

Clayton K.M., Stewart S.M., Wiebe D.J., McConnel C.E., Hughes C.W., White P.C. Maternal depressive symptoms predict adolescent healthcare utilization and charges in youth with type 1 diabetes //Health

Psychology. 2013. 32(9). P.1013-1022.

Dunn V., Goodyer I.M. Longitudinal investigation in to childhood and adolescence-onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood // *British Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P.216-222.

Enachescu C., Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the presuicidal syndrome // *Rom. J. Neurol. Psychiatry*. 1992. Vol. 30. P. 141-146.

Essau C.A. Use of mental health services among adolescents with anxiety and depressive disorders // *Depression and Anxiety*. 2005. Vol. 22. P. 130-137.

Essau C.A. Course of depressive disorders in adolescents // *J. Affective Disorders*. 2007. Vol. 99. P. 191-201.

Geller B., Luby J. Child and adolescent bipolar disorder a review of the past 10 years // *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997. Vol. 36. P. 1168-1176.

Grant D, Compas B, Thurm A, McMahon S, Gibson P. Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004. Vol. 33. P.412-125

Griffiths M.D. Internet Abuse and Internet Addiction in the Workplace // *Journal of Workplace Learning*. 2010. №7. P.463-472.

Harrington R. Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Review // *Depressive Disorders, Second Edition* Edited by Mario Maj and Norman Sartorius. Chichester John Wiley & Sons Ltd 2002. 233 P.

Haug T.T., Mykletun A., Dahl A.A. The Association between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population; The HUNT-II Study // *Psychosom. Med*. 2004. № 66. P. 845-851.

Jacobson C.M., Mufson L. Treating adolescent depression using interpersonal psychotherapy // *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* /Ed. J.R. Weisz, A.E.Kazden. New York: Guilford Press. 2010. P. 140-158.

Kovacs M., Beck A.T. An empirical approach toward a definition of childhood depression). // *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models* / Schulterbrandt J.G., Raskin A., eds. N.Y.: Raven, 1977. 376 p.

Kovacs M. et al. Depressive disorders in children:1. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery // *Arch. General*

Psychiat. 1984. N 41. P. 229-237.

Kovacs M., Akiskal H.S., Gatsonis C., Parrone P.L. Childhood-onset dysthymic disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51. P. 365-374.

Lewinsohn P.M., Biglan A., Zeiss A.M. Behavioral treatment anxiety, depression and pain. New York: Brunner/Mazel. 1976. P. 91-146.

Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., et al. Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence // Journal of Abnormal Psychology. 2003. Vol. 112, № 3. P. 353-363.

Lewis C.C., Simons A.D. Adolescent Depression: The International Encyclopedia of Depression // Ingram R.E. (Ed). New York: Springer Publishing Company. 2009. P. 5-9.

Loginov I., Solodkaia E., Savin S., Jian Hu. Transcultural Research of Suicidal Behavior in Adolescents From Far East of Russia and Northern China // European Psychiatry. 2015. Vol.30, Sup.1. Abs.1807.

Parsons M. Paroxetine in adolescent major depression (Letter to the Editor) // J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry. 2002. Vol. 41, №4. P. 364-369.

Pine D., Cohen P., Gurley D., et al. The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of General Psychiatry, 1998. 55, P. 56-64

Reinherz H.Z., Frost A.K., Bigle P. Changing faces: Correlates of depressive symptoms in late adolescents // Family and Community Health. 1991. N 14. P. 52-63

Richardson L.P., Russo J.E., Lozano P. et al. Factors Associated with Detection and Receipt of Treatment for Youth with Depression and Anxiety Disorders // Acad. Pediatr. .2010. Vol. 10. P. 3 6-40.

Ramey H.L., Busseri M.A., Khanne N. Youth engagement and suicide risk // Journal of Youth and Adolescence. 2010. Vol. 39. P.243-258.

Rao U., Chen L.A. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders //Dialogues Clin. Neurosci. 2009. Vol. 11. P.45-62.

Schimmelmann B., Walgner P., Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms of psychosis in children and adolescents. Can J Psychiatry. 2013. №58(1). P. 32-40.

Stewart S.M., Kennard B.D., Lee P.W.H., Mayes T., Hughes C.W., Emslie G. Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures // *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines.* 2010, 46. P. 364-372.

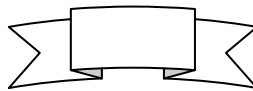
Weissman M.M. Epidemiology of depression: Frequency, risk groups and risk factors // *Perspectives on depressive disorders: A review of recent research.* Rockville: National Ins. of Mental Health, 1987. P.1-22.

Wong J.P.S., Stewart S.M., Claassen C., Lee P.W.H, Rao U., Lam T.H Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents // *Social Science and Medicine.* 2008, № 66. P. 232-241.

Woodberry K.A., Shapiro D.I., Bryant C., Seidman L.J. Progress and Future Direction in Research on the Psychosis Prodrome: A Riview for Clinicias Harvard Review of Psychiatry. 2016. №24(2). 316 p.

Zoccolillo M., Pickles A., Quinton D. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder // *Psychol. Med.* 1992. 22. P. 971-986.

Zuckerbrot R.A., Cheung A.H., Jensen P.S. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment and Initial Management // *Pediatrics.* 2007. Vol. 120. P. 1299-1307.



ИГОРЬ ПАВЛОВИЧ ЛОГИНОВ

СЕРГЕЙ ЗИНОВЬЕВИЧ САВИН

ЕВГЕНИЯ ВАЛЕРЬЕВНА СОЛОДКАЯ

Методы медицинской информатики в исследованиях депрессивных расстройств

Препринт № 3

Клинико-психологический опыт обсервации подростков с нарушениями депрессивного спектра

Утверждено к печати 24 марта 2021 г.

Директором Хабаровского центра
новых информационных технологий

д.т.н. С.М. Бурковым

Формат 60x84/16. Усл. п.л.: 1 Тираж 30 экз. Заказ N 18.

680035, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 156

Электронный ресурс