

УДК 316.89-008

М. П. Бєро, д-р мед. наук, проф., директор областной клинической психоневрологической больницы — медико-психологического центра г. Донецка
 Областная клиническая психоневрологическая больница —
 медико-психологический центр г. Донецка

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (Обзорная статья)

В статье рассмотрены возможности психодинамического подхода для использования в диагностике и лечении тревожных расстройств у подростков. Теоретический и биографический обзоры.

Ключевые слова: тревожные расстройства, подростки, психодинамический подход, обзор

Сохранение и укрепление здоровья подростков являются приоритетной проблемой современной системы охраны здоровья. В связи с ухудшением экологической обстановки, снижением благоустройства ухудшается здоровье населения в целом, а также отдельных его групп. Особенно это отражается на состоянии здоровья подростков, что в дальнейшем снижает их возможности в реализации основных биологических и социальных функций.

По мнению Марценковскогo И. А., в Украине в 2009 г. учреждения здравоохранения оказывали психиатрическую помощь в условиях экономического кризиса и сокращения численности населения. За год детское население страны сократилось на 1,7 % и к концу года составило 139 140 человек. Количество детей в возрасте до 14 лет уменьшилось на 0,4 % до 24 903 человек. Популяция подростков уменьшилась на 6,3 % до 114 207 детей. Численность взрослых людей уменьшилась на 89 540 человек (0,2 %).

По-настоящему остро на сегодняшний день перед специалистами стал вопрос психического здоровья подростков в связи с ростом распространения среди них невротических расстройств. Отмечается, что заболеваемость психическими расстройствами непсихотического уровня у подростков в возрастной группе 13—17 лет растет наиболее быстрыми темпами, чем в детской популяции в целом, что позволяет считать эту проблему значимой не только в медицинском, но и в социальном плане.

По мнению большинства авторов, показатель распространенности невротических расстройств среди подростков находится в пределах 10—15 %. Так, по данным Табачникова А. Е., пограничные психические расстройства непсихотического уровня диагностируются у 18,4 % школьников, а А. И. Захаров указывает на то, что невротические расстройства встречаются у 36 % больных от общей численности детей и подростков с нервно-психической патологией).

Зарегистрированная в 2009 г. общая заболеваемость расстройствами психики и поведения составила 106 801 человек (232,36 на 100 тыс. населения), детская (в том числе и подростковая) — 36 891 человек (450,6 на 100 тыс. дет. населения), что соответствует уровню 2006 г. В течение двух предкризисных лет показатель психичес-

кой заболеваемости в Украине вырос в 2007 г. — на 4,9 %, 2008 г. — на 2,8 %. Зарегистрированная заболеваемость расстройствами психики и поведения у детей накануне кризиса повышалась медленнее: в 2007 г. — на 1 %, в 2008 г. — на 4,1 %.

Развитие невротических психических заболеваний, согласно представлениям биопсихосоциального подхода, обусловлено наличием биологического диатеза или специфической уязвимости, проявляющейся в качестве болезни под влиянием неблагоприятных социально-психологических и психогенных факторов. Наиболее распространены и опасны с точки зрения суицидальной активности симптомы тревоги невротического уровня — наиболее часто встречаются эти психопатологические феномены при невротических и психосоматических расстройствах. Изучение и коррекция социально-психологических и психогенных факторов развития указанных расстройств является важной составляющей эффективного лечения и реабилитации.

Эмпирические и научные наблюдения подтверждают тесную связь широкой распространенности тревожной симптоматики с социальными установками, присущими современному обществу: культ успеха и высоких достижений, силы и конкурентности, рациональности и сдержанности. Существенными факторами риска развития тревожных расстройств невротического уровня являются психосоциальные — стрессогенные события и особые ценностные установки личности, способствующие росту специфических отрицательных эмоций тоски, страха, раздраженности и враждебности. Основное психологическое содержание тревожных расстройств меняется в зависимости от специфических конфликтов и системы ценностей той или иной культуры. Для сообществ с высокой частотой тревожно-депрессивных расстройств характерны высокие и жесткие стандарты и требования, резкая критика и наказания несоответствий нормам, существующим в нашем социуме.

К. Хорни обращала внимание на противоречивость ценностей христианской культуры — несоответствие между проповедуемыми любовью, равными партнерскими отношениями и реально существующей жесткой конкуренцией и культом силы — как на одну из социальных предпосылок развития тревоги. В результате внутреннего конфликта происходит вытеснение собственной враждебности и проекция ее на других, что приводит к ощущению опасности извне, повышению тревожности и восприятию себя как беззащитного и беспомощного, так как ввиду строгого запрета на агрессию невозможно активное сопротивление опасности.

© Бєро М. П., 2011

Тревожные расстройства невротического уровня у подростков приводят к психосоциальной дезадаптации ввиду нарушений интерперсональных контактов, негативных ожиданий от окружающих, избегания потенциальной, часто воображаемой опасности и установки на изоляцию. Свойственная таким пациентам неспособность принимать помощь и поддержку, даже от родителей, связана со страхом оказаться в слабой, зависимой и беспомощной позиции.

В русле когнитивной логики тревожной диады по Беку («я слаб, мир опасен») развиваются преувеличивающий когнитивный стиль (преувеличение опасности, исходящей от окружения) и недооценка собственных сил, неверие в возможность получить помощь. В результате устанавливается избегающее поведение с ощущением беспомощности и страха критического отношения со стороны окружающих.

В семьях, где преобладают соматические симптомы тревоги, отмечается тенденция к исключению эмоций из жизни семьи. Игнорирование и запрет на выражение чувств являются проявлением конфликта между эмоциональной природой человека и жесткими социальными нормами. Следствием этого конфликта становятся нарушения социальных связей и контактов, отрицающий когнитивный стиль, непродуктивные поведенческие паттерны.

На основе современных представлений о механизмах развития тревожных невротических расстройств А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян предлагают многофакторную психосоциальную модель. По мнению авторов, внушительный рост депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств у подростков, включающих симптомы тревоги, объясняется не только биологическими факторами, но и большим количеством стрессовых провокаций наряду с патогенным влиянием определенных социально-психологических стереотипов. Тщательное изучение психосоциальных, в том числе внутрисемейных и психогенных факторов развития невротических тревожных расстройств позволяет понять причины и механизмы развития симптомов и найти соответствующие терапевтические методы воздействия.

Опыт клинической работы показывает, что социально-психологические проблемы, как правило, недостаточно понимаются и осознаются подростками, нередко или отрицаются, стрессогенные события остаются непроработанными психологически и приводят к развитию тревожных расстройств невротического уровня. В тех случаях, когда социально-психологические установки культа успеха, конкуренции, рациональной сдержанности в родительской семье носят сверхценный характер и определяют когнитивный стиль и поведение подростка, необходима глубинная психотерапия, направленная на проработку интрапсихических конфликтов.

Терапевтические стратегии наряду с биологической терапией должны включать психотерапевтическое воздействие и психосоциальную реабилитацию. Психотерапия и психосоциальная реабилитация при тревожных расстройствах невротического уровня у подростков позволяют осуществлять коррекцию патогенных психосоциальных установок и способствовать исправлению негативных когниций. Последовательная

выработка позитивного когнитивного и адаптивного поведенческого стиля позволяет улучшить показатели адаптивности и качество интерперсональных отношений. Психотерапевтическая проработка интерперсональных конфликтов возможна на основе глубокого понимания индивидуального социально-психологического контекста каждого клинического случая. Раскрытие патогенных психосоциальных и психогенных факторов, изучение и коррекция неэффективных незрелых психологических защитных механизмов не справляющихся с невротической тревогой, являются основой успешной психотерапии и социально-психологической реабилитации, направленных на восстановление психологической и социальной адаптации в семье, в школе и т. д. подростков с тревожными расстройствами невротического уровня.

Анализируя причины особенной уязвимости подростков к развитию непсихотических психических расстройств, ученые называют такие ведущие группы факторов: учебные, биологические, семейные и психологические.

Эти факторы необходимо анализировать в их совокупности, на основе единых методологических принципов в рамках целостной концепции невротических расстройств. Примером такого подхода может быть концепция психического дизонтогенеза, построена еще Ковалевым В. В. на основе эволюционно-динамического принципа.

Этиология невротических расстройств в ней рассматривается как многофакторный биопсихосоциальный процесс, в котором взаимодействуют психотравма и дизонтогенетически обусловленная склонность к невротическому типу реагирования («почва»). Последняя связана, с одной стороны, с резидуальной органической недостаточностью, невропатической конституцией, психическим инфантилизмом, а с другой стороны — с неправильным воспитанием, неблагоприятными социально-бытовыми условиями, особенной психологической значимостью травмирующих переживаний в анализе.

В соответствии с концепцией формирования невротических характерологических радикалов из врожденных типов реагирования — темпераментов — под влиянием разных биосоциальных факторов, особенно неадекватного воспитания, формируются преневротические структурные характерологические радикалы. Они отображают готовность личности к защитному невротическому реагированию и определяют направление декомпенсации в виде развития невротического расстройства в случае воздействия психотравмирующих ситуаций.

Второй по значимости цепочкой в генетике невротических расстройств являются особенности еще не до конца сформировавшейся личности подростка. Выделяют личные характеристики, особенно уязвимые для развития невротического расстройства: сенситивность, тревожное мышление, эмоциональная лабильность, демонстративность, субдепрессивные черты, ригидность.

Особенности личности подростка формируются как сплав наследственно-конституционных черт и черт, обусловленных факторами внешней среды, условиями жизни и воспитанием.

Сочетание психогенного фактора и определенных особенностей личности является благоприятным условием для формирования основной патогенетической цепочки — психологического конфликта.

Подростковый возраст, который характеризуется максимальными диспропорциями в уровнях и темпах физического и психического развития, выраженными социальными противоречиями, является наиболее благоприятным для формирования психических заболеваний, заострения патологических черт характера, повышения склонности к ситуационно обусловленным патологическим реакциям.

Центральной психологической конструкцией в подростковом возрасте стает формирование своеобразного чувства взрослости как субъективного переживания отношения к самому себе, как к взрослому. Физическое возмужание придает подростку чувство взрослости, но социальный статус его в школе и в семье не изменяется. Именно тогда начинается борьба за признание своих прав, самостоятельности, что обязательно приводит к конфликту между взрослыми и подростками. В процессе бурного роста и физиологической перестройки организма у подростков может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, заниженная самооценка. Как общие особенности этого возраста отмечаются быстрая перемена настроения, эмоциональная нестойкость, неожиданные переходы от веселья к тоске и пессимизму. Подросток постоянно попадает в ситуацию дискомфорта, меняется его эмоциональная сфера, т. е. он реагирует на данную ситуацию негативными переживаниями, которые вызывают тревогу.

Тревожность — это переживание эмоционального дискомфорта, которое связано с ожиданием неблагоприятного исхода, с предчувствием угрожающей опасности. Тревожность как сигнал об опасности обращает внимание на возможные трудности, наличие преград для достижения цели, позволяет мобилизовать силы, тем самым получить наилучший результат. Поэтому нормальный (оптимальный) уровень тревожности рассматривается как необходимый для эффективного приспособления к реальности (адаптивная тревога). Чрезмерно высокий уровень тревожности рассматривается как дезадаптивная реакция, которая проявляется в общей дезорганизации поведения и деятельности. На психологическом уровне тревожность ощущается как напряженность, обеспокоенность, нервозность и переживание в виде чувства неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, угрозы неудачи, невозможности принять решение и т. п. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются усилением сердцебиения, ускорением дыхания, повышением минутного объема циркулирующей крови, артериального давления, повышением общей возбудимости, снижением порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают негативную эмоциональную окраску.

Насчитывается значительное количество исследований, посвященных роли тревожности в возникновении невротических расстройств у детей и подростков. Большинство авторов рассматривают тревожность как показатель «преневротического состояния». Ее роль достаточно важна и при поведенческих нарушениях, таких, например, как делинквентность и аддиктивность поведения подростков.

Список литературы

1. Особливості діагностики і лікування депресивних розладів у дітей та підлітків / Марценівський І. А., Бішкаєва Я. Б., Бутенко Л. Р. та ін // *Арх. психіатрії*. — 2003. — № 1(32). — С. 109—118.
2. Patterns of axis I comorbidity in early-onset vs late-onset major depressive disorder / Alpert J. E., Fava M., Uebelaker LA. et al // *Biol. Psychiatry*. — 1999. — V. 46. — P. 202—211.
3. Multicenter open-label sertraline study in adolescent outpatients with major depression / Ambrosini P. J., Wagner K. D., Biederman J. et al // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1999. — V. 38. — P. 566—572.
4. Beasley P. J., Beardslee W. R. Depression in the adolescent patient // *Adolesc. Med.* 1998. — V. 9. — P. 351—362.
5. Psychoeducation program for families of affective ill children and adolescents / Brent D. A., Poling K., McCain B., Baughter M. A. // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. — 1993. — V. 31, Suppl 4. — P. 770—774.
6. Brooke S. M., Haas-Johnson A. M., Kaplan J. R. Dexamethasone resistance among nonhuman primates associated with a selective decrease of glucocorticoid receptors in the hippocampus and a history of social instability // *Neuroendocrinology*. — 1994. — V. 60. — P. 134—140.
7. Bronowska, Z. Terapia farmakologiczna w leczeniu depresji dzieci i młodzieży / Z. Bronowska, I. Namysłowska // *Lek i Depresja*. — 1999. — V. 4, Suppl 1. — P. 20—30.
8. Brown, R. A. A psychoeducational approach to treatment of depression: comparison of group, individual and minimal contact procedures / R. A. Brown, P. M. Lewistown // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1984. — V. 52. — P. 774—783.
9. Clein P. D. Pharmacokinetics in children and adolescents / P. D. Clein, M. A. Riddle // *Clin. North. Am. Psychiatry*. — 1995. — V. 4, Suppl. 1. — P. 59—75.
10. Christie, G. L. Group psychotherapy in private practice / G. L. Christie // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 1974. — V. 43. — P. 43—48.
11. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. — Washington DC, 1994.
12. Human R. S. Cell atrophy and loss in major depression / R. S. Human, D. S. Charney // *Biol Psychiatry*. — 1997. — V. 45. — P. 1083—1084.
13. Group therapy for adolescent depressive disorder: a comparison of social skills and therapeutic support / [Fine S., Forth A., Gilbert M., Haley G.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1991. — V. 30. — P. 79—85.
14. Georgotas A. A placebo-controlled comparison of Nortriptyline and Phenelzine in maintenance therapy of elderly depressed patients / Georgotas A., McCue R. E., Cooper T. B. // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1989. — V. 46. — P. 783—786.
15. Ghaziuddin, N. Fluoxetine in tricyclic refractory depression in adolescents / Ghaziuddin N., Naylor M. W., Kong C. A. // *Depression*. — 1995. — V. 2. — P. 287—291.
16. Goldman-Rakish P. S. Regional changes of monoamines in cerebral cortex and subcortical structures of aging rhesus monkeys / P. S. Goldman-Rakish, R. M. Brown // *Neuroscience*. — 1981. — V. 6. — P. 177—187.
17. Social influences on the course of anxious and depressive disorders in school-age children / [Goodyear I. M., Germany E., Govrusankur J., Latham P.] // *British Journal of Psychiatry*. — 1991. — V. 158. — P. 676—684.
18. Harrington, R. Affective disorders. Modern approaches / R. Harrington // *Child and adolescent psychiatry*, Oxford, 1994. — P. 330—350.
19. Childhood and adolescent depressive disorder / [Hiraniheri T. N., Kvan N. I., Wilhimson D. et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. — 1990. — V. 35. — P. 1427—1439.
20. Jobson, K. O. International Psychopharmacology Algorithm Project Report / K. O. Jobson, W. Z. Potter // *Psychopharmacol. Bull.* — 1995. — V. 31. — P. 457—459.
21. Kendall P. C. Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression / Kendall P. C., Stark K. D., Adam T. // *J. Abnormal Child. Psychology*. — 1990. — V. 18. — P. 255—270.
22. Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery / [Kovacs M., Feinberg T. L.,

Crouse-Novak M. A. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1984. — V. 41. — P. 229—237.

23. Kye C. Pharmacological treatment of child and adolescent depression / C. Kye, N. D. Ryan // J. Child. Adolesc. Clin. North. Am. Psychiatry. — 1995. — V. 4. — P. 261—281.

24. Leitenberg, H. Negative cognitive errors in children, questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety / Leitenberg H., Yost L. W., Carroll-Wilson M. // J. Consult. Clin. Psychology. — 1986. — V. 54. — P. 528—536.

25. Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence / [Leiviso P. M., Clarke G. N., Seeley I. R. et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1994. — V. 33. — P. 809—818.

26. Phenomenology of depression in children and adolescents / [Mitchell J., McCanley E., Burke P. M., Moss S. J.] // Arch. Gen. Psychiatry, 1988. — Vol. 27. — P. 12—20.

27. Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application / [Moreau D., Mufson I., Weissman M. M., Klerman G. L.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1991. — V. 30. — P. 642—651.

28. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents / Mufson L., Moreau D., Weissman M. M., Klerman G. L. — N-Y.: Guilford Press, 1993.

29. Mullins, L. L. Cognitive problem — solving and life event correlates of depressive symptoms in children / Mullins L. L., Siegel L. J., Hodges K. // J. Abnormal Child. Psychology. — 1985. — V. 13. — P. 305—314.

30. Namysłowska, I. Leczenie zaburzen depresyjnych dzieci i młodzieży / I. Namysłowska, Z. Bronowska // Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodeży. — 1999. — V. 4. — P. 20—30.

31. Pine, D. S. Adolescent depressions symptoms as predictor of adult depression moodiness or mood disorder? / Pine D. S., Cohen E., Brook J. // Am. J. Psychiatry. — 1999. — V. 156. — P. 133—135.

32. Dexamethasone no suppression predicts differential response to imipramine vs. placebo / [Preskorn S. H., Weller E. B., Hughes C. W., Weller R. A.] // Psychopharmacol. Bull. — 1987. — V. 23. — P. 128—133.

33. Puig-Antich, J. Major depression and conduct disorder in puberty / J. Puig-Antich // J. Am. Acad Child Adolesc psychiatry. — 1982. — V. 21. — P. 118—128.

34. Imipramine in prepubertal major depressive disorder / [Puig-Antich J., Peril J. M., Lupatkm W., Chambers W. J.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1987. — V. 44. — P. 81—89.

35. Rabe-Jablonska, J. Stan psychiczny osob doroslich, ktore przed 15 laty (w dzieciństwie lub w okresie młodzieczym) przebyły zaburzenia depresyjne / J. Rabe-Jablonska // Psychiatr. Pol. (po recenzjach, w druku).

36. Rehm, L. P. Cognitive components of depression / Handbook of Developmental Psychopathology / L. P. Rehm, A. S. Carter. — N-Y.: Plenum Press, 1990. — P. 341—351.

37. Ryan, N. D. The clinic, picture of major depression in children and adolescents / Ryan N. D., Puig-Antich J., Ambrosini R. // J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry.— 1988.— V. 27. — P. 12—20.

38. Stark, K. D. Childhood Depression: school — based Intervention: Handbook of Guilford Press / K. D. Stark. — N-Y., 1990. — P. 111—18.

39. Stark, K. D. Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive behavioural procedures for the individual and family / Stark K. D., Rouse L. W., Livingston R. in: Handbook of Guilford Press. — N-Y., 1991. — P. 165—208.

40. Shaw, B. F. Comparison of cognitive therapy and behaviour therapy in the treatment of depression / B. F. Shaw // J. Consult. Clin. Psychology. — 1977. — V. 45. — P. 543—551.

41. Shaw, B. F. D. Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients / B. F. Shaw, S. D. Hollon // Unpublished manuscript. University of Western Ontario. — London, 1978. — 221 p.

42. Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment / [Weinberg W. A., Rutman J., Sullivan L. et al.] // J. Peadiatr. — 1973. — V. 83. — P. 1065—1072.

43. Resolved: Cardiac arrhythmias make desipramine an unacceptable choice in children / [Werry J. S., Biederman J., Thisted R. et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1995. — V. 34. — P. 1239 1245.

44. Yalom, I. D. The theory and practice of group psychotherapy / I. D. Yalom. — N-Y.: Basic Books, 1970. — 96 p.

Надійшла до редакції 03.06.2011 р.

М. П. Бєро

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня —
медично-психологічний центр м. Донецька

Психодинамічні підходи до вивчення формування тривожних розладів у підлітків в сучасних умовах

У статті розглянуто можливості психодинамічного підходу для використання в діагностиці та лікуванні тривожних розладів у підлітків. Теоретичний та біографічний огляди.

Ключові слова: тривожні розлади, підлітки, психодинамічний підхід, огляд.

M. P. Bero

Regional clinical psychoneurological hospital —
Medical Psychological Center (Donets'k)

Psychodynamic approaches to the formation of the anxiety disorders in adolescents in modern conditions

In the article considered the possibility of psychodynamic approach for use in the diagnosis and treatment of anxiety disorders in adolescents. Theoretical and biographical reviews.

Key words: anxiety disorders, adolescents, psychosomatic diseases approach, review of.