

УДК 616.89-008.441.44: 616.895.4

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б.,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

✓ **Резюме,**

В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать развитие депрессивной патологии на самых ранних этапах её формирования. В профилактике подростковых депрессивных состояний важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

Ключевые слова: семья; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства; депрессия.

ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАРГА ЭГА ЎСМИРЛАРДА ШАХС ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ **Резюме,**

Ушбу мақола ўсмирлар ва уларнинг оилавий шароитидан келиб чиққан тарзда оиладаги ҳолат, ота-она тарбияси, ҳамда улар орасидаги муносабат, шунингдек ота-она ва уларнинг фарзандларига ўз вақтида психологик ёрдам кўрсатиш ва депрессив ҳолатларни бошланғич даври, унга мойилликни уларнинг оилавий шароитидан келиб чиққан ҳолда аниқлаш кўрсатилган. Ёш ўсмирлар ўртасидаги тушқунлик ҳолатларни олдини олишда оила ичидаги тарбия ва ундаги шароитга катта аҳамият берилиши лозим. Зеро бу ўсмирларнинг эртанги кунда мукамал инсон бўлиб етишишларида катта аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: оила; ўсмирлар; шахс хусусиятлар; эмоционал бузилишлар; тушқунлик.

PERSONAL CHARACTERISTICS IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ **Resume,**

The article presents the results of the study, which allow identifying risk groups for depressive disorders among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely providing medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predicting depressive disorders at the earliest stages of its formation. In the prevention of depressive disorders, an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Keywords: family; adolescent; personal characteristic; emotional disorders; depressive disorders.

Актуальность

В последние десятилетия депрессия становится ведущей проблемой практического здравоохранения, занимая второе место по после сердечно-сосудистой патологии как основная причина нетрудоспособности [1]. Особенностью депрессивных нарушений у детско-подросткового контингента населения являются атипичность клинических проявлений, стёртость классических симптомов, преобладание соматовегетативной патологии. Согласно научным данным зарубежных исследователей, лишь 30% детей и подростков с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительный период наблюдались невропатологами, педиатрами и другими узкими специалистами [8]. Но и в случае первичного обращения к психиат-

рам диагноз депрессивной патологии был установлен только в 26% случаев, чаще верифицировался как поведенческие нарушения, расстройства адаптации и приспособительных реакций [2]. Трудности в своевременной диагностике депрессивной симптоматики связаны с психологическими особенностями пубертатного периода [3]. В переходном возрасте отмечается нарастание депрессивных расстройств на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [9]. В своих исследованиях российские психиатры и психологи проводят корреляционную взаимосвязь депрессивных нарушений с девиантными и деликвентными формами поведения, со-

специализированными расстройствами поведения [4,6]. Подростковая депрессия это одна из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся ранняя алкоголизация, подростковые суициды, насилие, наркомания и поведенческие девиации [7]. В первую очередь подростковые депрессии сопряжены с высоким суицидальным риском и деструктивными формами поведения [5,10].

Цель исследования: изучить клинические аспекты личностных особенностей подростков с поведенческими нарушениями и депрессивными расстройствами для оптимизации диагностической и медико-психологической помощи.

Материал и методы

Объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15-19 лет с поведенческими нарушениями и депрессивными расстройствами. В группу отобраны подростки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10-F91.2. Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования депрессивной патологии с учетом личностных особенностей подростков. Для диагностики параметров семейной системы применялся опросник "Шкала сплоченности и гибкости семейной системы" Олсона-Портнера. Шкала оценки депрессии Цунга наиболее достоверно измеряла депрессивную симптоматику подростков, а для выявления уровня тревоги был использован опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга-Ханина. Для определения личностных особенностей подростков был применён патохарактерологический диагностический опросник Личко.

Результат и обсуждение

В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 37% подростков выявлена наследственная отягощенность в виде хронического алкоголизма и психической патологии у родителей и родственников. В социально-неблагополучных семьях наблюдалось преобладание конфликтных взаимоотношений, низкий уровень нравственных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В дисфункциональных семьях с деструктивным типом родительского воспитания у 43% исследуемых подростков определена склонность к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями и гедонистическими наклонностями. Поведенческие нарушения асоциального характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых "благополучных" семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики "Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы" было выявлено наи-

большее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Анализ амбивалентного типа семейных отношений определил полное отчуждение между членами семьи, которое провоцировало формирование депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуированных черт характера личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях вызывали изменения в аффективной сфере интеллекта, формировали негативное восприятие окружающей среды. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения. Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. При гипопротекции (46% случаев) в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля поведения подростка, имелся недостаток внимания и истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. Скрытая гипопротекция характеризовалась формальным контролем за поведением и всей жизнью подростка, при этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующая гиперпротекция (14% случаев) установлена, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный надзор за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Неправильное воспитание типу "кумира семьи" характеризующееся чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей, мы включили в категорию потворствующей гиперпротекции (10% случаев). Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Подросткам с ранних лет внушалось, что они лучшие, одарённые, талантливые, формировалось стремление к лидерству и перфекционизму. При эмоциональном отвержении (25,5% случаев) подростки считали себя ненужными в семье, обузой в жизни родителей. Особенно сильно это

ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, на которых уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу "ежовых рукавиц" с физическими и жестокими наказаниями или психологическим насилием. О повышенной моральной ответственности (4,5 % случаев) можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, навязывали своё мнение, ограничивали самостоятельность, право выбора, требовали от подростка стремления к совершенству и успеху. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью патохарактерологического диагностического опросника Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Истероидные акцентуанты характеризовались чрезмерно яркой внешностью, вульгарностью, лживостью, демонстративностью и театральностью. В структуре неустойчивых личностей на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможность создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками. Психастенический тип личности встречался у 22(25,5%) подростков формировалась депрессия среднетяжелой степени с преобладанием тревожно-фобических расстройств. Подростки с психастеническими чертами характера были подвержены сомнениям, страхам, навязчивым воспоминаниям, у них отмечались эпизоды немотивированной тревожности, трудности социальных контактов, замкнутость и нерешительность. Среди всех обследованных было 46 мальчиков и 40 девочек. У мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 80% случаев и в 17% случаев - депрессия средней степени тяжести. У девочек депрессия средней степени тяжести определена по шкале Цунга в 83% случаев, депрессия легкой степени - у 29% исследуемых. Клинические проявления депрессивной патологии сопровождались тоской, унынием, снижением настроения, чувством ненужности и никчемности, заниженной самооценкой. Со слов родителей в 70% случаев отмечалось значительное ухудшение межличностных взаимоотношений в семье,

снижение школьной успеваемости и посещаемости. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 71% пациентов, в 29% случаев - депрессивное расстройство средней степени. Клиническая картина депрессивной патологии проявлялась ухудшением сна и отсутствием аппетита, изменениями поведения, нарушениями взаимоотношений с учителями и со сверстниками, отгороженностью от родителей и замкнутостью. Исследование уровня тревожности по Спилбергеру-Ханину определило, что тревога средней степени выраженности констатировалась у 56% подростков, у 27% обследуемых - без клинически значимой тревоги и у 16% подростков - установлена выраженная тревога. В зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией - 32,5% (n=28), тревожной депрессией - 45,3% (n=39), маскированной депрессией - 22% (n=19). Дисфорическая депрессия встречалась в 80% случаев у мальчиков, маскированная или так называемая стёртая депрессия встречалась лишь у девочек. Подростки с симптомами тревожной депрессией отмечали наличие тревоги в течение целого дня с нарастанием в вечернее время, на фоне отсутствия взаимопонимания и поддержки у 3 больных развилось состояние безысходности. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддитивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. Поведенческие нарушения девиантного и делинквентного типа чаще отмечались у пациентов с дисфорической и тревожной депрессией, которые выплескивали негативные эмоции на окружающих людей, отражая внутреннее психоэмоциональное состояние. Подростки были склонны винить в своих неудачах и проблемах окружающих, по их мнению, угроза и агрессия исходят из внешнего мира. В результате искажённого мироощущения, у них проявлялись отрицательные эмоции, как обида, страх, тревожность, не соответствующая реальной действительности. Девочки-подростки с маскированной депрессией проецировали неосознанно негативные эмоции во внутренний мир и создавали предпосылки для развития соматических симптомов и появления изменений и нарушений в пищевом поведении. Уклоняющееся, неправильное поведение, формирующееся на фоне эмоциональных расстройств, в 85% случаев установлено было у мальчиков. У девочек чаще констатировалось возникновение недовольства своим телом и при длительном сохранении депрессивной симптоматики развивались расстройства пищевого поведения в виде анорексии и ограничительного пищевого поведения с соблюдением изнуряющих диет. Клиника нервной анорексии ограничивалась симптомами инициального периода, среди эмоциональных расстройств отмечались: аффективная возбудимость, тревога, страх, эмоциональная лабильность. Подростки с маскированной депрессией отличались тревожностью и беспокойством, страдали и переживали в результате отсутствия взаимопонимания и сочувствия со стороны родных и близких. При усилении депрессивной симптоматики у подростков отмечалось ухудшение школьной успеваемости (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились кон-

фликти со сверстниками (60%), побеги из дома, ранняя алкоголизация.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации личности подростков, с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности со склонностью возникновения депрессивной симптоматики. У подростков с поведенческими нарушениями чаще наблюдаются легкие депрессивные расстройства и депрессия средней степени тяжести. Депрессивные расстройства влияют на все стороны личности и в зависимости от степени тяжести и вида депрессии влияют на дезадаптацию в социуме. У мальчиков в большинстве случаев выявляется дисфорическая депрессия, характеризующаяся побегами из дома и бродяжничеством, присоединением к асоциальным компаниям, ранней алкоголизацией и наркотизацией, у девочек чаще выявляется тревожная и маскированная депрессия средней степени тяжести. Для девочек характерным было возникновение расстройства пищевого поведения на фоне аффективных расстройств. Учитывая, что депрессивные расстройства протекают с нарушениями поведения, влияющими на социально-педагогическую адаптацию, то необходимо оптимизировать медико-реабилитационную помощь подросткам с учётом их личностных особенностей. Полученные результаты позволяют провести первичную профилактику формирования депрессивных расстройств на семейном уровне и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств с учётом личностных особенностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М., 2000г. С. 54-59. [Antropov Y.F. Nevroticheskaja depressija u detej i podrostkov - Moscow, 2000. S. 54-59. (In Russ)].

2. Бабаракхимова С.Б., Искандарова Ж.М. Особенности поведенческих нарушений у подростков с депрессивными расстройствами // Сборники конференций НИИ Социосфера. 2013. №53 С.18-21. [Babarakhimova S.B., Iskandarova ZH.M. Osobennosti povedencheskix narushenij u podrostkov s depressivnymi rasstroystvami // Sborniki konferentsiy NII Sotsiosfera. 2013. №53 S.18-21. (In Russ)].

3. Бабаракхимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью // Сборники конференций НИИ Социосфера. 2014. №23 С.45-48. [Babarakhimova S.B., Iskandarova ZH.M. Emotsional'nyye rasstroystva u podrostkov s komp'yuternoy zavisimost'yu // Sborniki konferentsiy NII Sotsiosfera. 2014. №23 S.45-48. (In Russ)].

4. Герасимчук М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология - актуальные проблемы, вызовы и современные решения: Сборник научных статей I научно-практической конференции / Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. - СПб.: СИНЭЛ, 2016. - С. 17-20. [Gerasimchuk M.YU. Suitsidologicheskij pasport depressii // Suitsidologiya - aktual'nyye problemy, vyzovy i sovremennyye resheniya: Sbornik nauchnykh statej I nauchno-prakticheskoy konferentsii / Assots. Kognitivno-povedencheskoy psikhoterapii. - SPb. : SINEL, 2016. - S. 17-20. (In Russ)].

5. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe.VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

6. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55

7. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18

8. Marc H. Bornstein Parenting and child mental health: a cross-cultural perspective. // World Psychiatry. - 2013. - Vol. 12, № 3. - P. 258-265. DOI: 10.1002/wps.20071.

9. Pan Y.L. ICF-CY code set for infants with early delays and disabilities (EDD Code Set) for interdisciplinary assessment: a global expert survey. / Y. L. Pan, A. W. Hwang, R. J. Simeonsson, L. Lu, H. F. Liao // Disabil Rehabil. - 2015. - Vol. 37, № 12. - P. 1044-54. DOI: 10.3109/09638288.2014.952454.

10. Rowland C. The Communication Supports Inventory-Children & Youth (CSI-CY), a new instrument based on the ICF-CY. / C. Rowland, M. Fried-Oken, G. Bowser, M. Granlund, D. Lollar, R. Phelps, R.J. Simeonsson, S.A. Steiner // Disabil Rehabil. - 2016. - Sep. 38, № 19. - P. 1909 - 17. DOI: 10.3109/09638288.2015.1107778.

Поступила 09.02. 2020