



Департамент образования мэрии города Новосибирска
муниципальное казенное учреждение
дополнительного профессионального образования города Новосибирска
«Городской центр образования и здоровья «Магистр»



Тревожно-депрессивные состояния детей и подростков: причины, пути профилактики и коррекции в условиях образовательной организации

Лях Игорь Вячеславович

психотерапевт психоаналитического направления, действительный член и действительный супервизора
ОПШЛ, психотерапевт Европейского реестра, Председатель Новосибирского регионального отделения ОПШЛ

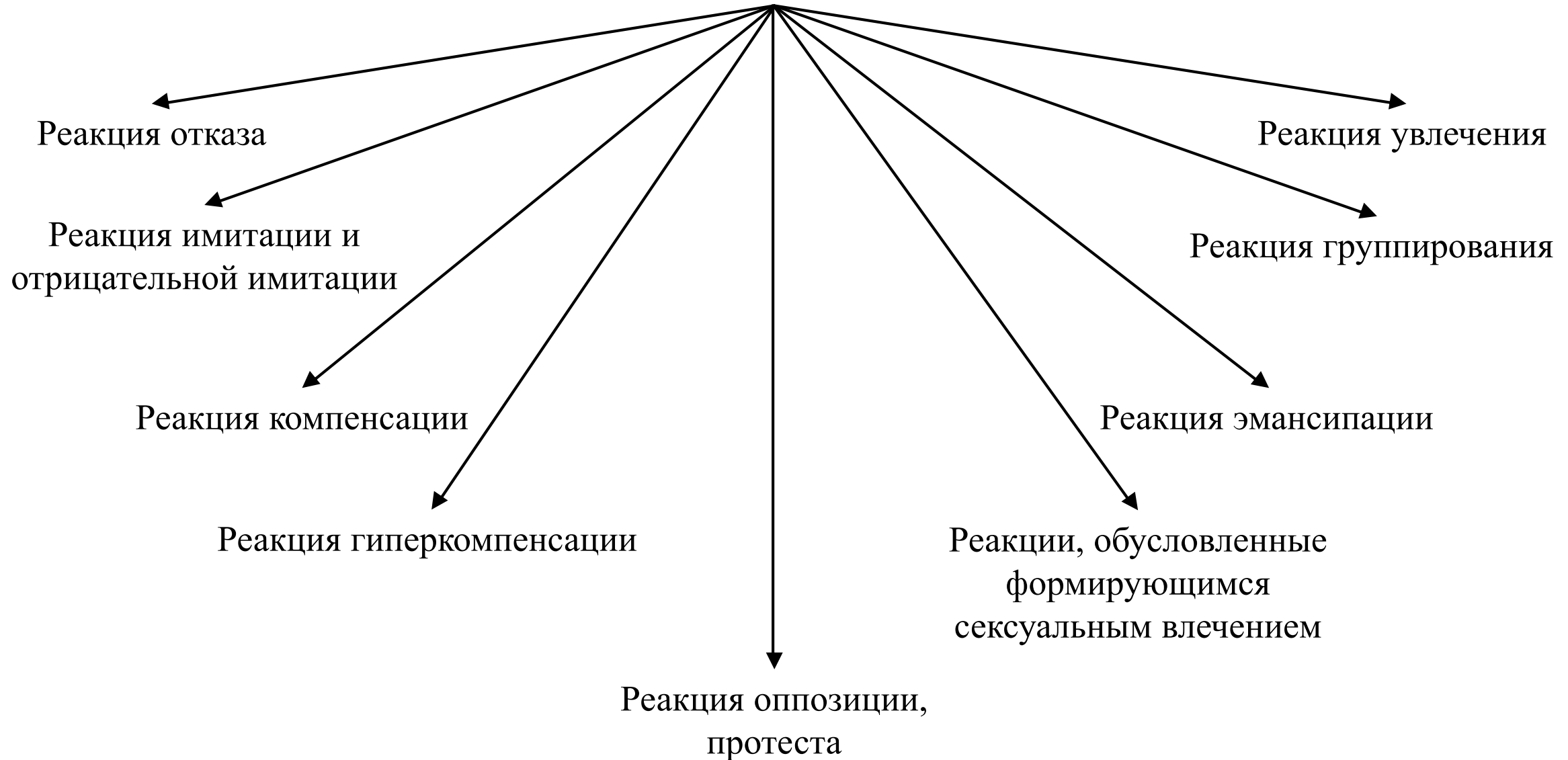
Психологические особенности детей и подростков

- Стремление к самостоятельности и независимости, эмансипации от взрослых, негативизм;
- Чувство взрослости;
- Настойчивое стремление к признанию своей личности взрослыми;
- Потребность «найти свое место», быть значимым;
- Стремление к общению со сверстниками, значимость/зависимость от мнения группы;
- Гиперболизация проблем, низкая стрессоустойчивость, неустойчивый эмоциональный фон;
- Избирательное целенаправленное восприятие;
- Формирование теоретического дискурсивного мышления;
- Увеличение объема памяти, избирательность и точность мнемической деятельности.

Группы интересов (доминанты) подростка по Выготскому Л.С.

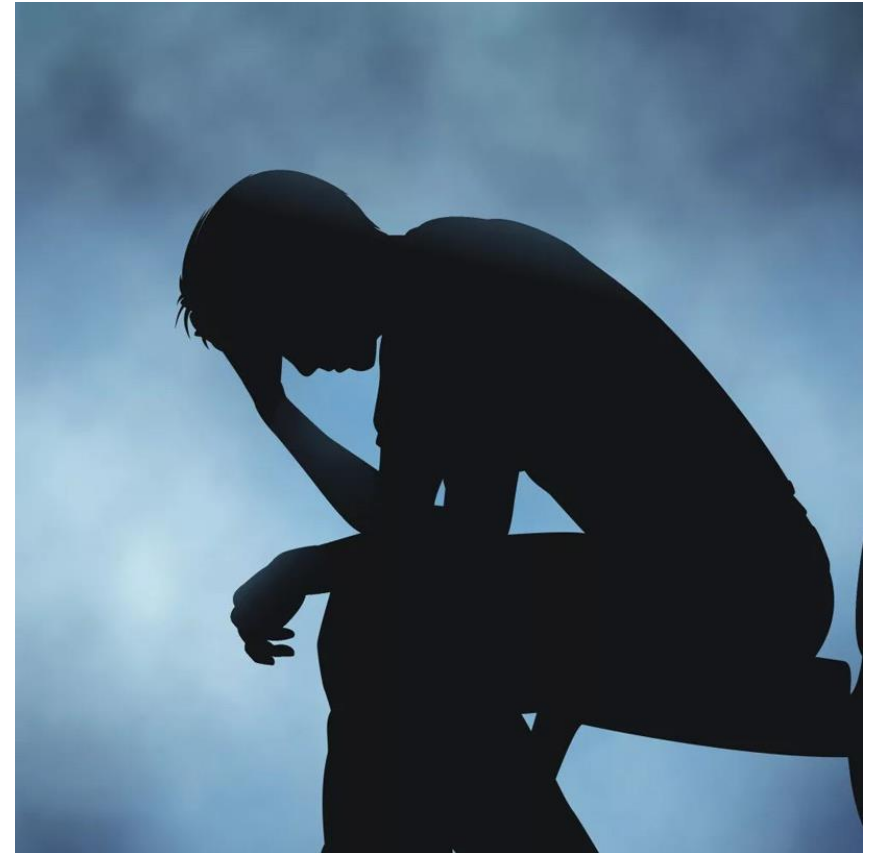
- *Эгоцентрическая доминанта* (интерес к собственной личности)
- *Доминанта дали* (субъективная значимость отдаленных событий)
- *Доминанта усилия* (тяга к сопротивлению, волевому усилию)
- *Доминанта романтики* (тяга к неизвестному, рискованному)

Поведенческие реакции детей и подростков



Определение

- *По определению ВОЗ, **депрессия** – это распространенное психическое расстройство, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания.*
- *По определению Головина С.Ю., **депрессия** – это аффективное состояние, характерное отрицательным эмоциональным фоном, с изменениями сферы мотивационной, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.*
- *По определению Никорчук Н.В., **тревога** – это эмоциональное состояние острого внутреннего беспокойства, связываемого в сознании человека с прогнозированием опасности; **тревожность** – психическое свойство, индивидуальная психологическая особенность проявляющаяся в склонности человека к переживанию тревоги.*



Нормальная и патологическая тревога

Нормальная тревога	Патологическая тревога
Связана с реальной угрожающей ситуацией	Не связана с реальной угрозой
Усиливается при повышении ее значимости	Неадекватна значимости ситуации
Возрастает в условиях дефицита времени и информации	Не определяется дефицитом времени и информации
Реализуется	Активно вытесняется
Проявляется в виде напряженности, сомнений и неприятных предчувствий	Сопровождается чувством беспомощности, ощущением надвигающейся катастрофы, напряженным и истощающим физическим ожиданием неприятностей, овладевающими сознанием озабоченностью и сомнениями
Существенно не нарушает качество жизни и деятельность, непродолжительна и не достигает чрезмерной силы	Существенно нарушает качество жизни и деятельность, продолжительна и сильно выражена, приводит к дезорганизации психической деятельности

Распространенность

По данным ВОЗ, 2019

- Различные тревожные расстройства встречаются у 15-20% детей и подростков, а клиническая выраженность этих расстройств – у 4-8%.
- Большое депрессивное расстройство является ведущей причиной инвалидности среди населения в возрасте от 15 до 44 лет и одной из ведущих причин смертности в этом возрасте.
- Около 11-20% подростков испытывают депрессию в возрасте до 18 лет, 10-15% из них постоянно имеют отдельные симптомы депрессии, а 5% – страдают от клинически выраженной депрессии.
- 8,3% подростков страдают от депрессии в течение не менее одного года. 20-40% подростков будут иметь более одного эпизода в течение двух лет, а 70 % – более одного эпизода до начала взрослой жизни.
- *Самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15-19 лет.*

Причины тревоги у детей и подростков

- Родительская тревожность, стиль воспитания. Наследственная отягощенность по тревожным расстройствам отмечается у 40-50% детей;
- Психотравмирующие ситуации: шоковая, ситуационная кратковременная, хроническая психотравма, эмоциональная депривация;
- Неуравновешенность нервных процессов, чувствительность и эмоциональная возбудимость ребенка, дефицит эмоциональной регуляции;
- Неодобрение со стороны значимых людей;
- Реакция на школьную ситуацию: проверка знаний во время контрольных, ответ учащегося перед классом и страх ошибки, получение «плохой» отметки, неудовлетворенность родителей успеваемостью ребенка;
- Неустойчивость ценностных ориентаций, ранняя профессиональная ориентация;
- Проблема подростковой идентичности;
- Общественное напряжение.

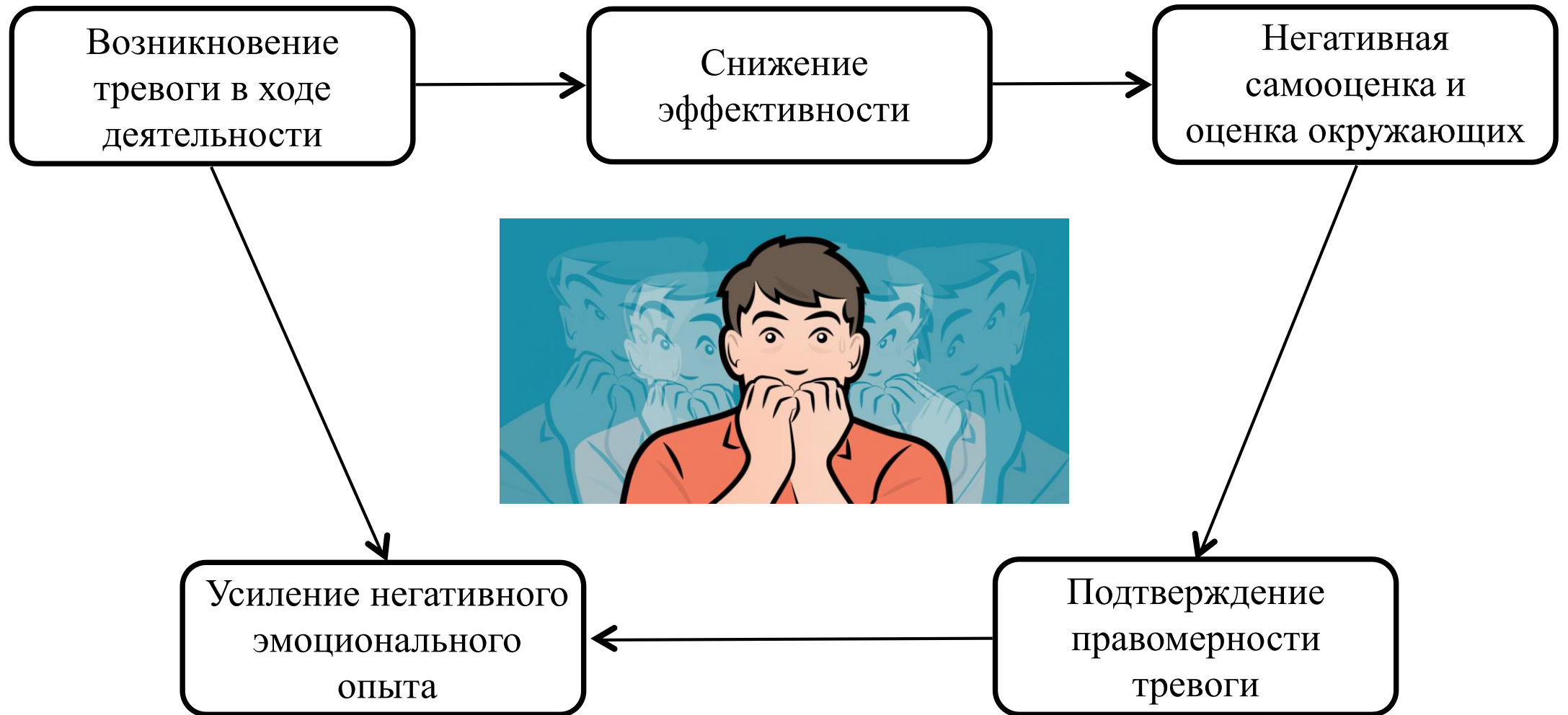
Феномен тревожности

- По Изарду К.Э., феномен тревожности сложен и состоит из доминирующей эмоции **страха** и ее взаимодействия с другими фундаментальными эмоциями. Можно говорить о формах тревожности, если для каждой такой формы выделены комбинации входящих в нее аффектов:

- Страх – Вина
- Страх – Стыд – Вина
- Страх – Страдание
- Страх – Гнев
- Страх – Страдание – Гнев



Социальное отражение тревоги



Происхождение депрессии

Факторы	Описание
Нейро-биологические	Нарушения работы центральных отделов вегетативной системы и гипоталамо-гипофизарной системы; Нарушения выработки серотонина, норадреналина и дофамина
Генетические	Ген (11 хромосома), связанный с биполярным аффективным расстройством; В 75% случаев депрессия развивается у однояйцовых близнецов
Соматические	Физические заболевания; Влияние употребления лекарств и ПАВ
Социальные	Особенности семейной ситуации и воспитания; Физическое, психологическое и сексуальное насилие; Влияние СМИ и гендерных норм; Проблемы взаимоотношений со сверстниками, потеря статуса в группе; Первое возникновение и обострение чувств стыда, беспомощности, безнадежности
События жизни и социальные условия	Хронический и острый стресс; Потери и утраты; Унизительные жизненные ситуации; Недостаток/отсутствие близких отношений; Провоцирование на уголовно наказуемое деяние в ситуации, которая не может быть легко изменена

Признаки депрессии у детей и подростков

Дети

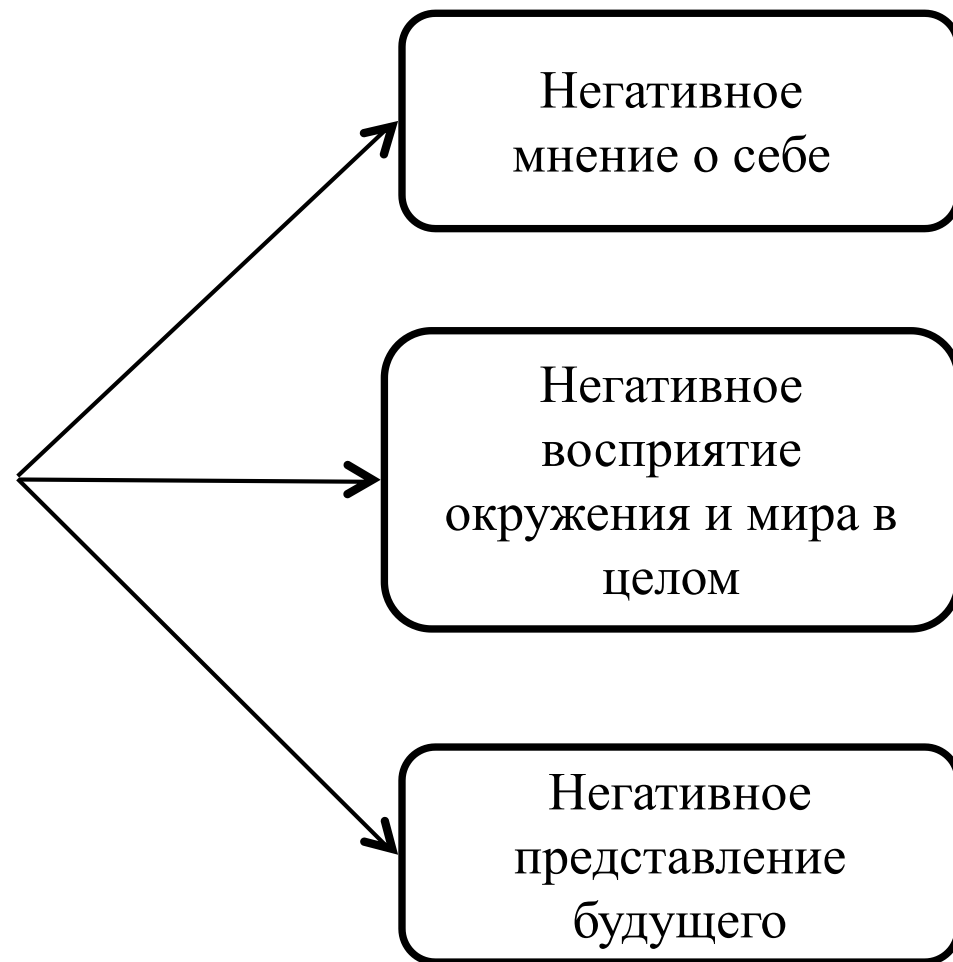
- Отсутствие характерной детской энергии
- Одинаковое выражение лица, тусклые эмоции
- Колебания настроения от печали до вспышек ярости
- Вспышки гнева, драчливость
- Нарушение сна (поверхностность, частые пробуждения)
- Боли в животе, головные боли
- Изменение аппетита (сильное снижение или повышение) с соответствующими изменениями веса
- Сниженное чувство опасности

Подростки

- Доминирование скуки
- Общий фон настроения с преобладанием подавленности, тоски, идеями самообвинения и вины, агрессивными вспышками
- Ощущение душевной боли, безнадежности
- Туннельное мышление
- Нарушение сна, аппетита
- Соматические жалобы
- Фиксация на мелочах
- Отказ от прежних интересов
- Злоупотребление ПАВ

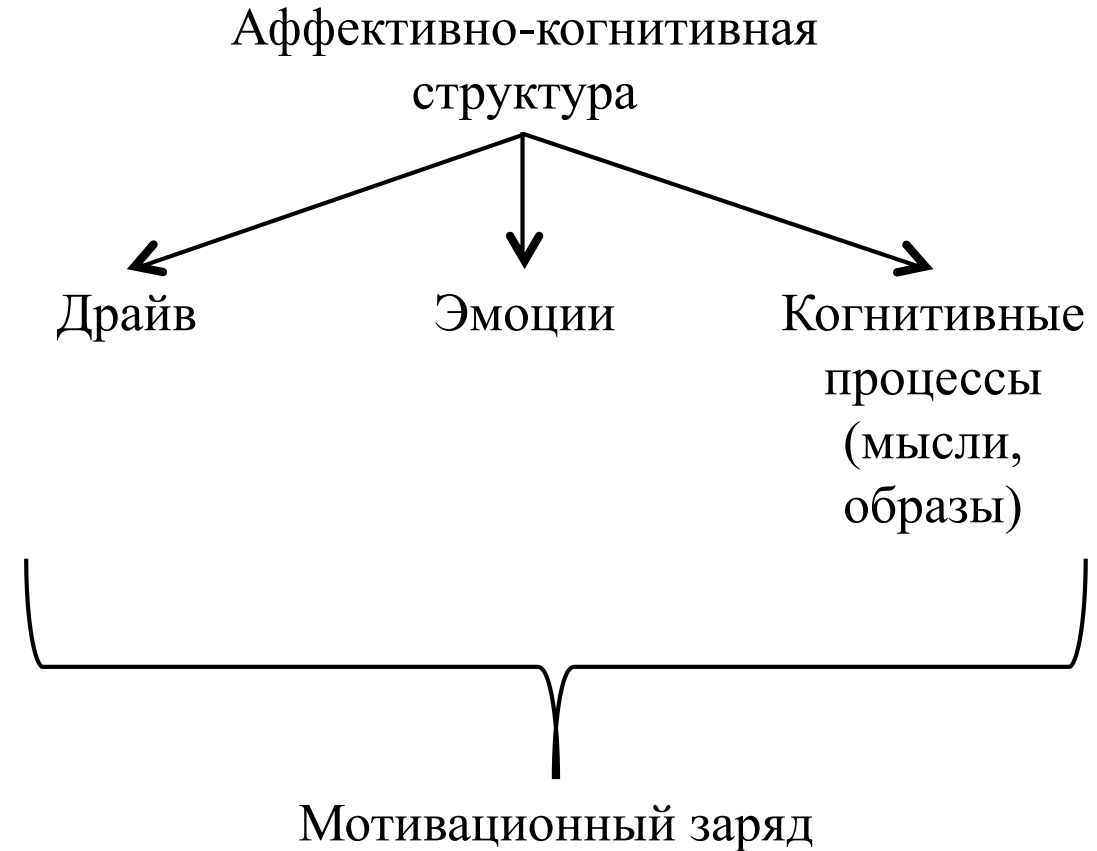
Когнитивная модель депрессии

- По мнению *А. Бека*, депрессия во многих случаях обусловлена и поддерживается дисфункциональными убеждениями, возникающими обычно в детстве вследствие того или иного конкретного жизненного события, ставшего поводом для развития депрессии.
- Дисфункциональные убеждения predispose к искажениям мышления, лежащим в основе «когнитивной триады депрессии»:
- Возможны такие характерные искажения мышления, как *случайность умозаключений*, мышление по типу «*всё или ничего*», чрезмерная генерализация, катастрофизация, избирательная абстракция и преувеличение.



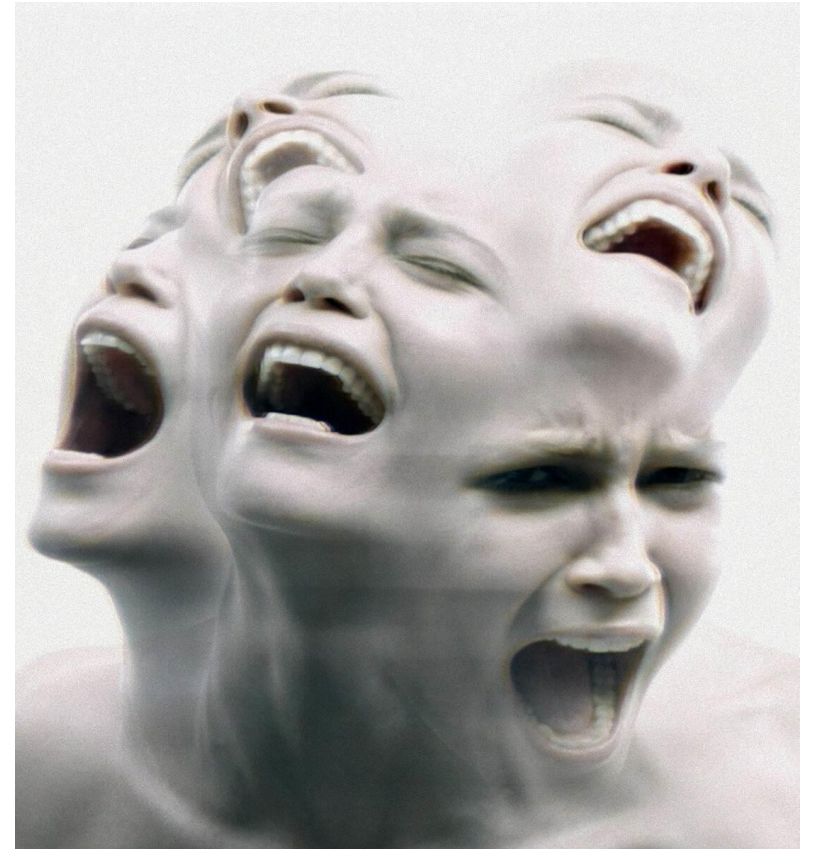
Аффект и аффективно-когнитивная структура

- По *Рубинштейну С.Л.* **аффект** – это кратковременный, бурно и стремительно протекающий эмоциональный процесс, обладающий взрывным характером, который может дать неподчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии.
- Регулярное возникновение определенной эмоции в ответ в конце концов приводит к формированию аффективно-когнитивной структуры.
- При нарастании интенсивности переживания печали, горя возникновение агрессии, гнева снижает их заряд и влияние на состояние человека.



Виды аффекта

- **Физиологический аффект** считается *нормой* и представляет собой соответствующую *взрывную реакцию на раздражитель, отсутствует нарушение сознания.*
- **Патологический аффект** характеризуется *несоответствием силе раздражителя, сужением сознания, нарушением ориентировки, психомоторным возбуждением, речевой расторможенностью, острым завершением (безразличие к происходящему, глубокий сон), подавленностью и амнезией после пробуждения.*
- **Кумулятивный аффект** является *реакцией на длительное воздействие психотравмирующей ситуации или на их неоднократное повторение, характерны частичное сужение сознания, сниженная способность к рефлексии и к оценке.*



Агрессивное и аутоагрессивное поведение

- Тревожно-депрессивные расстройства приводят к формированию или усилению невротических черт личности: *неуверенности в себе, пессимистического взгляда на жизнь, представление мира как опасного и угрожающего*. Такой ребенок всегда мнителен, а мнительность порождает недоверие к другим и страх. Он опасается других, ждет нападения, насмешки, обиды, не справляется с порученным ему делом. Это способствует образованию защитной реакции в виде агрессии, направленной как на себя, так и на других.

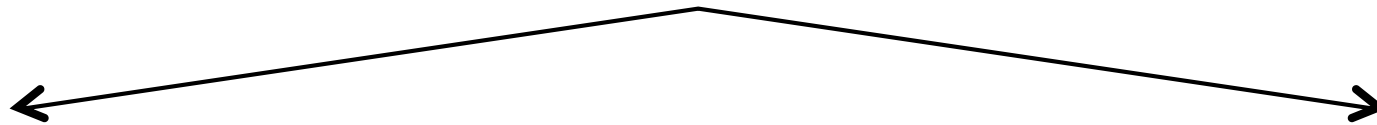
Чувство незащищенности → Страх → Стремление избавиться от страха → Защитно-агрессивные реакции, аутоагрессия



Самоповреждающее поведение

- По Чуевой Е.Н., **самоповреждающее поведение** – ряд аутоагрессивных действий, направленных на сознательное нанесение физического ущерба своему телу, имеющего малую вероятность летального исхода, социально неприемлемое по своему характеру и производимое с целью уменьшить и/или справиться с психологическим дистрессом.
- Эти действия могут управляться как патологическими, так и непатологическими механизмами, выступать в качестве симптома или следствия, быть частью культурных и социальных церемоний, участвовать в идентификационных процессах, связанных с возрастом, гендером, социальным и культурным окружением.

Категории самоповреждений по М. Стронг



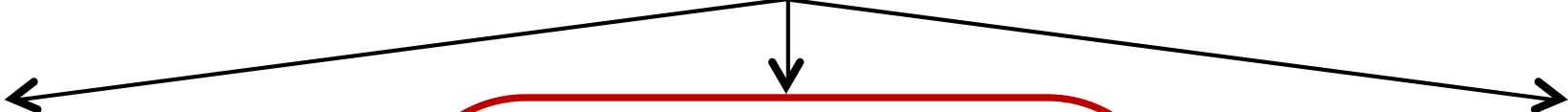
Обусловленные культурным укладом

- Ритуалы
- Обычаи

Девиянтно-патологические

- Значительные
- Стереотипические
- Умеренные поверхностные

Девииантно-патологическое самоповреждающее поведение



Значительные самоповреждения

- Редкие явления удаления глаза, кастрации, ампутации конечностей
- Сопутствующий признак психоза, острой алкогольной или наркотической интоксикации
- Религиозные или сексуальные мотивы

Умеренные поверхностные самоповреждения

- Выдирание волос, расчесывание кожи, кусание ногтей, резанье кожи, прижигание, втыкание иголок, ломание костей
- Может быть сопутствующим признаком ряда психических расстройств, в т.ч. тревожно-депрессивных
- Мотив избавления от сильных переживаний, душевной боли

Стереотипические самоповреждения

- Монотонно повторяемые ритмичные действия (битье головой, конечностями, самокусание)
- Сопутствующий признак умеренной или сильной задержки развития, аутизма, синдрома Туретта
- Мотив сложно определяем

Самоповреждающее и суицидальное поведение

- Самоповреждающее и суицидальное поведение имеют как общие, так и различные признаки.
- И та, и другая формы поведения обусловлены наличием внутриличностного конфликта, сформированного под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств.
- Обе формы поведения имеют свою предысторию полную глубокой душевной боли, на освобождение или уменьшение которой направлены самоповреждающие действия.
- **Ключевое различие в цели** – смерти или членовредительстве. Как правило, люди, которые причиняют себе увечья, не ставят себе целью уход из жизни в данный момент.

Наиболее распространенные формы самоповреждений у подростков

- Самопорезы – до 60%
- Царапание или сжимание кулаков до кровотечения – около 50%
- Расчесывание кожи до крови – 30%
- Сковыривание болячек – 20%
- Самоудары о твердые поверхности – 35%
- Отравления (10%)
- Прижигание кожи (5%)

**по данным исследования Банникова Г.С. и соавт.*

Суицидальное поведение у детей и подростков

- В России самый высокий в Европе уровень самоубийств среди детей и подростков. В России на 100 тыс. – 22,5 случая суицидов среди молодёжи, что превышает средний мировой показатель в 3 раза.
- В год кончают жизнь самоубийством 1500 детей и ещё 4 тысячи совершают попытку самоубийства. По данным ЮНИСЕФ, 45% русских девочек и 27% русских мальчиков хотя бы раз в жизни серьезно обдумывали возможность самоубийства.
- За последнее десятилетие уровень суицидов среди молодёжи вырос в 3 раза.
- Ежегодно каждый 12-ый подросток (15-19 лет) пытается совершить суицид.



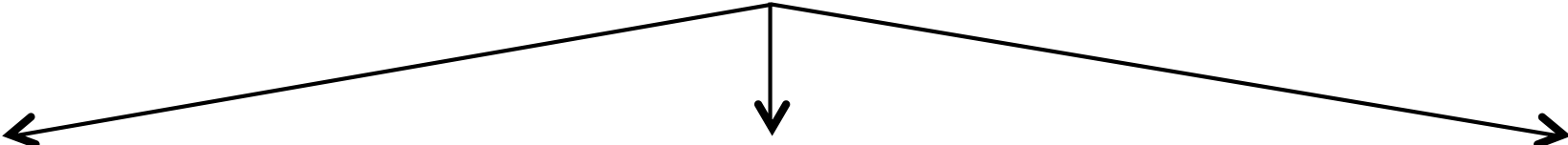
Суицидальное поведение у детей и подростков

- *В детском и подростковом возрасте понятие смерти как действительного конца жизни либо не сформировано, либо сформировано частично.*
- Первая суицидальная активность чаще наблюдается у детей после 9 лет. На более младший возраст приходится 2,5% от общего числа суицидов у детей.
- Суицидальное поведение в подростковом возрасте часто имеет демонстративный характер или характер шантажа. *А.Е. Личко* отмечает, что **лишь у 10% подростков имеется истинное желание покончить с собой** (покушение на самоубийство), **в 90% – это крик о помощи.**
- *А.Е. Личко, А.А. Александров*, проводя обследование группы подростков в возрасте 14-18 лет, пришли к выводу, что **у 49% обследуемых суицидальные действия были совершены на фоне острой аффективной реакции.**
- *Б.Н. Алмазов*, обследовав группу подростков 14-18 лет, умышленно нанёсших себе порезы, установил, что **только 4% из них в момент самопореза имели мысли суицидального содержания.** Большинство же эксцессов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд «братания».

Причины суицида у детей и подростков

- Особенности семейной ситуации – частые конфликты, развод родителей, смерть близкого человека или животного, неприятие системы ценностей старшего поколения, алко- и наркозависимость членов семьи;
- Деадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место ребенка в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний;
- Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой её реализации, а также разрушения адаптивных защитных механизмов;
- Потеря любимого человека;
- Состояние переутомления;
- Уязвленное чувство собственного достоинства;
- Отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
- Различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Суицидально-опасные маркеры у детей и подростков



Эмоциональные признаки

- Безднадежность, ощущение тупика, опустошенность;
- Беспомощность, бессилие;
- Чувство неполноценности, никчемности, незначимости;
- Чувство одиночества и изоляции;
- Переживание горя, тоски, уныния (в т.ч. признаки депрессии);
- Самообвинения;
- Невозможность планировать события жизни;
- Внешняя удовлетворенность и прилив энергии (если решение уже принято)

Поведенческие признаки

- Любые внезапные, резкие изменения поведения;
- Склонность к опрометчивым, безрассудным поступкам
- Расставание с дорогими вещами, приведение дел в порядок;
- Приобретение средств для совершения суицида;
- Потеря прошлых интересов, прекращение общения со сверстниками;
- Употребление алкоголя и ПАВ;
- Сильное пренебрежение внешним видом.

Вербальные признаки

- Разговоры, шутки о желании умереть;
- Яркий пугающий интерес к теме смерти;
- Сообщение о конкретном способе совершения суицида;
- Косвенные намеки о намерении «я больше никого не буду беспокоить»;
- Тихий монотонный голос;
- Уверение в беспомощности и зависимости от других.

Методы работы, профилактики, коррекции

Эффективность оказания помощи коррелирует со временем выявления расстройства

- Своевременное определение проблематики. Примерно 10-20% подростков во всем мире имеют нарушения психического здоровья, которые не диагностируются должным образом и не получают надлежащего лечения (ВОЗ). Обращение к психологу (в т.ч. школьному), психотерапевту, психиатру;
- Информирование родителей и педагогов о присутствующей проблеме в современном мире, о признаках и причинах данных состояний и расстройств;
- Консолидация профессионального сообщества для решения проблемы;
- Проведение профилактических занятий в школе по выявлению уровня аутоагрессии, направленных на снижение предпосылок тревожности, депрессии и агрессии;
- Проведение коррекционно-развивающих занятий для детей с выявленными проблемами.

Спасибо за внимание!

- Банников Г.С., Федунина Н.Ю. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях, 2016 (https://psyjournals.ru/files/83051/kpip_2016_n3_Bannikov_et_al.pdf)
- Изард К.Э. Психология эмоций, 1991 (<http://www.klex.ru/677>)
- Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков, 2018 (<https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnye-rasstroystva-u-podrostkov/viewer>)
- Краснова В.Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам, 2010 (<http://bekhterev.ru/content/43/OT1.pdf>)
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, 2009 (<http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/55>)
- Максименкова Л.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков, находящихся в кризисной ситуации, 2013 (http://edu.pskov.ru/sites/default/files/zdorovie/psihologo-pedagogicheskie_aspekty_profilaktiki_suicidalnogo_povedeniya_nesovershennoletnih.pdf)
- Минутко В.Л. Депрессия, 2006
- Никорчук Н.В. «Проблемы тревоги и тревожности в современной психологии», 2011 (<http://открытыйурок.рф/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8/593440/>)
- Сидоров К.Р. Тревожность как психологический феномен, 2013 (<https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnost-kak-psihologicheskii-fenomen/viewer>)
- Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей, 2001 (https://www.studmed.ru/smulevich-ab-depressii-v-obshchey-medicine-rukovodstvo-dlya-vrachey_5c9db619c09.html)
- Чуева Е.Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков, 2017 (<https://cyberleninka.ru/article/n/samopovrezhdayuschee-povedenie-detey-i-podrostkov/viewer>)
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Анисимова Т.И. Тревога и страхи у детей и подростков, 2016 (<https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2016/1/downloads/ru/031997-729820150117>)



Департамент образования мэрии города Новосибирска
муниципальное казенное учреждение
дополнительного профессионального образования города Новосибирска
«Городской центр образования и здоровья «Магистр»



Тревожно-депрессивные состояния детей и подростков: причины, пути профилактики и коррекции в условиях образовательной организации

Лях Игорь Вячеславович

психотерапевт психоаналитического направления, действительный член и действительный супервизора
ОПЛ, психотерапевт Европейского реестра, Председатель Новосибирского регионального отделения ОПЛ