

Проект

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Федеральное государственное учреждение
«Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

УТВЕРЖДАЮ

Директор
ФГУ «ГНЦССП Росздрава»
академик РАМН
Т.Б. Дмитриева
«___» ноября 2008 года

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ДЕПРЕССИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ»**

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных в детском возрасте «Депрессии непсихотические» разработан д.м.н. Н.М. Иовчук., к.м.н. А.А. Северным.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Нормативный документ Протокол ведения больных в детском возрасте «Депрессии непсихотические» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. Область распространения настоящего протокола – специализированные психиатрические лечебно-профилактические учреждения (психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы), психиатрические кабинеты и консультации в общемедицинских учреждениях.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Конституция Российской Федерации («Российская газета» от 25.12.1993 г., № 237);
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ, 1992, № 33, ст. 1913).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312);
- «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 г.» – Утверждена Постановлением Правительства РФ от 15.05.2007 г. № 286.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

- АЛТ – аланинтрансаминаза;
- АСТ – аспартаттрансаминаза;
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
- ИДК - исследовательские диагностические критерии;
- МАО – моноаминоксидаза;
- МКБ-10 - Международная классификация болезней (10-й пересмотр);
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- ОСТ - отраслевой стандарт;
- ПМУ - перечень медицинских услуг;

ПНД - психоневрологический диспансер;

ЦНС - центральная нервная система;

ЭКГ – электрокардиограмма;

ЭхоЭГ – эхоэнцефалоскопия;

ЭЭГ – электроэнцефалография.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Протокол ведения больных в детском возрасте. «Депрессии непсихотические» разработан с целью нормативного обеспечения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и Постановления Правительства Российской Федерации от 15.05.2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 г.»

Протокол ведения больных в детском возрасте «Депрессии непсихотические» разработан для решения следующих задач:

- Установления единых требований к порядку диагностики и лечения больных детей с непсихотическими депрессиями.

- Унификации разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизации медицинской помощи детям с непсихотическими депрессиями.

- Унификации разработки в медицинских учреждениях стандартных операций и процедур для ведения детей с непсихотическими депрессиями.

- Обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на его территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения требований настоящего стандарта - лечебно-профилактические учреждения психиатрического профиля всех уровней.

В настоящем стандарте используется шкала убедительности доказательств данных в соответствии с требованиями доказательной медицины:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или медицинской технологии в определенной ситуации.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или медицинскую технологию из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

1. Доказательства, полученные в ходе метаанализа или систематического обзора.
2. Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях.
3. Доказательства, полученные в больших проспективных, но нерандомизированных исследованиях.
4. Доказательства, полученные в ретроспективных нерандомизированных исследованиях на большой группе.
5. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.
6. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА

Ведение Протокола «Депрессии непсихотические» осуществляется Федеральным государственным учреждением «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Система ведения предусматривает взаимодействие ФГУ «ГНЦССП Росздрава» со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Определения:

ДЕПРЕССИЯ - аффективный синдром, в основе которого лежит сниженное — угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное — настроение. У детей и подростков **ДЕПРЕССИЯ** крайне редко соответствует классическим описаниям «депрессивной триады» (сниженное настроение, физическая и идеаторная заторможенность), выступая в диспропорциональной, атипичной и часто «маскированной» форме. **ДЕПРЕССИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ** относят к субдепрессиям, которые особенно широко распространены у детей школьного возраста, прежде всего у подростков.

По МКБ-10, **ДЕПРЕССИЯ** определяется сниженным настроением, утратой интересов и удовольствия (ангедонией), снижением энергичности (F32). Описываемые в данном стандарте состояния могут относиться к легкому депрессивному эпизоду (F32.0) и к умеренному депрессивному эпизоду (F32.1) с добавлением пятого знака при преобладании в клинической картине вегетативно-соматических симптомов (F32.01 и F32.11).

К настоящему времени доказано, что депрессивные расстройства, в том числе эндогенные

(при циклотимии и шизофрении), могут возникать в любом возрастном периоде детства, начиная с младенчества, в своеобразных формах, обусловленных влиянием возрастной личностной динамики. Депрессии у детей и подростков с трудом распознаются, во-первых, из-за того, что смешиваются с «нормальными» возрастными изменениями, а, во-вторых, в силу их собственной специфики, обусловленной возрастом возникновения. Попытки диагностики депрессии встречают зачастую непреодолимые трудности из-за крайней изменчивости, неустойчивости, многообразия симптоматики - «хаоса симптоматики», порожденного одновременным влиянием на ребенка множества внешних факторов.

В качестве типичных черт депрессий в детстве разные авторы называют их кратковременность, быстроту смены депрессивных состояний возбуждением, массивность вегетативных нарушений, школьную неуспеваемость, выраженность фиксации на своем физическом состоянии, эпизодов тревоги и страха, навязчивостей, грубость, нарушения поведения. В младенчестве, во время симбиоза ребенка с матерью, депрессия проявляется в психосоматическом выражении: в симптомах нарушения пищеварения, сна, разрыве контактов, прекращении развития. Позже, в дошкольном возрасте, депрессия характеризуется признаками страха, нестабильности аффекта и моторными расстройствами, блеклостью инициативы, тенденцией к изоляции, приступами немотивированного плача, агрессивностью, регрессивными симптомами (энурез, энкопрез), а также усилением «физиологических» страхов (темноты, одиночества, животных) и появлением тревоги, а у младших школьников - периодическим спадом работоспособности в комбинации с раздражительностью робостью, неуверенностью, незаинтересованностью в учебе и играх, приступами плача и ощущением безрадостности существования. Чем ближе к пубертату, тем отчетливее выступают дисгармоничность, склонность к замкнутости, мудрствованию и резонерству. Для депрессии в детстве характерны колебания интенсивности симптоматики в зависимости от времени суток и жизненной ситуации. Повышенные требования ведут к усилению депрессии, и, напротив, депрессивные симптомы иногда полностью исчезают при снижении требований и школьных нагрузок. Общеизвестным является тот факт, что депрессия у ребенка всегда является «маскированной», т. е. трудно распознаваемой из-за обилия соматических расстройств, негативизма, недовольно-ворчливого настроения, повышением чувствительности, поведенческих расстройств. Нераспознанные депрессивные расстройства, особенно повторяющиеся или затяжные эндогенные аффективные фазы в возрасте «первичной социализации», приводят к тяжелым формам дизадаптации, имеющим порой необратимый характер.

Обобщая, можно обозначить вкратце **типические особенности депрессии в детском возрасте**: 1. Массивность соматоалгических и поведенческих расстройств, маскирующих

собственно аффективную симптоматику. 2. Многоплановость оттенков депрессивного аффекта с преобладанием тревоги, страха или дистимии при малой дифференцированности тоскливого настроения. 3. Направленность фабулы депрессивных сверхценных и бредовых переживаний вовне. 4. Наличие обратимых регрессивных расстройств. 5. Сглаженность суточного ритма аффекта. 6. Сочетание с рудиментарной симптоматикой других регистров и личностными защитными реакциями. 7. Высокая частота реактивной провокации и чувствительность симптоматики к внешним воздействиям. 8. Фрагментарность, изменчивость характера и степени выраженности расстройств.

Эпидемиология:

Депрессии, в первую очередь непсихотические, по-видимому, чрезвычайно распространены в детском возрасте, на что указывают имеющиеся данные о частоте депрессивных состояний у школьников, а также сведения о нарастающем числе самоубийств в препубертатном и подростковом возрасте. По данным отечественных исследований, депрессивные состояния в популяции подростков отмечаются от 9-11% в обычной популяции до 28% среди подростков с различными формами школьной дизадаптации и до 53% в группе подростков с наиболее выраженной степенью социальной дизадаптации. Широкомасштабные исследования в США и Канаде выявили, что, согласно сообщениям родителей, у 10-20% мальчиков и 15-20% девочек в общей популяции бывают периоды депрессивного настроения. Что касается пубертатного возраста, то о периодах депрессивного настроения сообщают 20-46% мальчиков и 25-59% девочек.

Этиология:

Проблема этиологии (и патогенеза) субдепрессий детско-подросткового возраста чрезвычайно сложна, поскольку здесь в каждом отдельном случае в том или ином сочетании могут тесно переплетаться эволютивные (кризисные), социально-ситуативные, конституционально-личностные, резидуально-патологические и эндогенные механизмы, что создает особую ситуацию построения диагностической, коррекционно-терапевтической и реабилитационной тактики. Очевидно, достаточно велика роль наследственной отягощенности: примерно у 40% детей депрессивных матерей также диагностируется депрессия. Несомненно, определяющее значение и в этиологии, и в патогенезе, и в патофизиологии детской непсихотической депрессии играет семейный фактор: семейное неблагополучие, родительские конфликты учащают детскую депрессию; депрессивные дети описывают свои семьи как более конфликтные и контролирующие, менее сплоченные, нередко проявляющие плохое отношение и насилие в отношении детей.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИ-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: 1) психогенный (ситуативный); 2) семейный, в том числе

симбиотический; 3) эволютивный (особенности и искажения развития, кризовые периоды); 4) резидуально-патологический (участие органически измененной почвы); 5) конституционально-личностный, в том числе архетипические формы адаптации и реагирования; 6) эндогенный, в том числе обусловленный клинически проявившимся аффективным наследственным отягощением.

Каждый из этих факторов может оказаться и базисным, этиологическим для данного конкретного состояния, и «пусковым», провоцирующим, и модифицирующим, патопластическим. Важно иметь в виду следующее. Именно при детских субдепрессиях наиболее велика вероятность того, что можно назвать «ловушкой очевидности», когда патологическое состояние представляется связанным с казалось бы явным ситуативным психогенным фактором, но при этом психотерапевтические и социально-психологические воздействия оказываются малоэффективными, поскольку при тщательном анализе выявляется участие и конституционально-эндогенных механизмов, и резидуально-органической почвы и нередко скрытой хронической невротизирующей семейной ситуации и т. п. Более того, в течении одного, более или менее пролонгированного субдепрессивного состояния роли различных этиологически-патогенетических факторов могут меняться, когда, к примеру, психогенное состояние эндогенизируется, приобретая характер эндореактивной дистимии, или, наоборот, по выходе из «астенической несостоятельности» эндогенной природы длительно сохраняется невротическая по сути субдепрессия в виде упорной «школьной фобии», сформировавшейся в период учебной дизадаптации, связанной с атипичной субдепрессией, что крайне затрудняет реабилитацию больного ребенка и требует специальных социально-психологических и психотерапевтических подходов.

Общие диагностические критерии:

Диагноз непсихотической депрессии устанавливается на основании критериев МКБ-10 (Психические и поведенческие расстройства).

Для диагностики легкого депрессивного эпизода (F32.0) необходимы по крайней мере 2 из 3-х обязательных симптомов (сниженное настроение, ангедония, снижение энергичности) и хотя бы еще 2 из дополнительных симптомов (сниженная способность к сосредоточению и вниманию, сниженные самооценка и чувство уверенности в себе, идеи виновности и унижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия по самоповреждению или суициду, нарушенный сон, сниженный аппетит). Минимальная длительность состояния – 2 нед.

Для диагностики среднего депрессивного эпизода (F32.1) необходимы по крайней мере 2 из 3-х обязательных симптомов и хотя бы еще 3 из дополнительных. Минимальная длительность состояния – 2 нед.

При преобладании в клинической картине вегетативно-соматических симптомов («маскированная депрессия») добавляется пятый знак (F32.01 и F32.11).

Клинический опыт показывает, что существует чрезвычайное многообразие феноменологических проявлений субклинических депрессивных состояний у детей и подростков: депрессия адинамическая, депрессия анестетическая, депрессия аноректическая, «астеническая несостоятельность», депрессия астеноподобная, депрессия боязливая, депрессия дисфорическая, депрессия «маскированная» (соматизированная, вегетативная, ларвированная), депрессия с преобладанием нарушения витальных физиологических функций, депрессия обсессивно-фобическая, депрессия простая, депрессия с расстройствами влечений, депрессия сенестопатическая, депрессия сенестоипохондрическая (ипохондрическая), депрессия слезливая, депрессия ступидная, депрессия тоскливая, депрессия тревожная, Unlust-депрессия (унлюст-депрессия). Понятно, что без учета этого многообразия невозможно своевременно выявлять и эффективно корректировать данные состояния.

Депрессия адинамическая - состояние, в котором на первый план выступают расстройства анергического полюса: снижение побуждений, бессилие, вялость, лень, слабость эмоционального отклика при субъективно слабой выраженности ощущения сниженного настроения. В наиболее легких случаях ограничивается жалобами на постоянную усталость, утомление, нежелание приступить к занятиям и даже игре, сужение интересов. Сопровождается медлительностью и бездеятельностью, хотя идеаторная и моторная заторможенность как таковые отсутствуют или являются минимальными.

Депрессия анестетическая - состояние, протекающее с преобладанием *anaesthesia psychica dolorosa* - чувством болезненного бесчувствия, характеризующегося утратой чувств, в том числе любви к близким, радости, печали, ужаса, исчезновением возможности сопереживания, сострадания, эмоционального резонанса и сопровождающееся мучительным переживанием своей эмоциональной измененности. Возникает нечасто и только начиная с подросткового возраста.

Депрессия аноректическая - состояние, ведущим симптомом которого является отказ от еды. От нервной анорексии отличается базисным (хотя и трудно выявляемым) депрессивным аффектом и общей динамикой. В случае аноректической депрессии отказ от еды связан не только и не столько с наличием у больных сверхценных идей похудения, сколько со снижением витальной потребности в еде, общим падением активности, иногда с тщательно скрываемыми идеями виновности и наказания себя, вплоть до суицидальных тенденций. Для этих больных малохарактерно типичное аноректическое поведение, хотя отказ от еды и диссимуляция своего состояния могут приводить к выраженному снижению массы тела и вторичным соматоэндокринным нарушениям.

«Астеническая несостоятельность» включает облигатные группы симптомов:

1) нарушения мыслительной деятельности в виде затрудненности концентрации мышления вследствие повышенной отвлекаемости (но не в связи со сверхценными переживаниями или внешними отвлекающими факторами), могущей приобретать характер малого идеаторного автоматизма, а также трудности осмысления, утрата понимания смысла читаемого или прослушиваемого материала, неспособность установить логическую взаимосвязь отдельных фрагментов, фраз, слов, т. е. нарушение познавательного синтеза;

2) анергически-астеническая симптоматика в рамках атипичного субдепрессивного аффекта, в котором нередко парадоксально сочетаются проявления адинамической (апатической, анергической) и тревожной субдепрессии с определенной суточной динамикой;

3) патологические телесные ощущения, в первую очередь цефалгии, но также и многие другие. Нередки разнообразные вегетативные дисфункции, преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

Депрессия астеноподобная - состояние, в котором на первый план выступают утомляемость, истощаемость, раздражительность и гиперестезия, в связи с чем состояние имеет определенное сходство с астеническим синдромом. Усталость, утомление, нарушение памяти и концентрации внимания не носят, однако, истинно астенического характера, а следуя закономерностям суточных колебаний состояния при депрессии, наиболее тяжелы в первой половине дня и сменяются удовлетворительной или даже повышенной работоспособностью во второй половине и к вечеру.

Депрессия боязливая - депрессивное состояние с преобладающим аффектом страха. В основном присуще детям дошкольного и младшего школьного возраста и становится более редким в пубертате. Депрессии этого типа характеризуются переживанием нависшей угрозы со страхом за свои жизнь и здоровье или жизнь и здоровье близких. Наибольшей выраженности страх достигает вечером и ночью, сопровождается нарушением засыпания, прерывистостью сна, устрашающими сновидениями, иллюзиями, парейдолиями, а иногда и галлюцинациями: у маленьких детей чаще зрительными, у старших — элементарными вербальными.

Депрессия дисфорическая характеризуется превалированием атипичного злобного аффекта с недовольством окружающим, раздражительностью, вспыльчивостью, временами приводящей к вспышкам ярости и агрессии со стремлением к разрушению. Доминирующим является не столько переживание собственной несостоятельности, сколько ощущение несправедливо нанесенной обиды, недооценки окружающими, заброшенности: в своих неудачах дети склонны винить окружающих, что сопровождается оппозиционным, вызывающим поведением, грубостью, драками, антидисциплинарными поступками, уходами из дома. Наступающая учебная дизадаптация, как правило, сопровождается поведенческими расстройствами, антидисциплинарными поступками, злыми, циничными выходками, грубостью, драками,

пропусками уроков, уходами из дома. Суицидальный риск особенно велик, поскольку в связи с нераспознаваемостью патологического состояния подростки длительное время не получают адекватного лечения.

Депрессия «маскированная» (соматизированная, вегетативная, ларвированная) - симптомокомплекс, в котором на первый план выходит та или иная, малосимптомная или полиморфная, соматовегетативная симптоматика, имитирующая первичную соматическую патологию, маскирующая, скрывающая собственно депрессивные проявления, которые тем не менее всегда присутствуют и могут быть выявлены, в том числе с помощью приемов «демаскирования». Выраженность депрессивного аффекта всегда незначительна и сам депрессивный симптомокомплекс полностью или почти лишен тимического компонента.

Депрессия с преобладанием нарушения витальных физиологических функций, в первую очередь, сна. Они и трудно диагностируются и весьма резистентны к терапии, склонны к хронификации, вызывая глубокую дизадаптацию подростка. Проявляются сдвигом суточного биоритма, когда ребенок начинает все позже и позже засыпать, соответственно спать до середины дня, лишаясь при этом полностью возможности обучаться в школе. Одновременно падает активность, снижается аппетит, происходит девиация интересов, утрата контактов, нарастает конфликтность в отношениях с родителями и т. п.

Депрессия обсессивно-фобическая характеризуется сочетанием тревожно-депрессивного или тревожно-боязливого аффекта с полисимптомными или моносимптомными идеаторными навязчивостями, имеющими депрессивную фабулу, или навязчивыми движениями. Характерно быстрое возникновение простых или сложных защитных действий, направленных на уменьшение тревоги. В период депрессии нередко появляются или усиливаются навязчивые движения и действия. Если идеаторные навязчивости депрессивного содержания, как правило, исчезают одновременно с депрессивной симптоматикой, то навязчивые движения и защитные ритуалы, утратившие аффективную насыщенность и стереотипизировавшиеся, нередко длительное время сохраняются после редукции депрессивной симптоматики в ремиссии и даже на фоне гипоманиакальной фазы.

Депрессия простая характеризуется малодифференцированным сниженным настроением с преобладанием грусти и печали, сопровождающимся пониженной самооценкой и пессимистической оценкой настоящего и будущего, без значительной моторной и идеаторной заторможенности. Во многих случаях простые депрессии включают в себя кратковременные дисфорические или тревожные эпизоды.

Депрессия с расстройствами влечений – состояние, где при слабой выраженности апатически-динамического или тревожного аффекта на первый план выступает искажение тех или иных влечений (очевидно, имеющих психологически компенсаторный характер), как

инстинктивных, так и социальных. Если снижение уровня влечений вообще характерно для депрессии (и здесь не об этом речь), то их усиление в депрессивном состоянии крайне затрудняет своевременную диагностику и коррекцию. Данное искажение может проявиться обжорством (особенно при скрытом тревожном радикале), подростковым промискуитетом (при апатически-абулическом аффекте с идеями неполноценности), неудержимой потребностью в приобретении тех или иных вещей (сотовых телефонов, одежды, сладостей и пр.), стремлением к внешне бессмысленным побегам из дома, к поджогам, воровству и т. д. и т. п. Эти состояния характерны для подросткового возраста, но могут проявляться и у дошкольников и младших школьников.

Сюда же может относиться нередко возникающая на фоне скрытого тревожного аффекта (но редко диагностируемая) *депрессия с контрастными влечениями*, когда у ребенка возникают представления о непереносимом для него желании болезни или гибели родителей, причинении вреда или физического насилия (вплоть до убийства) близкому человеку или случайному прохожему, причинении себе боли или даже смертельного повреждения. Данные состояния могут возникать начиная со старшего дошкольного возраста и имеют особенно высокий суицидальный риск.

Депрессия сенестопатическая: на первое место выступают патологические телесные ощущения, не имеющие реальной анатомофизиологической или вегетативной основы. Сенестопатии проявляются в виде неприятных или мучительных ощущений в одной или многих частях тела и однотипных или часто меняющих локализацию болей (сенестоалгий). Правильная квалификация сенестопатий в детском возрасте часто встречает значительные трудности, т. к. их описания детьми, в отличие от больных зрелого возраста, нередко лишены вычурности. Сенестопатии и сенестоалгии у детей часто моносимптомны, однообразны, монотонны, лаконично определяются больным как «боль» и существуют в неизменном виде на протяжении многих лет.

Депрессия сенестоипохондрическая (ипохондрическая): состояние определяется сверхценной или бредовой убежденностью больного в наличии у него опасного для жизни или смертельного соматического заболевания в сочетании со сниженным настроением различного оттенка (тревожным, боязливым, реже тоскливым или подавленным). Ипохондрические расстройства почти всегда основаны на патологических телесных ощущениях, вегетосоматических или деперсонализационных нарушениях. Ипохондрическая депрессия до 9–10-летнего возраста является казуистикой. В препубертатном возрасте ввиду слабости интрапсихической переработки ипохондрический бред отличается бессистемностью, неустойчивостью и крайне быстрой сменой фабулы (иногда по несколько раз в течение суток).

Депрессия слезливая особенно типична для дошкольного возраста, в котором характерен

возникающий по любому незначительному поводу или беспричинно плач с обильными слезами. Плач носит характер то почти постоянного хныканья, нытья, капризности, то эпизодических продолжительных рыданий, причитаний и криков. При этом жалобы на снижение настроения отсутствуют или не могут быть высказаны маленьким ребенком.

Депрессия ступидная - состояние, в котором преобладает идеаторная заторможенность при отсутствии или слабой выраженности торможения в сфере моторики и стертости депрессивного аффекта. У школьников отмечается резкое снижение успеваемости, связанное с утратой способности к восприятию новых сведений, субъективным ощущением потери памяти, затрудненностью воспроизведения нового материала и сосредоточения внимания. При выраженном и длительном характере депрессии возникает «депрессивная псевдодебильность».

Депрессия тоскливая в наибольшей мере соответствует классическому меланхолическому синдрому. Отличия состоят в нередком присутствии в данном состоянии у детей и подростков слезливости, истероформности, а также в сочетании тоскливого аффекта с тревогой, страхом, а иногда и с дисфорией. Данный тип депрессии возникает, начиная с 6-летнего возраста, но крайне редок в детстве, учащаясь в пубертате.

Депрессия тревожная характеризуется ощущением внутренней напряженности, беспокойства, беспричинной, бессодержательной тревоги, при которых временами отмечаются тревожные опасения конкретного характера, нередко с оттенком транзитивизма. Для депрессий этого типа характерны двигательное беспокойство, непоседливость, стремление к постоянной перемене места, усиление тревоги и возбуждения в вечернее и ночное время, диссомнии.

Unlust-депрессия (унлюст-депрессия) характеризуется сочетанием ангедонии и преобладающего угрюмого настроения с мрачным недовольством собой и окружающими, придиричивостью, недоброжелательностью, неприязнью, враждебностью или даже ненавистью к близким, бывшим друзьям, окружающим, всему человечеству и постоянным ворчливым брюзжанием при отсутствии субъективного ощущения сниженности настроения или при ощущении незначительной подавленности. Преобладает тусклое, безрадостное настроение; прежде любимые занятия, игры не вызывают удовольствия. Моторная заторможенность выступает в совокупности с симптомами нарушения мышления типа малых идеаторных автоматизмов. Школьная дизадаптация усугубляется грубым нарушением дисциплины с вызывающим поведением, нарастающей нелюдимостью и полным отказом от посещения школы.

Этапы протекания синдрома подчиняются общепатологическим закономерностям. Практически всегда явным проявлениям субдепрессии предшествует более или менее длительный, нераспознанный этап субклинических расстройств в виде негрубых нарушений поведения, немотивированных изменений в характерологических проявлениях, формах

реагирования, девиаций физиологических функций, интересов, контактов и т. п. Инициальный (психогенно вызванный, провоцированный или аутохтонный) этап, как правило, не распознается, длится от нескольких дней/недель до, реже, нескольких месяцев. Этап выраженной симптоматики чаще всего длится в течение 2-4 месяцев, но может быть и значительно короче, и, наоборот, затяжным с тенденцией к хронификации. При депрессивных состояниях непсихотического уровня преобладает **фазное течение** с наиболее характерной сезонной зависимостью, что совершенно не исключает участия в патопластике депрессивного состояния указанных выше многообразных этиологически-патогенетических факторов. При этом некоторые депрессивные синдромы имеют более выраженную тенденцию к затяжному течению и даже хронификации с долгосрочными проявлениями стертой, резидуальной симптоматики. К таким можно отнести депрессивные состояния с ведущими обсессивно-фобическими расстройствами, психопатоподобные и аноректические депрессии, ступидные депрессии и состояния астенической несостоятельности, а также депрессии с преобладанием нарушений витальных физиологических функций. Этап редуцирования симптоматики и входа в ремиссию (интермиссию) длится от 2 нед. до 2-3 мес.

VII. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при обязательном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет может быть проведено без его согласия - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр. Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростка 15 лет и старше может быть проведено без его согласия и/или согласия его родителей или законного представителя в случаях, когда, согласно ст. 23 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», пациент совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства,

которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Лечение пациентов может производиться в добровольном, недобровольном и принудительном порядке (ст. 28 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Пациенты, которые могут быть направлены на лечение в психиатрический стационар без их согласия или без согласия их законных представителей до постановления судьи, должны, согласно ст. 29 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», обнаруживать психические расстройства, представляющие опасность для пациента и его окружения, подлежащие лечению только в стационарных условиях.

Диагностическое исследование включает следующие разделы:

1. Анамнестическое психиатрическое обследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей и лиц, знающих характер пациента и его поведение в повседневной жизни, *субъективного анамнеза* (если получение сведений представляется возможным в силу когнитивных способностей ребенка или подростка) и *анализа медицинской документации*. Целью сбора анамнеза является получение данных о:

2. Клиническое психопатологическое обследование.

3. Физикальное обследование, инструментальные и функциональные методы исследования, привлечение врачей-консультантов других специальностей (педиатра, невролога, окулиста и др.);

4. Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) и нейропсихологическое исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом;

5. При наличии осложняющих расстройств в виде нарушений развития речи, бытовых и школьных навыков – консультацию логопеда, коррекционного педагога.

2. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2.1. Объективный анамнез включает данные о:

- наследственной отягощенности психическими расстройствами, в первую очередь, аффективными и личностными;

- акушерско-гинекологическом анамнезе матери, состоянии ее здоровья до беременности и в период беременности, сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и

экзогенных вредностей постнатального периода;

- раннем развитии пациента, особенностях и сроках формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведения дома, в организованных детских коллективах;

- перенесенных верифицированных соматических заболеваниях;

- особенностях протекания возрастных кризов, об особенностях формирования индивидуальных личностных черт ребенка, школьных навыков, о семейном и социальном статусе включая занимаемое положение в детском коллективе, образование, успеваемость, семейное положение, особенности социального функционирования, взаимоотношения со сверстниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие и сроки психотравмирующих ситуаций;

- особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций);

- возрасте, в котором возникли первые признаки заболевания; продромальные явления; когда заболевание впервые было диагностировано (витальные нарушения, поведенческие расстройства, искажения и задержки развития, преобладающий эмоциональный фон, аффективные колебания, нарушения социального функционирования);

- особенностях динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогрессивность);

- особенностях субъективной оценки своего состояния и оценки состояния больного ближайшим окружением;

- выполнении терапевтических, психокоррекционных и реабилитационных рекомендаций;

- переносимости проводимой лекарственной терапии, реагировании на психотерапевтические воздействия;

- девиантных (в том числе суицидальных) поведенческих тенденциях (при этом следует иметь в виду, что для депрессивного ребенка характерно оппозиционно-вызывающее поведение, вплоть до агрессии, с целью вызвать со стороны окружающих агрессию на себя; кроме того, нередко суицидальные попытки у детей и подростков «маскируются» под «несчастные случаи», «случайные травмы» и т. п.).

Источниками соответствующей информации служат сведения, полученные от родителей и лиц, знающих ребенка в повседневной жизни, а также по возможности характеристики из детских коллективов, посещаемых им.

2.2. Субъективный анамнез

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования.

Необходимо получение и сопоставление субъективных (от больного ребенка) и (условно) объективных (от родителей, а также по необходимости от других близких и значимых взрослых) сведений, данных медицинской документации и сведений из учреждений, посещаемых ребенком (школьных/детсадовских характеристик, заключений школьных и прочих психологов, логопедов и т. п.). В результате формируется целостный анамнез жизни и болезни ребенка. При возможности желательно беседовать с больным ребенком (с учетом согласия его и его родителей) наедине, нивелируя его зависимость от родителей, нередко воспринимающих обследование как «испытание» ребенка на уровень развития, усвоение норм поведения, общения и т. п.

При целенаправленном обследовании с использованием ряда специальных методических приемов удастся получить достаточно полные и достоверные данные об основных жизненных событиях, ситуации в семье и детском учреждении, о сроках возникновения, динамике и особенностях патологических переживания не только от подростков, но даже и от детей дошкольного возраста, преодолевая особенности детской психики, несформированность самосознания, крайнее затрудняющие самоотчет ребенка, его способность осознать и передать оттенки своего психического состояния. При этом, в отличие от «большой психиатрии» с ее акцентом на объективных сведениях о больном, при исследовании психопатологии амбулаторного и субпсихотического уровня, особенно в рамках психосоматических расстройств, у детей именно субъективные сведения играют главную роль хотя бы а силу того, что родители в подавляющем большинстве случаев не имеют представления об интимных переживаниях своего ребенка, пока в связи с этими переживаниями не нарушаются грубо его адаптация и поведение.

2.3. Клиническое (психопатологическое) исследование

Изучение психического состояния пациента происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении - в отделении.

Во время беседы с испытуемым выявляются:

- состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;

- сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;

- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;

- особенности развития грубой и тонкой моторики;

- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);

- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах бытия, окружающего пациента социума;

- индивидуальное социальное поведение;

- особенности мотивационно-потребностной сферы;

- особенности памяти, внимания, работоспособности;

- особенности эмоциональных проявлений;

- у детей школьного возраста проводится оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;

- внешние признаки соматического статуса (соотношение веса и роста, соответствие физического развития возрасту и пр.), состояние органов восприятия (зрения, слуха и т. п.);

- поведение больного, его реакция на ситуацию обследования;

- психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

- доступность в отношении пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним;

- сформированность критики к своему психическому состоянию, ее структура (адекватность, формальность, искаженность и т. д.);

- готовность принять психофармакологическую, психотерапевтическую, психосоциальную помощь.

Помимо эмоционального «вживания», «перенесения на себя» переживаний больного, что необходимо при всяком обследовании в психиатрии, психопатологическое исследование ребенка требует того, что можно назвать регрессивным перевоплощением, т. е. низведения уровня используемых понятий, суждений, эмоциональных реакций врача на доступный и наиболее адекватный данному больному ребенку в его данном состоянии. В качестве конкретных методических приемов расспроса постоянно используется временная соотносительность (побуждения врачом ребенка постоянно сопоставлять свое самочувствие, переживания, поведение в различные определенные отрезки времени), т. к. сам ребенок не способен осознать динамику своего состояния, соотношения во времени преобладающего фона самочувствия и его

колебаний. Другие важные принципы расспроса - это обязательная альтернативность (предъявление вопросов в альтернативной форме – «да - нет?», «было – не было?», «болит – не болит?» и т. п.) и многовариантность предлагаемой врачом ребенку симптоматики («какое плохое настроение - грустное, злое, безразличное, плаксивое и т. п.). Наконец, важна доказательность предъявленной больным ребенком симптоматики («почему ты считаешь, что у тебя настроение тоскливое, что такое у тебя тоска, как, где ты ее чувствуешь?» и т. п.); последнее предполагает активное раскрытие больным («доказывание») оттенков и деталей психопатологического феномена, выявленного при расспросе.

Наряду с указанным, детям дошкольного и младшего школьного возраста (или более старшим, но со сходным уровнем развития) важно предоставить во время обследования возможность свободного поведения, вне ситуации расспроса и контроля со стороны взрослого, когда ребенок проявит особенности своей реакции на ситуацию, уровень адекватности поведения в новой для него обстановке, продемонстрирует степень готовности к активному контакту, свои интересы в игровой деятельности (необходим в свободном доступе набор игрушек различного уровня сложности), степень зависимости от непосредственной связи с родителем (глазной, тактильный контакт) и др. Необходимо попытаться вовлечь ребенка в совместную игровую или другую творческую деятельность, проверить реакцию на тактильный контакт, на физическую ласку.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катамнестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания. Депрессии непсихотического уровня у детей, при исключении соматогенных и токсических вредностей, следует дифференцировать с возрастными кризовыми поведенческими и эмоциональными нарушениями, с поведенческими, идеаторными и витальными расстройствами в рамках патологического личностного реагирования, продромального этапа эндогенного (шизофренического процесса), с собственно невротическими (астеническими, обсессивными и пр.) нарушениями, со специфическими возрастными эмоционально-поведенческими нарушениями в рамках расстройства привязанности, депривационного расстройства и др.

Повторные приемы врачом-психиатром проводятся для окончательной диагностики состояния и определения его динамики, контроля эффективности лечебно-коррекционных мероприятий. Обращается внимание на наличие характера сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проведенной терапии,

отношение пациента к ней, соблюдение предписанного режима лечения, учебы, внеучебной деятельности, наличие побочных эффектов, негативных психогенных воздействий (в первую очередь, внутрисемейных).

Оценивается выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного и его окружения, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям. Амбулаторный прием проводится еженедельно на начальном этапе терапии, затем раз в 2-4 нед. – до полного выхода в ремиссию (интермиссию), после чего общение с больным может прекращаться. В случае назначения профилактической противорецидивной терапии осмотр больного проводится в ремиссионном состоянии не реже 1 раза в 3-4 мес.

Общие критерии диагностики непсихотических депрессий, соответствующие МКБ-10

Длительность **депрессивного эпизода** должна быть не менее 2 недель, но может быть и короче при быстром разворачивании симптоматики.

Для диагностики **легкого (F32.0) депрессивного эпизода** при впервые выявленном депрессивном состоянии необходимы по крайней мере 2 из 3-х базисных депрессивных симптомов (снижение настроения, утрата интересов и способности получать удовольствие, повышенная утомляемость) плюс хотя бы еще 2 симптома из следующих:

- а) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- б) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- в) идеи виновности и унижения;
- г) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- д) идеи или действия по самоповреждению или суициду;
- е) нарушенный сон;
- ж) сниженный аппетит.

Для диагностики **умеренного (F32.1) депрессивного эпизода** при впервые выявленном депрессивном состоянии необходимы по крайней мере 2 из 3-х базисных депрессивных симптомов плюс хотя бы еще 3-4 симптома из перечисленных выше.

Как **другие депрессивные эпизоды (F32.8)** диагностируются **атипичная депрессия** (критерии которой в МКБ-10 недостаточно ясны, и **единичные эпизоды «маскированной» депрессии** (описание которой см. выше).

При определении выявленного депрессивного состояния как повторного диагностируется **рекуррентное депрессивное расстройство**, если хотя бы 2 эпизода длились как минимум по 2 недели с интервалом в несколько месяцев без каких-либо дополнительных расстройств

настроения. Критерии для диагностики **рекуррентного депрессивного расстройства, текущий эпизод легкой степени (F33.0)** те же, что для **легкого депрессивного эпизода**. Критерии для диагностики **рекуррентного депрессивного расстройства, текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1)** те же, что для **умеренного депрессивного эпизода**. То же относится к **другим рекуррентным депрессивным расстройствам (F33.8)**

Во всех случаях депрессивных эпизодов добавляются дополнительные знаки - **.10** при отсутствии соматических симптомов и **.11** при их наличии, к которым могут быть отнесены характерные для депрессии витальные нарушения (расстройства сна и аппетита, снижение веса в течение месяца на 5% и более, выраженная двигательная заторможенность, особенно в утренние часы, и, наоборот, ажитация, более типичная для вечернего времени).

Достаточно часто депрессивные состояния легкой степени у детей могут диагностироваться в рамках **циклотимии (F34.0)** как состояния хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости (причем последняя нередко рассматривается как конституциональная гипертимия).

Для детского возраста также достаточна характерна хронификация некоторых типологических вариантов депрессивных состояний (см. выше), что требует диагностики их как **дистимии (F34.1)**.

Состояния непсихотической депрессии с преобладанием тревоги могут диагностироваться как **смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)**.

3. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром.

Общий осмотр тела включает:

- выявление стигм внутриутробного дисгенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);
- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);
- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);
- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяются:

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;
- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);
- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклоний);
- мозжечковая патология и расстройства координации движений;
- чувствительность и ее нарушения;
- расстройства функций вегетативной нервной системы;

4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление патогенетических механизмов депрессивных расстройств и осложняющих (коморбидных) психопатологических и психоневрологических синдромов, а также верификацию характера резидуально-органического поражения ЦНС, осложняющего клиническую картину депрессии, проведение дифференциального диагноза с психическими и неврологическими заболеваниями, проявляющимися в том числе депрессивной симптоматикой. Следует также принять во внимание возможность соматогенных психических нарушений при хронической верифицированной соматической патологии, а также возможность психических нарушений вследствие употребления психоактивных веществ, которые могут сопровождаться патологической аффективной симптоматикой. С этой целью обязательно используют дополнительные методы обследования.

Клинический и биохимический анализы крови (в т. ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы).

Определение протромбинового индекса.

Реакция Вассермана, исследование крови на ВИЧ.

Клинический анализ мочи

ЭЭГ-исследование отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, наличие эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения ЦНС.

Реоэнцефалографическое исследование отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

ЭхоЭС позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных

сигналов.

ЭКГ выявляет функциональные нарушения сердечного ритма, нередко сопровождающие депрессивные расстройства.

МРТ проводится при подозрении на наличие разнообразных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера.

Консультации терапевта, для девочек-подростков – **гинеколога**.

Консультация окулиста - определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

При обнаружении сопутствующих соматических или неврологических расстройств необходимо **привлечение врачей-специалистов** в той области медицины, к которой относится выявленное заболевание, с тем чтобы дифференцировать органические и функциональные нарушения тех или иных органов и систем.

5. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Обязательным является экспериментально-психологическое (психодиагностическое) обследование больного ребенка, а также желательно психологическое обследование родителей ребенка, проводимое медицинским психологом учреждения. Психодиагностическое исследование должно дать информацию об индивидуально-психологических свойствах и психологическом состоянии пациента и его родителей, об особенностях внутрисемейного взаимодействия, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Данные экспериментально-психологического исследования с формированием «психологического/патопсихологического диагноза» обобщаются в заключении психолога.

Необходимо решить следующий минимальный набор экспериментально-психологических задач, охватывающий основные сферы психической деятельности:

- оценка уровня интеллектуального развития;
- характеристика структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований;
- характеристика общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти);
- исследование ассоциативной сферы;
- исследование эмоционального фона и эмоциональных предпочтений (взаимоотношений);
- исследование индивидуально-психологических особенностей;
- исследование особенностей межличностного взаимодействия.

Методы патопсихологического исследования могут использоваться при необходимости дифференциального диагноза с заболеваниями, проявляющимися симптомами депрессивных расстройств.

Экспериментально-психологическое исследование включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение.

Оценка уровня познавательной деятельности пациента проводится на материале перечисленных ниже методик путем введения в структуру задания, при возникновении трудностей у испытуемого, регламентированной помощи: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. (не менее трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал). При возникновении сложностей при выполнении заданий акцент делается на определение уровня обучаемости, определяемого по объему помощи, необходимой испытуемому для решения предложенной задачи и по его способности к логическому переносу усвоенного.

При подозрении на интеллектуальную недостаточность пациента проводится по индивидуальным показаниям психометрическое исследование тестом Векслера. Исследование умственной работоспособности и внимания проводится с использованием следующих методик: таблицы Шульте (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, тест Тулуз-Пьерона и др. – не менее одной методики;

Исследование памяти: запоминание 10 слов, рисунков, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. – не менее двух методик;

Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей проводится с использованием различных самооценочных шкал (по Дембо-Рубинштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН и др.), проективные тесты («Тематический апперцептивный тест» - ТАТ, тесты Розенцвейга, Вагнера, Люшера, рисуночные методики – «Дом, дерево, человек», «Неизвестное животное» и др.) – не менее трех методик.

Исследование внутрисемейных отношений и взаимодействий с микросоциальным окружением (рисунки «Моя семья», «Семья животных», тест цветовых отношений – ЦТО, опросники Эйдемиллера-Юстицкиса, Варги-Столина) – не менее трех методик.

Исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др. , пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) включается в беседу.

Дифференциально-диагностические шкалы – СМЛ (взрослый вариант - для родителей,

детский вариант – для подростков), тест Шмишека-Леонгарда.

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

6. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Коррекционный этап при непсихотических депрессиях у детей и подростков включает как обязательные следующие компоненты;

- 1) психофармакотерапия;
- 2) индивидуальная психотерапия;
- 3) семейная терапия;
- 4) психосоциальная терапия.

При этом в зависимости от структуры и тяжести состояния, выраженности социальной дизадаптации, наличия тех или иных патопластических факторов, этапа течения депрессивного синдрома тот или иной компонент может выходить на первый план. Представляются крайне важными степень и характер участия родителей ребенка в коррекционно-реабилитационных воздействиях, достижение с ними комплайенса. Обязательным условием является полноценное информированное согласие родителей (а с 14-летнего возраста и самого больного) на проведение лечебно-коррекционных мероприятий.

В системе лечебных мероприятий выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- купирующая терапия, направленная на лечение текущего состояния;
- долечивающая или стабилизирующая (поддерживающая) терапия, направленная на предупреждение обострения данного состояния;
- профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидива (повторного состояния).

Терапевтическими стратегиями на этапе купирования являются:

1) назначение специфической психотропной терапии в соответствие с психопатологической картиной и динамикой состояния больного; речь идет, в первую очередь, об антидепрессантах. В зависимости от характера преобладающего аффекта препаратами выбора для детей являются мапротилин (лудиомил) – при тоскливо-адинамическом аффекте, азафен – при тревожном аффекте, пиразидол – при смешанном аффекте, сертралин (золофт) – может применяться как универсальный антидепрессант при различных типах депрессивных состояний (здесь все определяется исключительно индивидуальным реагированием на препарат).

2) назначение препаратов, направленных на лечение сопутствующих расстройств

(сверхценных, поведенческих, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, сенестопатических и пр.) .

Лечение непсихотических депрессий у детей и подростков в подавляющем большинстве случаев амбулаторное. Крайне редко, при грубых поведенческих нарушениях или тяжелых витальных расстройствах, к примеру, при аноректической депрессии, встает вопрос о помещении больного в психиатрический стационар (длительность стационарного лечения от 3 нед. до 3 мес.). В то же время, больные с соматизированными депрессиями зачастую и неоднократно стационарируются в педиатрические больницы, где, как правило, отсутствует возможность оказания психотерапевтической помощи и назначения психофармакологического лечения. С другой стороны, больные с неврозоподобной симптоматикой попадают в сферу психологической, социально-педагогической помощи в многочисленных ППМС-центрах и т. п. учреждениях системы образования, где собственно психиатрический аспект помощи зачастую обеспечен крайне недостаточно и отсутствует вообще. Здесь мы сталкиваемся с проблемой включения межпрофессионального и межведомственного аспекта в построение диагностически-коррекционного стандарта.

Долечивание на стадии стабилизации и формирования ремиссии также происходит в амбулаторных условиях и включает те же комплексные подходы.

Профилактическая терапия обострений аффективных (депрессивных) расстройств целесообразна в случаях подтвержденных клинико-анамнестически и проспективно тенденций к закономерному повторению депрессивных фаз с выраженным дизадаптирующим потенциалом. Обязательным условием проведения эффективной профилактической терапии является адекватное понимание родителями больного ребенка характера и особенностей его болезненных состояний, условий, возможных позитивных и негативных последствий терапии. Для профилактики депрессивных фаз применяется хронический прием антиконвульсантов (финлепсина, депакина, ламиктала) в действенных дозировках при регулярном контроле соматовегетативных показателей. Профилактический эффект, если он наступает, начинает проявляться после 6-12 мес. лечения. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию повторного приступа и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. Профилактическая терапия в случае достижения эффекта может отменяться спустя не менее чем 3 года полного отсутствия спонтанных фазных депрессивных расстройств.

1. Основные группы медикаментозных средств, используемых для лечения непсихотических депрессивных расстройств

Антидепрессанты - психотропные препараты, предназначенные для устранения депрессивной симптоматики. Антидепрессанты делятся по строению и механизму действия на

несколько классов:

- ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) необратимого (ниаламид, син. ниамида, нуредаль) и обратимого (пиразидол; инказан, син. метриндол; и др.) действия; первые полностью разрушают МАО, и для ее ресинтеза требуется длительное (до 2 нед.) время, в то время как вторые лишь кратковременно блокируют действие МАО;

- неизбирательные ингибиторы нейронального захвата, делящиеся на трициклические (азафен, син. дизафен, пипофензин; амитриптилин, син. дамилен, триптизол, саротен, элавил и др.; анафранил, син. гидифен, кломипрамин, маронил и др.; инсидон, син. опипрамол; мелипрамин, син. имизин, имипрамин, тофранил и др.; петилил, син. дезипрамин, десметилимипрамин и др.; фторацизин) и тетрациклические (людиомил, син. мапротилин; миансерин, син. атимил, леривон, миансан; тразодон, син. тритико и др.) А.;

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - СИОЗС (пароксетин, син. паксил; серталин, син. золофт; тразодон, син. тритико и др.; флувоксамин, син. феварин; флуоксетин, син. апо-флуоксетин, биоксетин, депрекс, продеп, прозак, рофлузак и др.; циталопрам, син. ципрамил);

- антидепрессанты разных химических классов (миртазапин, син. ремерон; сиднофен; тианептин, син. коаксил; цефедрин; и др.).

Детям и подросткам могут назначаться практически все антидепрессанты за исключением ингибиторов МАО необратимого действия в связи с необходимостью при лечении последними осознанного поддержания строгой специальной диеты и с высоким риском побочных явлений и осложнений. Необходимо также учитывать, что большинство антидепрессантов нового поколения (СИОЗС и некоторые другие) не апробированы официально в детской клинике, что значительно сужает возможности их применения. Официально к применению у детей и подростков разрешены золофт и феварин.

Каждый из антидепрессантов действует на различные компоненты депрессивного симптомокомплекса (на собственно депрессивный аффект - эутимическое, или тимоаналептическое, действие; на депрессивную заторможенность - активирующее, стимулирующее действие; на депрессивное возбуждение и тревогу - седативное, атарактическое, анксиолитическое действие), но при этом обладает более или менее отчетливой избирательностью в этом плане, которая заключается в преобладании одного и незначительной выраженности или отсутствии другого компонента, а также в различной последовательности наступления того или иного из указанных эффектов в процессе приема одного и того же препарата и наращивания его дозировок.

Наиболее выраженным тимоаналептическим (тимолептическим, эутимическим) действием обладают людиомил и прозак, далее в порядке его убывания - паксил, анафранил, мелипрамин,

золофт, феварин, тразодон, пиразидол, амитриптилин, инсидон, инказан, азафен и т. д. В альтернативе активирующего и седативного эффектов антидепрессанты можно расположить в следующий ряд: сиднофен, мелипрамин, петилил, цефедрин, гидифен, инказан, паксил, пиразидол, золофт, феварин, лудиомил, прозак, амитриптилин, коаксил, тразодон, миансерин, инсидон, азафен, фторацизин. Препараты, расположенные в центре данного ряда (инказан, паксил, пиразидол, золофт, феварин), относятся к антидепрессантам с так называемым балансирующим действием, то есть вызывающим преимущественно седативный эффект при депрессиях с ажитацией и, наоборот, активирующий - при депрессиях с адинамией и заторможенностью. Помимо этого, феварин может считаться препаратом выбора при субдепрессиях, протекающих с обсессивно-компульсивными расстройствами.

Необходимо всегда иметь в виду относительность приведенного взаиморасположения антидепрессантов. и чрезвычайную индивидуальную вариабельность реакции на них, особенно у детей и подростков. Помимо этого, в различных дозировках и в зависимости от способа введения эффекты одного и того же препарата могут быть прямо противоположными (к примеру, активирующие антидепрессанты в малых дозах, а также при парентеральном введении нередко вызывают выраженное седативное действие). Наконец, их действие может усиливаться, ингибироваться или извращаться сопутствующей психотропной терапией. То же относится и к побочным явлениям, которые на малых дозах могут быть более выражены и перекрывать собственно терапевтический эффект в противоположность действию более высоких дозировок.

Ноотропные препараты - препараты, стимулирующие интегративную деятельность головного мозга, активирующие мнестические и мыслительные процессы, повышающие устойчивость ЦНС к психическим нагрузкам. К ним относятся аминалон (син. ГАБА, гаммалон и др.), ацефен (син. люцидрил, меклофеноксат и др.), когитум, натрия оксибутират, пантогам (син. гомопантеновая кислота и др.), пикамилон, пирацетам (син. ноотропил, пирамен и др.), пиридитол (син. когитан, пиритинол, энербол, энцефабол и др.), фенибут. Как ноотропные могут рассматриваться некоторые аминокислотные препараты, обладающие сходным характером действия: глицин, глютаминовая кислота, церебролизин. Помимо указанного действия ноотропные препараты обладают нерезко выраженными разнообразными собственно психотропными эффектами, в том числе психостимулирующим, антидепрессивным, седативным, снотворным. Эти эффекты целесообразно учитывать как при назначении ноотропных препаратов с целью получения непосредственного антидепрессивного, седативного, снотворного психотропного эффекта либо в добавление к другим психофармакологическим средствам, либо самостоятельно в случае, когда использование последних по каким-либо причинам нецелесообразно:

а) как антидепрессанты с активирующим действием — аминалон, ацефен, пиридитол.

а) с целью повышения психомоторной активности — аминалон, глютаминовая кислота, когитум, пикамилон, пирацетам, пиридитол;

б) с целью получения транквилизирующего эффекта — глицин, натрия оксибутират, пантогам, фенибут;

в) для купирования психомоторного возбуждения и как снотворный препарат — натрия оксибутират;

Важно учитывать особенности психотропного действия каждого конкретного препарата, с тем чтобы избегать нежелательных побочных эффектов (возбуждения или избыточной седации, тревоги или нарушений сна, экзacerbации скрытой пароксизмальной готовности или утяжеления судорожных расстройств, например, при назначении таких активирующих ноотропных препаратов, как церебролизин, и т. д.). Целесообразно назначение данных препаратов длительными курсами (по 2–3 мес.) с перерывами до одного месяца, чередуя препараты в зависимости от реакции на них и актуального психического состояния ребенка.

Нейролептики. Поскольку не все используемые в настоящее время антипсихотические препараты вызывают нейролептический эффект во всех его типичных проявлениях, целесообразней говорить об «антипсихотических препаратах», но термин «нейролептики» остается до сих пор наиболее употребимым, тем более что он очерчивает определенные классы химических веществ. Необходимо иметь в виду, что многие нейролептики в зависимости от спектра своей активности и дозировок могут оказывать действия, присущие другим видам психотропных средств (нормотимическое, антидепрессивное, транквилизирующее и т. д.). К типичному нейролептическому эффекту относятся: купирование различных видов возбуждения и агрессии, редуцирование собственно психотических расстройств, общее успокоение с эмоциональным безразличием (психолепсия), характерные «нейролептические» неврологические, вегетативные и другие нарушения преимущественно подкорковой природы.

По химическому строению нейролептики делятся на:

а) производные фенотиазина — аминазин (син. ларгактил, плегомазин, хлорпромазин и др.), клопиксол (син. зуклопентиксол), клопиксол-акуфаз (син. зуклопентиксол ацетат), мажептил (син. тиопроперазин, цефалин и др.), метеразин (син. прохлорперазин, стеметил и др.), модитен (син. лиоген, флуфеназин, фторфеназин и др.), неулептил (син. перициазин и др.), пипортил (син. пипотиазин и др.), пропазин (син. промазин и др.), сонапакс (син. меллерил, тиоридазин и др.), стелазин (син. трифлуоперазин, трифтазин и др.), тизерцин (син. левомепромазин, нозинан и др.), френолон, этаперазин (син. перфеназин, трилафон, и др.);

б) производные бутирофенона — галоперидол (син. галдол и др.), дроперидол (син. синтодрил и др.), триседил, (син. трифлуперидол и др.);

в) производные дифенилбутилпиперидина — пенфлюридол (син. СЕМАП и др.), пимозид (син. ОРАП и др.), флуспирилен (син. ИМАП и др.);

г) производные бензодиазепина (атипичные нейролептики) — азалептин (син. клозапин, лепонекс и др.), кветиапин (син. сероквель), оланзапин (син. зипрекса), рисперидон (син. рисполепт), арипипразол (син. абилифай);

д) препараты других классов — карбидин (син. дикарбин), тиаприд, хлорпротиксен (син. труксал и др.), флюанксол (син. флюпентиксол), эглонил (син. догматил, сульпирид и др.).

Все указанные препараты обладают свойством вызывать типичный нейролептический синдром. Исключение составляют атипичные нейролептики, при применении которых нейролептический синдром возникает значительно реже, что практически делает возможным их использование без сопутствующей корригирующей терапии. Из остальных наиболее безопасны в этом плане (по убывающей) сонапакс, хлорпротиксен, тизерцин, эглонил, клопиксол, френолон, этаперазин. Тиаприд используется для устранения экстрапирамидных нейролептических расстройств, но при длительном применении может, наоборот, их усиливать.

По характеру действия при депрессиях у детей и подростков наиболее применимы для достижения:

а) активирующего и/или антидепрессивного эффекта — модитен, семап, сероквель (препарат выбора), сонапакс, стелазин, флюанксол, френолон, хлорпротиксен, эглонил (препарат выбора);

б) седативного, в том числе анксиолитического (противотревожного), эффекта — азалептин, дроперидол, клопиксол (клопиксол-акуфаз), оланзапин, сероквель, сонапакс (препарат выбора), тизерцин (препарат выбора), хлорпротиксен;

в) редукции расстройств общего чувства (сенестопатий и других проявлений соматопсихической деперсонализации) — комбинация стелазина с этаперазином (метод выбора), френолон, триседил;

г) упорядочения поведения — азалептин, клопиксол, неулептил (однако, в связи с депрессогенным побочным действием может усиливать в том числе нарушения поведения, связанные со скрытым депрессивным аффектом), пенфлюридол, сероквель (препарат выбора), сонапакс (препарат выбора);

д) редукции расстройств мышления, связанных в том числе с идеаторными автоматизмами, — рисполепт (препарат выбора), сероквель, стелазин, триседил, френолон, этаперазин (препарат выбора);

е) редукции деперсонализационных (алло- и аутопсихических) расстройств - модитен, пенфлюридол, пимозид, стелазин (препарат выбора), триседил, этаперазин (препарат выбора);

ж) общего антипсихотического эффекта - клопиксол (клопиксол-акуфаз), рисполепт

(препарат выбора), сероквель, флуспирилен;

з) антибредового эффекта — клопиксол (клопиксол-акуфаз), модитен, оланзапин, рисполепт, сероквель, стелазин (препарат выбора), триседил, флуспирилен;

и) редукции обманов восприятия (в том числе псевдогаллюцинаторных) — дроперидол, галоперидол (препарат выбора), клопиксол, оланзапин, рисполепт, сероквель, стелазин, триседил, флуспирилен, этаперазин (препарат выбора).

Транквилизаторы - Группа препаратов, основным свойством которых является эффект успокоения (устранения беспокойства, тревоги, аффективного напряжения, страха). Помимо седативного и собственно противотревожного (анксиолитического), различным транквилизаторам в большей или меньшей мере присущи снотворное, атарактическое (вызывающее чувство безразличия), антиобсессивное, миорелаксирующее (расслабляющее), антиэпилептическое, вегетостабилизирующее, а также психоактивирующее действие.

Большинство транквилизаторов относится к производным бензодиазепина: алпразолам (син. ксанакс и др.), клобазам (син. урбанил, фризидум и др.), клоназепам (син. антелепсин, ривотрил и др.), лоразепам (син. ативан, лорафен, теместа и др.), мезапам (син. нобриум, рудотель и др.), мидазолам (син. dormirex), нитразепам (син. могадон, радедорм, эуноктин), ноктамид (син. лорметазепам и др.), рогипнол (син. гипнодорм, флунифразепам и др.), седуксен (син. апаурин, валиум, диазепам, реланиум, сибазон и др.), сигнопам (син. темазепам), тазепам (син. адумбран, нозепам, оксазепам и др.), транксен (син. клоразепат), триазолам, феназепам, флуразепам, элениум (син. либриум, напотон, хлорзепид, хлордизепоксид и др.).

К другим химическим группам относятся амизил (син. бенактизин, люцидил, и др.), атаракс (син. вистарил, гидроксизин), грандаксин (син. тофизопам), ивадал (син. санвал), имован (син. зопиклон), мебикар, мепробамат (син. андаксин, мепротан, транквилан и др.), оксидин, триоксазин. Из них в настоящее время широкое применение имеют лишь атаракс и грандаксин; подросткам в качестве снотворного могут применяться ивадал, имован.

Целесообразно деление транквилизаторов на обладающие седативным эффектом в сопровождении с расслабляющим и опосредованным снотворным (атаракс, седуксен, тазепам, феназепам, элениум), преимущественно снотворным (мидазолам, нитразепам, ноктамид, рогипнол, триазолам) и менее выраженным релаксирующим и снотворным действием (алпразолам, грандаксин, клобазам, клоназепам, лоразепам, мезапам, транксен).

По характеру действия можно выделить препараты, предназначенные для достижения преимущественно:

а) седативного (общеуспокаивающего) и анксиолитического действия - алпразолам, атаракс, клобазам, лоразепам, мезапам, седуксен, тазепам, феназепам (препарат выбора), элениум;

б) снотворного эффекта — мидазолам, ивадал, имован, нитразепам (препарат выбора), ноктамид, рогипнол, седуксен, сигнопам, триазолам, феназепам, флуразепам;

в) атарактического эффекта (снятия внутреннего напряжения, гиперчувствительности с эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью и т. п.) — атаракс, грандаксин, лоразепам (препарат выбора), мезапам, седуксен, тазепам, транксен, феназепам (препарат выбора), элениум;

г) антиобсессивного действия — алпразолам, клобазам, лоразепам (препарат выбора), седуксен, феназепам (препарат выбора), элениум;

д) вегетостабилизирующего эффекта — лоразепам, мезапам, тазепам, седуксен (препарат выбора), феназепам, элениум;

ж) психоактивирующего действия — грандаксин (препарат выбора), мезапам, седуксен, тазепам, элениум.

Транквилизаторы практически не имеют возрастных ограничений для своего применения. При этом необходимо учитывать ярко выраженную индивидуальную вариабельность реагирования на них детей и подростков, особенно имеющих резидуально-органическую церебральную недостаточность, в частности, возможность возникновения парадоксальных реакций возбуждения, нарушений сна, экзогенного типа реакций.

2. Индивидуальная психотерапия

В работе с подростками наиболее применима рациональная психотерапия и когнитивно-бихевиоральные методики.

Психотерапия детей дошкольного и младшего школьного возраста строится с учетом возрастных особенностей ребенка и особенностей его психического состояния - куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия.

В более редких случаях применяется поведенческая терапия, направленная на формирование навыков социального взаимодействия, основанная на теории социального научения, - включает такие директивные поведенческие техники, проводится специально подготовленным медицинским психологом.

3. Семейная терапия (проводится сертифицированным семейным терапевтом)

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям сути расстройства и его лечения, особенностей построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем). В психотерапевтической работе с семьей, прежде всего с матерями, применяется рациональная и когнитивно-бихевиоральная терапия. Коррекция материнско-детских отношений проводится с помощью релаксационных методик, тренинга позитивных родительско-детских отношений и ориентированных на детский возраст игровых взаимодействий (куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия). Структурная семейная психотерапия основывается на модифицировании и стабилизации границ между

внутрисемейными подсистемами и позитивных стереотипов семейного взаимодействия. В процессе «циркулярного интервью» проявляются особенности семейного взаимодействия, «проблемные зоны» в отношениях, чувства и потребности членов семьи. Затем проводится обучение адаптивным способам общения (навыки эмпатического взаимодействия, эффективного самовыражения чувств, решения конфликтов).

3. Психосоциальная терапия.

Роль психосоциальной терапии возрастает по мере возраста ребенка и достигает своего максимума в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, связанные с социальной дизадаптацией. Психосоциальная терапия включает в себя восстановление или формирование недостаточных в условиях конкретного социума когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков бесконфликтного общения с окружающими, предотвращение социально-психологической деформации личности.

Социотерапевтическая помощь заключается в выработке психиатром рекомендаций для семьи, специалистов смежных профессий и учреждений относительно регулирования учебных и прочих нагрузок, условий обучения и т. д., с тем чтобы предельно минимизировать риск социальной (прежде всего учебной) дизадаптации больного ребенка, предупредить возникновение (закрепление) социальных фобий (в частности, школьной фобии) во время болезненного состояния и нарушенных адаптивных возможностях ребенка.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия.

Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные, полученные при динамическом наблюдении больного, а также сведения со слов родителей, из школьных характеристик.

VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Модель пациента

Категория возрастная: дети

Нозологическая форма: аффективные расстройства

Код по МКБ-10: F32-F34

Синдром: депрессия легкой и умеренной степени.

Стадия синдрома: обострение основных проявлений синдрома.

Осложнения синдрома: без осложнений.

Условия оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь.

1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие у ребенка или подростка признаков сниженного настроения, снижения активности, утраты интересов, социальной дизадаптации, требующих проведения лечения.

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования и лечения в амбулаторных условиях для преодоления социальной дизадаптации или проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, проявляющимися симптомами депрессивного эпизода.

Профильность подразделения: амбулаторные учреждения психиатрического профиля, учреждения психолого-коррекционного профиля.

Алгоритм выбора режима обследования и лечения (амбулаторный или стационарный).

При выборе режима обследования детей с непсихотическими депрессивными расстройствами (помимо юридических критериев) необходимо руководствоваться следующими клинико-психосоциальными параметрами:

Диагностика детей с непсихотическими депрессивными расстройствами должна проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии следующих осложняющих обстоятельств:

- угроза самоповреждающего и/или суицидального поведения;
- угроза витальным функциям ребенка при незначительной глубине собственно депрессивной симптоматики (аноректическая депрессия);
- выраженная глубина социальной дизадаптации и поведенческих расстройств, не соответствующая незначительной глубине собственно депрессивной симптоматики;
- невозможность оказания лечебно-коррекционной помощи в амбулаторных условиях в связи с неблагоприятными семейными обстоятельствами (заброшенность ребенка, отсутствие дееспособных родственников и пр.);
- отсутствие в амбулаторном психиатрическом учреждений возможностей для проведения диагностического обследования согласно протоколу.

1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС	1

A 02. 03. 001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02. 03. 005	Измерение роста	1
A 02. 03. 002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06. 03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	1
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	ЭЭГ	1
A 04.23.001	ЭхоЭС	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 05.23.003	MPT головного мозга	по показаниям
D 12.02.04.	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.02.03.	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30. 010	Нейропсихологическое обследование	по показаниям
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

1.4. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.

Диагностическое обследование и лечение детей с непсихотическими депрессиями в обострении проводится в ситуациях:

- проявления признаков сниженного настроения, снижения активности, утраты интересов, социальной дизадаптации, требующих проведения лечения;

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для диагностики непсихотической депрессии. При необходимости

проведения диагностических медицинских услуг дополнительного ассортимента в условиях амбулаторно-поликлинического звена, предполагается договоренность с другими медицинскими учреждениями, оказывающими данные услуги.

В начале, до контакта с пациентом осуществляется изучение медицинской документации, характеристик из детских учреждений, посещаемых ребенком, а также получение сведений от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни, что позволяет получить объективные сведения, содержащие данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами, в первую очередь, аффективными и личностными; акушерско-гинекологическом анамнезе матери, состоянии ее здоровья до беременности и в период беременности, сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностях постнатального периода; раннем развитии пациента, особенностях и сроках формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведения дома, в организованных детских коллективах; перенесенных верифицированных соматических заболеваниях; особенностях протекания возрастных кризов, об особенностях формирования индивидуальных личностных черт ребенка, школьных навыков, о семейном и социальном статусе включая занимаемое положение в детском коллективе, образование, успеваемость, семейное положение, особенности социального функционирования, взаимоотношения со сверстниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие и сроки психотравмирующих ситуаций; особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации; возрасте, в котором возникли первые признаки заболевания; продромальные явления; когда заболевание впервые было диагностировано; особенностях динамики заболевания; особенностях субъективной оценки своего состояния и оценки состояния больного ближайшим окружением; выполнении терапевтических, психокоррекционных и реабилитационных рекомендаций; переносимости проводимой лекарственной терапии, реагировании на психотерапевтические воздействия; девиантных (в том числе суицидальных) поведенческих тенденциях.

Заполнение родителем опросников Варги-Столина и Эйдемиллера-Юстицкиса с последующим подсчетом общего балла и баллов по отдельным субшкалам позволяет количественно оценить характер внутрисемейных отношений и педагогических подходов, оказывающих влияние на психическое состояние ребенка.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т. е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

При составление родословной пациента необходимо выяснить, нет ли среди его родственников лиц с аффективными нарушениями, в том числе проявлявшимися в детском возрасте, умственно отсталых, психически больных, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений.

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, соответствие массы тела возрасту и росту ребенка, проявления произвольных действий и движений в различных группах мышц, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента во время приема позволяют выявить состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования; сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени; уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции; особенности развития грубой и тонкой моторики; сформированность мыслительных операций; уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума; индивидуальное социальное поведение; особенности мотивационно-потребностной сферы; особенности памяти, внимания, работоспособности; особенности эмоциональных проявлений; у детей школьного возраста проводится оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию; внешние признаки соматического статуса, состояние органов восприятия; поведение больного, его реакция на ситуацию обследования; психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования; доступность в отношении пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним, ее структура; готовность принять психофармакологическую, психотерапевтическую, психосоциальную помощь.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при

патологии ЦНС, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения ЦНС и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы или выраженных проявлений резидуально-органического поражения ЦНС к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт (*консультация терапевта*) и т. д.

Для подтверждения или исключения диагноза непсихотической депрессии вследствие органического поражения ЦНС как причинного фактора (церебрастенический, эпилептиформный и т. п. варианты) дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований: *электроэнцефалографическое, ультразвуковое, реоэнцефалографическое.*

Разработанные паттерны ЭЭГ, характеризующие функциональные нарушения деятельности коры головного мозга и глубинных регуляторных систем разного уровня позволяют дополнить индивидуальную комплексную диагностику субдепрессивных расстройств и дифференциальную диагностику с заболеваниями, проявляющимися депрессивными симптомами.

Показаниями для *медико-генетического консультирования* являются:

- наличие случаев аффективных расстройств в семье;
- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;
- наличие признаков текущего органического процесса..

Медико-генетическое консультирование включает:

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом. Психодиагностическое исследование должно дать информацию об индивидуально-психологических свойствах и психологическом состоянии пациента и его родителей, об особенностях внутрисемейного взаимодействия, которые необходимы для уточнения диагноза

и подбора психотерапевтической тактики. Данные экспериментально-психологического исследования с формированием «психологического/патопсихологического диагноза» обобщаются в заключении психолога. Необходимо решить следующий минимальный набор экспериментально-психологических задач, охватывающий основные сферы психической деятельности: оценка уровня интеллектуального развития; характеристика структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований; характеристика общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти); исследование ассоциативной сферы; исследование эмоционального фона и эмоциональных предпочтений (взаимоотношений); исследование индивидуально-психологических особенностей; исследование особенностей межличностного взаимодействия.

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т. н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка для ее учета при разработке индивидуальной программы психосоциальной коррекции.

1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому немедикаментозному **Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента**

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Терапия семейная	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная	Согласно алгоритму
Терапия психосоциальная	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям

1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с проявлением депрессивных расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (учебные перегрузки,

перегрузки, связанные с дополнительными занятиями, увлечениями, соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);

- начало кризисной фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины возникновения депрессивных расстройств структура терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения, прежде всего семью. В работе с подростками наиболее применима рациональная психотерапия и когнитивно-бихевиоральные методики. Психотерапия детей дошкольного и младшего школьного возраста строится с учетом возрастных особенностей ребенка и особенностей его психического состояния - куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия. В более редких случаях применяется поведенческая терапия, направленная на формирование навыков социального взаимодействия, основанная на теории социального научения, - включает такие директивные поведенческие техники, проводится специально подготовленным медицинским психологом.

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям сути расстройства и его лечения, особенностей построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем). В психотерапевтической работе с семьей, прежде всего с матерями, применяется рациональная и когнитивно-бихевиоральная терапия. Коррекция материнско-детских отношений проводится с помощью релаксационных методик, тренинга позитивных родительско-детских отношений и ориентированных на детский возраст игровых взаимодействий (куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия). Структурная семейная психотерапия основывается на модифицировании и стабилизации границ между внутрисемейными подсистемами и позитивных стереотипов семейного взаимодействия. В процессе «циркулярного интервью» проясняются особенности семейного взаимодействия, «проблемные зоны» в отношениях, чувства и потребности членов семьи. Затем проводится обучение адаптивным способам общения (навыки эмпатического взаимодействия, эффективного самовыражения чувств, решения конфликтов).

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет больным более осознанно принимать предлагаемую, в том числе психофармакологическую помощь, сформировать терапевтический комплайенс, более адекватную критическую оценку своего состояния, оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно

обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

Социотерапевтическая помощь заключается в выработке психиатром рекомендаций для семьи, специалистов смежных профессий и учреждений относительно регулирования учебных и прочих нагрузок, условий обучения и т. д., с тем чтобы предельно минимизировать риск социальной (прежде всего учебной) дизадаптации больного ребенка, предупредить возникновение (закрепление) социальных фобий (в частности, школьной фобии) во время болезненного состояния и нарушенных адаптивных возможностях ребенка.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия.

Если в амбулаторном учреждении налажена психотерапевтическая работа с детьми, пациенты с депрессивными расстройствами могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение депрессивной «аутизации» ребенка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущих к социальной изоляции.

Нейропсихологическая коррекция применяется при выявлении отчетливых нарушений регуляторно-организующих функций тех или иных отделов ЦНС и направлена на компенсацию выявленных нарушений, с тем чтобы исключить их негативное влияние на возникновение и поддержание депрессивного реагирования в случае учебной недостаточности.

1.7. Требования к диагностике и лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
А 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
А 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС и головного мозга	1
А 02.03.001	Измерение окружности головы	по показаниям
А 01.23.003	Пальпация при патологии ЦНС и головного мозга	1

A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03. 005	Измерение роста	1
A 02.03. 002	Измерение массы тела	1
A 02.09.001	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 05.23.001	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 06.03.002	Прием (осмотр, консультация) врача-окулиста первичный	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.015	Составление родословной	по показаниям
B 01. 006. 01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 06.03.006	Рентгенография черепа в одной или более проекциях	по показаниям
A 12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 05.23.002	Электроэнцефалография	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1
A 06.03.002	Реоэнцефалография	по показаниям
A 04.12.001	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 05.23.003	Магнитно-резонансная томография ЦНС и головного мозга	по показаниям
D 12.02.03	Подготовка медицинским психологом заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	1
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1
A 13.30.010	Нейропсихологическое обследование	1
A 13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	1

D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинском учреждении	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессивные препараты	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Психотропные средства (нейролептики)	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму

1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Терапевтическая чувствительность к лекарственным препаратам у детей различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов. При проведении детям психофармакотерапии следует учитывать ряд специфических особенностей:

- специфическое влияние психической патологии в детском возрасте: чем в более раннем возрасте она возникает, чем глубже выражена и чем дольше длится, тем больше вероятность регресса, задержки и искажения развития ребенка, которые могут приобрести необратимый и некорригируемый характер;

- гораздо более высокий, чем у взрослых, клиренс, в связи с чем вероятность накопления психотропных препаратов и соответственно побочных действий и осложнений от их применения у детей существенно ниже и дети лучше переносят относительно более высокие (в весовом эквиваленте) дозировки многих лекарств по сравнению со взрослыми;

- резидуально-органические поражения ЦНС, будучи еще недостаточно компенсированными в раннем возрасте, могут предопределять повышенный риск неврологических осложнений и парадоксальных реакций на применение психотропных препаратов.

- реакции детей на психотропную терапию гораздо более индивидуализированы, чем у взрослых, и соответственно подбор препаратов, их комбинаций и дозировок должен быть строго индивидуальным и как можно менее шаблонным.

- границы возрастных дозировок психотропных препаратов неопределенны и подбор доз должен опираться на уровень индивидуальной переносимости и индивидуальной эффективности

при строгом контроле соматовегетативного состояния ребенка;

- общая закономерность реагирования на психотропную терапию: чем глубже психические нарушения, тем выше толерантность к препаратам в плане возникновения побочных действий и осложнений.

- отсутствие реакции на психотропный препарат (в отношении как позитивного, так и побочного эффекта) вероятнее всего свидетельствует об адекватности лекарства, но недостаточности его дозы.

- в начале психотропной терапии в амбулаторных условиях необходимо использовать препараты и дозировки, дающие минимальный риск побочных явлений, даже в ущерб желаемой собственно психотропной активности;

- эффект выявления на начальном этапе психотропной терапии скрытых психопатологических и личностных расстройств («психофармакологическое демаскирование»).

Принцип минимальной достаточности: основная цель лечения состоит не в полном устранении психопатологической симптоматики, а в достижении адекватной адаптации ребенка в микросоциальном окружении.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение лекарственных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. В амбулаторных условиях оптимальным считается начало с 1/4 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением дозы на каждый третий-пятый день. Особая осторожность в подборе препарата и дозы связана в том числе и с тем, что зачастую у больного и, особенно, его родителей существуют неоправданные опасения в отношении психофармакотерапии, в связи с чем при самых незначительных проявлениях побочных действий препарата нередко вызывает у них негативную реакцию к терапии и отказ от дальнейшего наблюдения и лечения. У отдельных пациентов при лечении депрессивных расстройств не удается подобрать медикаментозное лечение в рамках протокола (рекомендуемые препараты, дозы препарата). В таких случаях возможен выход за рамки протокола с подбором индивидуальных схем лечения.

Лечение непсихотической депрессии начинается с подбора *антидепрессивного препарата* и его дозировки. Наиболее предпочтительными антидепрессантами в плане минимального риска побочных явлений и осложнений при лечении детей в амбулаторных условиях являются в зависимости от характера преобладающего аффекта препаратами выбора **лудиомил** – при тоскливо-адинамическом аффекте (не должен назначаться во второй половине дня), **азафен** – при тревожном аффекте (назначается преимущественно во второй половине дня), **пипразидол** – при смешанном аффекте, **золофт** – может применяться как универсальный антидепрессант при различных типах депрессивных состояний, **феварин** является препаратом выбора при депрессиях с обсессивно-компульсивными расстройствами.

Специфические сложности антидепрессивного лечения детей, прежде всего, и подростков связаны с возрастными особенностями проявлений депрессивного аффекта у них, в связи с чем чаще, чем у взрослых, необходимы дробность и сочетание приема препаратов различного действия в течение суток, более гибкая смена дозировок, более частое сочетание с психотропными препаратами других классов (транквилизаторами, нейролептиками, ноотропами). Из-за плохого самоотчета больных велик риск преждевременного прекращения лечения при внешней нормализации поведения и вегетативных функций, что ведет к возобновлению активных проявлений депрессивной симптоматики. Необходимо иметь в виду и возможный лекарственный патоморфоз депрессивного синдрома в процессе лечения, который может проявляться в том, что на первый план, при редукции собственно психопатологической симптоматики, выходят те или иные соматовегетативные расстройства, то есть депрессия может приобрести «маскированный» характер, чем ввести в заблуждение и родителей больного, и психиатра, которые вместо продолжения антидепрессивной терапии станут искать у ребенка несуществующую соматическую патологию.

Назначение *ноотропных препаратов* преследует двоякую цель. С одной стороны, они могут усиливать и пролонгировать основное действие антидепрессанта, а именно, такие ноотропы, как **аминалон, ацефен, когитум, пикамилон, пирацетам, пиридитол**, особенно последний, назначаются преимущественно в первую половину дня, обладают активизирующим и мягким антидепрессивным действием (депрессии адинамическая, анестетическая, астеноподобная, простая, слезливая, тоскливая), в то время как другие - **пантогам, фенибут**, прежде всего последние два, назначаются с акцентом дозировки на вторую половину дня, способствуют усилению противотревожного, транквилизирующего действия антидепрессанта (депрессии дисфорическая, обсессивно-фобическая, тревожная, Unlust-депрессия). С другой стороны, назначение ноотропных препаратов целесообразно и для достижения их прямого эффекта – улучшения когнитивных функций ЦНС, повышения ее устойчивости к интеллектуальным нагрузкам – в случае возникновения затруднений в интеллектуальной деятельности в рамках таких депрессий, как **«астеническая несостоятельность», ступидная депрессия**. При назначении ноотропных препаратов необходимо применять максимально допустимые возрастные дозировки для получения сколько-нибудь значимого терапевтического (антидепрессивного, транквилизирующего) действия.

Назначение *нейролептических средств* при непсихотических депрессиях применяется для усиления активирующего и антидепрессивного действия (**сероквель, флуспирилен, эглонил**), для усиления противотревожного действия (**сероквель, соннапакс, тизерцин, хлорпротиксен**) основной терапии, при выявлении расстройств круга психических автоматизмов (**рисполепт, этаперазин**), патологических идей либо депрессивного содержания либо неконгруэнтных

депрессии сверхценных и бредовых (**стелазин**), прежде всего в рамках ипохондрических симптомокомплексов, сенестопатий (**комбинация стелазина с этаперазином**), деперсонализационных расстройств (**стелазин, этаперазин**), при расстройствах поведения (**неулептил, сероквель, сонапакс**), при упорных обсессивно-фобических расстройствах (**сероквель**). Как правило, назначаются мягко действующие нейролептики в небольших дозах, не требующих назначения коррекционных препаратов, для стабилизации состояния ребенка или подростка, с тем чтобы сохранялась социальная активность ребенка и чтобы можно было использовать методы немедикаментозной терапии.

Применение *транквилизаторов* ограничено и направлено в основном на уменьшение тревожных, обсессивно-фобических расстройств и нарушений сна – при недостаточной эффективности основной терапии. С целью мягкого психоактивирующего действия назначаются минимально действенные дозы **грандаксина** (назначается в первую половину дня), для достижения противотревожного и антиобсессивного эффекта – **лоразепама, феназепама** (назначаются преимущественно во второй половине дня), при функциональных вегетосоматических расстройствах в рамках «маскированной» депрессии – **седуксена, феназепама**, при нарушениях сна – **нитразепама** (назначается перед сном).

Длительность терапии определяется длительностью депрессивного эпизода и в случае хронификации расстройств может продолжаться месяцами.

Лечение из расчета 30 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**мг	ЭКД***мг ОДД x кол-во дней
*Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	Антидепрессанты		1		
		Сертралин	0,5	50 мг	1500
		Азафен	0,05	75 мг	2250
		Мапротилин	0,25	50 мг	1500
		Пиразидол	0,15	50 мг	1500
		Флувоксамин	0,05	50 мг	1500
	Ноотропные препараты		0,75		
		Фенибут	0,3	1000 мг	30000
		Пантогам	0,3	1000 мг	30000
		Пиридитол	0,2	500 мг	15000
		Когитум	0,1	25 мг	250
		Пирацетам	0,05	600 мг	18000
		Пикамилон	0,02	60 мг	1800
		Аминалон	0,02	500 мг	15000
		Ацефен	0,01	300 мг	9000

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**мг	ЭКД***мг ОДД x кол-во дней
	Нейролептики		0,75		
		Тиоридазин	0,3	25 мг	750
		Трифлуоперазин	0,25	5 мг	150
		Сероквель	0,2	25 мг	750
		Перфеназин	0,15	4 мг	120
		Хлорпротиксен	0,02	30	900
		Рisperидон	0,02	1 мг	30
		Неулептил	0,025	2 мг	60
		Эглонил	0,02	125 мг	3750
		Левомепромазин	0,005	6, 25 мг	187,5
	Транквилизаторы		0,3		
		Феназепам	0,75	0,25 мг	22,5
		Лоразепам	0,1	2,5 мг	225
		Грандаксин	0,1	50 мг	1500
		Нитразепам	0,05	5 мг	150

1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Показаны активизация и стимулирование эмоционально позитивных занятий, максимально возможное ограничение перенапряжений и стрессовых ситуаций, сочетание деятельности (прежде всего обучения) и отдыха, соответствующие объективным возможностям больного, но без создания неоправданно щадящего, ограничивающего или гиперпротективного режима, контроль достаточного количества сна, соблюдения полноценной диеты, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств.

1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны персонала и родственников, а также индивидуальном подходе.

1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Предпочтение пище, доставляющей больному удовольствие, но при сохранении диетической полноценности.

1.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент и его родители дают в случаях, определенных законодательством.

1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов должны быть подробно проинструктированы в отношении режима деятельности и отдыха больного, способах приема лекарств больным, а также проинформированы о возможных

побочных эффектах терапии.

1.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Отсутствие признаков депрессивности у пациента по данным наблюдения не менее 2-3 недель, полное восстановление его активности, упорядоченность в поведении и взаимоотношениях с ближайшим окружением. Больной переводится на консультативное наблюдение. Действие требований протокола прекращается.

При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

1.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 80-90% случаев	Отсутствие признаков депрессивности расстройств поведения	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 5-7,5% случаев	Уменьшение выраженности депрессивных и поведенческих расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дизадаптация	В 0,5-2,5% случаев	Отсутствие положительной динамики состояния, утяжеление состояния	1-3 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5% случаев	Появление осложнений, обусловленных проводимой терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

1.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

2. Модель пациента

Категория возрастная: дети

Нозологическая форма: аффективные расстройства

Код по МКБ-10: F32-F34

Синдром: депрессия легкой и умеренной степени.

Стадия синдрома: обострение основных проявлений синдрома.

Осложнения синдрома: без осложнений.

Условия оказания: стационарная помощь.

2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие у ребенка или подростка признаков сниженного настроения, снижения активности, утраты интересов, социальной дизадаптации, грубых поведенческих нарушений (депрессии адинамическая, дисфорическая, с расстройствами влечений Unlust-депрессия и др.) или тяжелых витальных расстройств (аноректическая депрессия).

2.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

2.3. Требования к диагностике стационарной.

Код	Наименование медицинских работ и услуг	Кратность
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A01.31.015	Составление родословной	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	20
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	20
A 01.22.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии ЦНС	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии ЦНС	1
A 02.09.001	Измерение окружности головы	по показаниям
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	по показаниям
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.03.002	Измерение массы тела	1
A 02.03.005	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02. 03. 005	Измерение роста	1
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	не менее 3 раз
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	не менее 1 раза
B 01.58.01	Прием (осмотр) врача-терапевта первичный	1
A 08.05.004	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1
B 01. 001. 01	Прием (осмотр) врача-гинеколога первичный	1
B 01.23.01	Прием (осмотр) врача-невролога первичный	1
A 01. 31. 015	Составление родословной	1
B 01. 006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	по показаниям
A 12.05..013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	по показаниям
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	по показаниям
A 06.03.002	Прием (осмотр) врача-окулиста первичный	1

A 04.12.001	Исследование глазного дна	1
A 04.12.002	Регистрация электрокардиограммы	1
A 06.03.006	ЭЭГ	1
A 09.23.001	МРТ головного мозга	по показаниям
A 0 04.23.001	Реоэнцефалография	по показаниям
A 09.23.004	ЭхоЭС	1
A 09.23.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекций	1
D 12.01.01	Взятие крови из пальца	не менее 1 раза
A 01.20.003	Взятие крови из периферической вены	не менее 1 раза
A 09.05.026	Рентгеноскопия легких	1
A 09.05..003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05..004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05..006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов крови	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1
A 08. 05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов.	1
A 09.05.002	Оценка гематокрита	по показаниям
A 09.28.017	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.28.019	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.28.022	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09. 28..003	Определение белка в моче	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH)	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 12.05.001	Исследование уровня глюкозы в моче	1
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	по показаниям
A 12..06.03	Реакция Вассермана (RW)	1
A 12.06.016	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
A 09.05.041	Исследование уровня АЛТ в крови	1
A 09.05.042	Исследование уровня АСТ в крови	1
A 09.05..023	Исследование уровня глюкозы в крови	1
A 09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка крови	1
A 09.05.017	Исследование уровня мочевины крови	1
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина крови	1
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина крови	по показаниям
D 12.02.01	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
Д 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	2
D 12.02.03	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	2
A 13.30.010	Нейропсихологическое исследование	по показаниям

D 03. 05	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	не мене 3 раз
D 22.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1

2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

При производстве диагностического обследования пациента в условиях стационарного отделения осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза: психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования врачей-консультантов (невролога, терапевта и др.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных по ряду заболеваний, находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

Наблюдение за пациентом осуществляет не только врачом-психиатром, но и средним медицинским персоналом (свои наблюдения медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за пациентами) .

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования; сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени; уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции; особенности развития грубой и тонкой моторики; сформированность мыслительных операций; уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума; индивидуальное социальное поведение; особенности мотивационно-потребностной сферы; особенности памяти, внимания, работоспособности; особенности эмоциональных проявлений; у детей школьного возраста проводится оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию; внешние признаки соматического статуса, состояние органов

восприятия; поведение больного, его реакция на ситуацию обследования; психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования; доступность в отношении пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним, к собственному поведению, социальной и учебной ситуации, к своему физическому состоянию; отношение к помещению в психиатрический стационар; готовность принять психофармакологическую, психотерапевтическую, психосоциальную помощь.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются депрессивные расстройства, наличие иного заболевания, проявляющегося депрессивными симптомами, рассматриваемого отдельным протоколом ведения психически больных, а также выраженность депрессивной симптоматики и сопутствующих поведенческих и витальных расстройств.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения ЦНС и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (**консультация невролога**). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт (**консультация терапевта**) и т. д.

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

- наличие сходных по клинко-психопатологическим проявлениям случаев психических расстройств в семье;
- сочетания психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента.

Медико-генетическое консультирование включает:

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

При проведении стационарного диагностического обследования проводится **экспериментально-психологическое исследование**, осуществляемое медицинским психологом. Психодиагностическое исследование должно дать информацию об индивидуально-

психологических свойствах и психологическом состоянии пациента и его родителей, об особенностях внутрисемейного взаимодействия, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Данные экспериментально-психологического исследования с формированием «психологического/патопсихологического диагноза» обобщаются в заключении психолога. Необходимо решить следующий минимальный набор экспериментально-психологических задач, охватывающий основные сферы психической деятельности: оценка уровня интеллектуального развития; характеристика структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований; характеристика общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти); исследование ассоциативной сферы; исследование эмоционального фона и эмоциональных предпочтений (взаимоотношений); исследование индивидуально-психологических особенностей; исследование особенностей межличностного взаимодействия.

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т. н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка для ее учета при разработке индивидуальной программы психосоциальной коррекции, осуществляемой во время пребывания в стационаре.

Для уточнения характера органического поражения головного мозга возможно проведение **реоэнцефалографического исследования, МРТ, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга** и других исследований, направленных на уточнение патогенеза гиперкинетических расстройств.

2.5. Требования к лечению стационарному немедикаментозному

Немедикаментозные методы лечения обязательного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Терапия семейная	Согласно алгоритму
Психотерапия индивидуальная	Согласно алгоритму
Терапия психосоциальная	Согласно алгоритму

Немедикаментозные методы дополнительного ассортимента

Наименование метода	Кратность или продолжительность назначения
Психотерапия групповая	По показаниям
Нейропсихологическая коррекция	По показаниям

2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с проявлением депрессивных расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (учебные перегрузки, перегрузки, связанные с дополнительными занятиями, увлечениями, соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало кризисной фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины возникновения депрессивных расстройств структура терапевтических мероприятий дополняется в той или иной степени психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения, прежде всего семью. В работе с подростками наиболее применима рациональная психотерапия и когнитивно-бихевиоральные методики. Психотерапия детей дошкольного и младшего школьного возраста строится с учетом возрастных особенностей ребенка и особенностей его психического состояния - куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия. В более редких случаях применяется поведенческая терапия, направленная на формирование навыков социального взаимодействия, основанная на теории социального научения, - включает такие директивные поведенческие техники, проводится специально подготовленным медицинским психологом.

Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям сути расстройства и его лечения, особенностей построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем). В психотерапевтической работе с семьей, прежде всего с матерями, применяется рациональная и когнитивно-бихевиоральная терапия. Коррекция материнско-детских отношений проводится с помощью релаксационных методик, тренинга позитивных родительско-детских отношений и ориентированных на детский возраст игровых взаимодействий (куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия). Структурная семейная психотерапия основывается на модифицировании и стабилизации границ между внутрисемейными подсистемами и позитивных стереотипов семейного взаимодействия. В процессе «циркулярного интервью» проясняются особенности семейного взаимодействия, «проблемные зоны» в отношениях, чувства и потребности членов семьи. Затем проводится обучение адаптивным способам общения (навыки эмпатического взаимодействия,

эффективного самовыражения чувств, решения конфликтов).

Проведение психокоррекционной работы позволяет больным более осознанно принимать предлагаемую, в том числе психофармакологическую помощь, сформировать терапевтический комплайенс, более адекватную критическую оценку своего состояния, оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

Социотерапевтическая помощь заключается при выписке больного в выработке психиатром рекомендаций для семьи, специалистов смежных профессий и учреждений относительно регулирования учебных и прочих нагрузок, условий обучения и т. д., с тем чтобы предельно минимизировать риск социальной (прежде всего учебной) дизадаптации больного ребенка, предупредить возникновение (закрепление) социальных фобий (в частности, школьной фобии) во время болезненного состояния и нарушенных адаптивных возможностях ребенка.

Пациенты с депрессивными расстройствами могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение депрессивной «аутизации» ребенка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущих к социальной изоляции.

Нейропсихологическая коррекция применяется при выявлении отчетливых нарушений регуляторно-организующих функций тех или иных отделов ЦНС и направлена на компенсацию выявленных нарушений, с тем чтобы исключить их негативное влияние на возникновение и поддержание депрессивного реагирования в случае учебной недостаточности.

2.7. Требования к лекарственной помощи стационарной

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессивные препараты	Согласно алгоритму
Психотропные средства (нейролептики)	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Корректоры нейролептической терапии	Согласно алгоритму
Транквилизаторы	Согласно алгоритму

2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Терапевтическая чувствительность к лекарственным препаратам у детей различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов. При проведении детям психофармакотерапии следует учитывать ряд

специфических особенностей:

- специфическое влияние психической патологии в детском возрасте: чем в более раннем возрасте она возникает, чем глубже выражена и чем дольше длится, тем больше вероятность регресса, задержки и искажения развития ребенка, которые могут приобрести необратимый и некорригируемый характер;

- гораздо более высокий, чем у взрослых, клиренс, в связи с чем вероятность накопления психотропных препаратов и соответственно побочных действий и осложнений от их применения у детей существенно ниже и дети лучше переносят относительно более высокие (в весовом эквиваленте) дозировки многих лекарств по сравнению со взрослыми;

- резидуально-органические поражения ЦНС, будучи еще недостаточно компенсированными в раннем возрасте, могут предопределять повышенный риск неврологических осложнений и парадоксальных реакций на применение психотропных препаратов.

- реакции детей на психотропную терапию гораздо более индивидуализированы, чем у взрослых, и соответственно подбор препаратов, их комбинаций и дозировок должен быть строго индивидуальным и как можно менее шаблонным.

- границы возрастных дозировок психотропных препаратов неопределенны и подбор доз должен опираться на уровень индивидуальной переносимости и индивидуальной эффективности при строгом контроле соматовегетативного состояния ребенка;

- общая закономерность реагирования на психотропную терапию: чем глубже психические нарушения, тем выше толерантность к препаратам в плане возникновения побочных действий и осложнений.

- отсутствие реакции на психотропный препарат (в отношении как позитивного, так и побочного эффекта) вероятнее всего свидетельствует об адекватности лекарства, но недостаточности его дозы.

- в начале психотропной терапии в амбулаторных условиях необходимо использовать препараты и дозировки, дающие минимальный риск побочных явлений, даже в ущерб желаемой собственно психотропной активности;

- эффект выявления на начальном этапе психотропной терапии скрытых психопатологических и личностных расстройств («психофармакологическое демаскирование»).

Принцип минимальной достаточности: основная цель лечения состоит не в полном устранении психопатологической симптоматики, а в достижении адекватной адаптации ребенка в микросоциальном окружении.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение лекарственных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. В стационарных

условиях оптимальным считается начало с 1/2 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением дозы на каждый третий-четвертый день. Особая осторожность в подборе препарата и дозы связана в том числе и с тем, что зачастую у больного и, особенно, его родителей существуют неоправданные опасения в отношении психофармакотерапии, в связи с чем при самых незначительных проявлениях побочных действий препарата нередко вызывает у них негативную реакцию к терапии и отказ от дальнейшего наблюдения и лечения (вплоть до требования немедленной выписки больного из стационара). У отдельных пациентов при лечении депрессивных расстройств не удается подобрать медикаментозное лечение в рамках протокола (рекомендуемые препараты, дозы препарата). В таких случаях возможен выход за рамки протокола с подбором индивидуальных схем лечения.

Лечение непсихотической депрессии начинается с подбора *антидепрессивного препарата* и его дозировки. Наиболее предпочтительными антидепрессантами в плане минимального риска побочных явлений и осложнений при лечении детей в амбулаторных условиях являются в зависимости от характера преобладающего аффекта препаратами выбора **лудиомил**, **мелипрамин** – при тоскливо-адинамическом аффекте (не должны назначаться во второй половине дня), **амитриптилин**, **паксил** – при тревожном аффекте (назначаются преимущественно во второй половине дня), **пиразидол**, **паксил** – при смешанном аффекте, **золофт** – может применяться как универсальный антидепрессант при различных типах депрессивных состояний, **феварин** является препаратом выбора при депрессиях с обсессивно-компульсивными расстройствами.

Специфические сложности антидепрессивного лечения детей, прежде всего, и подростков связаны с возрастными особенностями проявлений депрессивного аффекта у них, в связи с чем чаще, чем у взрослых, необходимы дробность и сочетание приема препаратов различного действия в течение суток, более гибкая смена дозировок, более частое сочетание с психотропными препаратами других классов (транквилизаторами, нейролептиками, ноотропами).

Назначение *ноотропных препаратов* преследует двоякую цель. С одной стороны, они могут усиливать и пролонгировать основное действие антидепрессанта, а именно, такие ноотропы, как **аминалон**, **ацефен**, **когитум**, **пикамилон**, **пирацетам**, **пиридитол**, особенно последний, назначаются преимущественно в первую половину дня, обладают активизирующим и мягким антидепрессивным действием (депрессии адинамическая, астеноподобная), в то время как другие – **пантогам**, **фенибут**, прежде всего последние два, назначаются с акцентом дозировки на вторую половину дня, способствуют усилению противотревожного, транквилизирующего действия антидепрессанта (депрессии дисфорическая, обсессивно-фобическая, тревожная, Unlust-депрессия). С другой стороны, назначение ноотропных

препаратов целесообразно и для достижения их прямого эффекта – улучшения когнитивных функций ЦНС, повышения ее устойчивости к интеллектуальным нагрузкам – в случае возникновения затруднений в интеллектуальной деятельности в рамках таких депрессий, как «астеническая несостоятельность», ступидная депрессия. При назначении ноотропных препаратов необходимо применять максимально допустимые возрастные дозировки для получения сколько-нибудь значимого терапевтического (антидепрессивного, транквилизирующего) действия.

Назначение *нейролептических средств* при непсихотических депрессиях применяется для усиления активирующего и антидепрессивного действия (**сероквель, флуспирилен, эглонил**), для усиления противотревожного действия (**сероквель, сонапакс, тизерцин, хлорпротиксен**) основной терапии, при выявлении расстройств круга психических автоматизмов (**рисполепт, этаперазин**), патологических идей либо депрессивного содержания либо неконгруэнтных депрессии сверхценных и бредовых (**стелазин**), прежде всего в рамках ипохондрических симптомокомплексов, сенестопатий (**комбинация стелазина с этаперазином**), деперсонализационных расстройств (**стелазин, этаперазин**), при расстройствах поведения (**неулептил, сероквель, сонапакс**), при упорных обсессивно-фобических расстройствах (**сероквель**). Как правило, назначаются мягко действующие нейролептики в небольших дозах, не требующих назначения коррекционных препаратов, для стабилизации состояния ребенка или подростка, с тем чтобы сохранялась коммуникативная и учебная активность ребенка и чтобы можно было использовать методы немедикаментозной терапии.

Тем не менее, с учетом индивидуальной чувствительности и дозировок нейролептических препаратов в стационарной терапии нередко возникает необходимость назначения препаратов-*корректоров* нейролептических побочных явлений и осложнений, а именно **циклодола, акинетона**. Определенным корригирующим действием обладают **сонапакс** и ноотропный препарат – **пантогам**.

Применение *транквилизаторов* ограничено и направлено в основном на уменьшение тревожных, обсессивно-фобических расстройств и нарушений сна – при недостаточной эффективности основной терапии. С целью достижения противотревожного и антиобсессивного эффекта назначаются – **лоразепам, седуксен, феназепам** (с акцентом дозировки на вторую половину дня), при функциональных вегетосоматических расстройствах в рамках «маскированной» депрессии – **седуксен, феназепам**, при нарушениях сна – **нитразепам** (на ночь).

Лечение из расчета 30 дней

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**мг	ЭКД***мг ОДД x кол-во дней
*Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	Антидепрессанты		1		
		Сертралин	0,3	100 мг	3000
		Мапротилин	0,25	150 мг	4500
		Амитриптилин	0,2	50 мг	1500
		Пиразидол	0,1	150 мг	4500
		Имипрамин	0,1	75 мг	2250
		Пароксетин	0,025	20 мг	600
		Флувоксамин	0,025	150 мг	4500
	Ноотропные препараты		0,75		
		Фенибут	0,3	1000 мг	30000
		Пантогам	0,3	1000 мг	30000
		Пиридитол	0,2	500 мг	15000
		Когитум	0,1	25 мг	750
		Пирацетам	0,05	600 мг	18000
		Пикамилон	0,02	60 мг	1800
		Аминалон	0,02	500 мг	15000
		Ацефен	0,01	300 мг	9000
	Нейролептики		1		
		Тиоридазин	0,3	75 мг	2250
		Трифлуоперазин	0,25	10 мг	300
		Сероквель	0,2	75 мг	2250
		Перфеназин	0,15	10 мг	300
		Хлорпротиксен	0,02	100	3000
		Рisperидон	0,02	2 мг	60
		Неулептил	0,025	10 мг	300
		Эглонил	0,02	250 мг	7500
		Левомепромазин	0,005	25 мг	750
Корректоры			0,25		
		Циклодол	0,9	4 мг	120
		Акинетон	0,1	4 мг	120
	Транквилизаторы		0,5		
		Феназепам	0,7	1,5 мг	45
		Диазепам	0,2	10 мг	300
		Лоразепам	0,05	5 мг	150
		Нитразепам	0,05	10 мг	300

2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Показаны возможно раннее возобновление в условиях стационара учебных занятий, сочетание деятельности (прежде всего обучения) и отдыха, соответствующие объективным возможностям больного, контроль достаточного количества сна, соблюдения полноценной диеты, контроль со стороны родственников за приемом лекарственных средств. При улучшении

состояния больного постепенное введение более свободного режима содержания, домашних отпусков, пробной выписки.

2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациент нуждается в контроле поведения со стороны персонала, а также индивидуальном подходе.

2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Предпочтение высококалорийной пищи.

2.12. Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола

Добровольное информированное согласие пациент и его родители дают в случаях, определенных законодательством.

2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Дееспособные пациенты и их родственники, а также опекуны недееспособных пациентов при домашних отпусках, пробной выписке больного должны быть подробно проинструктированы в отношении режима деятельности и отдыха больного, способах приема лекарств больным, а также проинформированы о возможных побочных эффектах терапии, опасностях прекращения приема лекарств.

2.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Отсутствие признаков депрессивности у пациента по данным наблюдения не менее 2 недель, полное восстановление его активности, упорядоченность в поведении и взаимоотношениях с ближайшим окружением. Больной переводится на амбулаторное наблюдение. Действие требований протокола прекращается.

При развитии другого заболевания медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями раздела этого протокола ведения больных.

2.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Социальная адаптация	В 80-90% случаев	Отсутствие признаков депрессивности расстройств поведения	2-3 месяца	Исключение пациента из протокола
Частичная социальная адаптация	В 5-7,5% случаев	Уменьшение выраженности депрессивных и поведенческих расстройств	1-2 месяца	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Социальная дизадаптация	В 0,5-2,5% случаев	Отсутствие положительной	1-3 месяца	Ведение пациента по данной модели,

		динамики состояния, утяжеление состояния		повторный курс с изменением терапии
Развитие осложнений	В 0-0,5% случаев	Появление осложнений, обусловленных проводимой терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

2.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко Лечение детей с психосоматическими расстройствами. Санкт-Петербург, 2002.
2. Гиндикин В.Я. Депрессии у детей и подростков / Лексикон малой психиатрии. – М.: Кронпресс, 1997. – С. 455-458.
3. Гудман Р., Скотт С. Депрессия и мания / Детская психиатрия. 2-е изд. Пер. с англ. – М.: Триада Х. – 2008. - С. 118-124.
4. Дробинская А.О. Школьные трудности нестандартных детей. - М.: Школьная пресса, 2006. – 128 с.
5. Иовчук Н.М., Северный А.А., Гериш А.А. и др. Депрессивные расстройства у подростков и школьная дезадаптация / Социальная дезадаптация детей и подростков: причины, проявления, преодоление. - М., 1995. – С. 30-34.
6. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессия у детей и подростков / Лечебная педагогика и психология. Приложение к ж. «Дефектология». Вып. 2. - М.: Школа-пресс, 1999. – 80 с.
7. Иовчук Н.М., Северный А.А. К проблеме дидактогенных расстройств у школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2007 (7), 2. – С. 9-17.
8. Киреева И.П., Осокина Г.Г., Северный А.А.. Скрытые аффективные состояния в подростковом возрасте / Проблемы современной подростковой психиатрии. Мат-лы 12-х Кербиковских чтений. М., 2001. С. 45-50.
9. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева: ВОЗ, 1994. – 208 с.
10. Северный А.А. Применение паксила (пароксетина) у детей и подростков (по данным литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002, 3. – С. 37-42

11. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Ред. С.Ю. Циркин. – СПб., М., Харьков, Минск.: Питер, 1999. – 750 с.
12. Фурман Э.. Некоторые трудности диагностики депрессии и суицидальных тенденций у детей // Журнал практической психологии и психоанализа, № 1, 2003.
13. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 ; 35: 1427-1439.
14. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part II. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1575-1583.
15. Chang KD, Direz-Suar A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M, Ortun F. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord* 2005; 7: 497–506.
16. Courtney DB. Selective serotonin reuptake inhibitor and venlafaxine use in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review of published randomized controlled trials. *Can J Psychiatry*. 2004 Aug;49(8):557-63.
17. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 316: 1559-1563.
18. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 1995;310:897-901 (8 April).
19. McGrath EP, Repetti RL. A longitudinal study of children's depressive symptoms, self-perceptions, and cognitive distortions about the self. *J Abnorm Psychol* 2002 Feb;111(1):77-87.
20. Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. (2008). Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 193: 10-17.
18. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, Childress A, Donnelly C, Deas D; Sertraline Pediatric Depression Study Group. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA* 2003, 290(8), 1033-41.
19. Williamson DE, Birmaher B, Brent DA, Balach L, Dahl RE, Ryan ND. Atypical symptoms of depression in a sample of depressed child and adolescent outpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Oct;39(10):1253-9.