

3. Bore M., Kelly B., Nair B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study // Adv. Med. Educ. Pract. 2016. V. 2. № 7. P. 125-35. doi: 10.2147/ AMEP.S96802. Collection 2016.
4. Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117-120.
5. Liselotte Dyrbye A narrative review on burnout experienced by medical students and residents/ Liselotte Dyrbye, Tait Shanafelt // 2016 Jan; 50(1):132-49. Doi: 10.1111/medu.12927.

Сведения об авторах

Е.В. Чечкина – студент

Е.О. Серкин – студент

Л.Т. Баранская – доктор психологических наук, профессор

Information about the authors

E.V. Chechkina – student

E.O. Serkin – student

L.T. Baranskaya – Doctor of Science (Clinical Psychology), Professor

УДК: 616.89-085.214-22

СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тамара Алиевна Шамсутдинова¹, Аксунхар Аргынбек², Алина Калыбековна Сивенкова³, Екатерина Ивановна Бабушкина⁴, Ирина Васильевна Гордеева^{5,6}

¹⁻⁵ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», Минздрава России, Екатеринбург, Россия

⁶ ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург, Россия

¹tamaraalievna12@gmail.com

Аннотация

Введение. Тревожные расстройства являются распространенными психическими нарушениями. **Цель исследования** - демонстрация клинического случая пациента, особенности сбора анамнеза заболевания.

Материалы и методы. Объект исследования - история болезни пациента, проходившего лечение в подростковом отделении ГАУЗ СО СОКПБ.

Использовался клиничко-анамнестический метод исследования. **Результаты.** Разбор клинического случая пациента Д., 17 лет, проходившего обследование и лечение в подростковом стационарном отделении. Выявлена связь тревожно-

депрессивного расстройства с психотравмирующими событиями. **Обсуждение.**

На фоне проведения психофармакотерапии (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики), групповых и индивидуальных занятий с психологом, логопедом, а также мероприятий по педагогической коррекции состояние

пациента улучшилось. Выписан от отделения, рекомендована длительная поддерживающая терапия и наблюдение врача-психиатра по месту жительства.

Выводы. Представленный клинический случай продемонстрировал ярко выраженные психосоматические проявления и повышенный уровень суицидальных наклонностей.

Ключевые слова: подростки, смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER IN A TEENAGER: CLINICAL CASE

Tamara A. Shamsutdinova¹, Aksunkhar Argynbyek², Alina K. Sivenkova³, Ekaterina I. Babushkina⁴, Irina V. Gordeeva^{5,6}

¹⁻⁵Ural state medical university Yekaterinburg, Russia

⁶Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russia

¹tamaraalievna12@gmail.com

Abstract

Introduction. Anxiety disorders are common mental disorders. **The aim of the study** - demonstration of a patient's clinical case features of collecting anamnesis of the disease. **Materials and methods.** The object of the study is the medical history of a patient who was treated in the adolescent department of the State Medical Institution with SOKH. The clinical and anamnestic research method was used. **Results.** Analysis of the clinical case of a patient D., 17 years old, undergoing examination and treatment in a juvenile inpatient department. The connection of anxiety-depressive disorder with traumatic events has been revealed. **Discussion.** Against the background of psychopharmacotherapy (neuroleptics, antidepressants, normotimics), group and individual classes with a psychologist, speech therapist, as well as measures for pedagogical correction, the patient's condition improved. Discharged from the department, long-term supportive therapy and supervision of a psychiatrist at the place of residence are recommended. **Conclusions.** The presented clinical case demonstrated pronounced psychosomatic manifestations and an increased level of suicidal tendencies.

Keywords: mixed anxiety-depressive disorder, adolescents.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства являются самыми распространенными среди психических нарушений. Так, 30—40% населения перенесли в жизни хотя бы один тревожный эпизод [1]. Согласно прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. депрессия станет второй (после сердечно-сосудистой патологии) по значимости причиной инвалидности и смертности среди людей во всем мире [4].

Диагноз «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2 по МКБ-10) [2] ставится в тех случаях, когда у больного присутствуют симптомы

как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо, другими словами у них присутствует тревога с физиологическими проявлениями вместе с пониженным настроением, ангедонией, потерей интереса [3;5].

Цель исследования – демонстрация клинического случая пациента, особенности сбора анамнеза заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования - история болезни пациента, проходившего лечение в подростковом отделении ГАУЗ СО СОКПБ г. Екатеринбург. Протокол исследования включал: данные анамнеза, соматический и психический статус.

Использовался клинико-анамнестический метод исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разбор клинического случая: Пациент Д., 17 лет, поступил в подростковое стационарное отделение в экстренном порядке. Предъявлял жалобы на ухудшение состояния в течение месяца: снижение настроения, появление тревожности, периодически наносил самоповреждения (ожоги, порезы). Была попытка самоповешения (сам затянул петлю, потерял сознание). После проведения клинико-анамнестического обследования было выявлено, что представленный клинический случай продемонстрировал ярко выраженные психосоматические проявления и повышенный уровень суицидальных наклонностей. Первый эпизод смешанного тревожно-депрессивного расстройства появился в детском возрасте. Прослеживается связь тревожно-депрессивного расстройства с психотравмирующими событиями.

ОБСУЖДЕНИЕ

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Единственный ребенок в семье. Семья полная, мать инвалид в связи с перенесенным инсультом. От 8 беременности, на фоне гестоза, ГБ 2, МКБ, ХФПН, пиелонефрита, рубцовой деформации шейки матки. Преждевременные роды в 35 недель. Двойное обвитие пуповиной вокруг шеи нетугое. Масса при рождении 1900г, по Апгар 6/8 баллов. Переведен в РАО с Ds: Сочетанная гипоксия средней степени. Отек мозга, церебральная ишемия 2 степени. Недоношенность 1 ст, СЗРП, смешанный вариант. Наблюдался неврологом с рождения с Ds: ПП ЦНС. РЦОН. Раннее развитие по возрасту. Дошкольное образовательное учреждение с трех лет, адаптировался хорошо, рос общительным, неконфликтным. В школу пошел с 7 лет, успеваемость средняя, классы не дублировал, увлекался литературой, историей и иностранным языком, постоянных увлечений нет. Общался со сверстниками, периодически в компании курил. С начала обучения в школе трудности коммуникации. С 10 лет после стрессовой ситуации (грабитель залез в дом) стал замкнутым, малообщительным, снизилось настроение, нарушился сон, была тревожность. Беспокоили навязчивые движения, покачивания, переваливания с ноги на ногу, шумное дыхание, чувство нехватки воздуха, головные боли, утомляемость,

слабость. Наблюдался неврологом, получал НМТ без эффекта. Наркоанамнез: курит с 13 лет, до 10 сигарет в сутки, в настоящее время не курит 3 года. Алкоголь употребляет с 13 лет, частота употребления алкоголя систематически с частотой до 1-3 раз в неделю, месяц, в дозе 0,5-3,0 литра пива, водки до 200-250 мл. Соматоневрологически: соответствует полу, возрасту. По внутренним органам без патологии, без общемозговой и менингеальной симптоматики.

Психически: на беседу с врачом приглашен из игровой, откликнулся сразу. Сознание не помрачено. Встревожен, беспокоен, неусидчив. Зрительный контакт устанавливает, удерживает. Настроение незначительно снижено. Эмоциональные реакции малодифференцированные. В вербальный контакт вступает постепенно. Причиной поступления называет «депрессия», «суицидальные мысли». Свое состояние описывает, как будто «разваливается как песочный замок». Всегда был подавлен, «не умеет работать с эмоциями, так как родители этим не занимались», поэтому он «эмоциональный калека», тут же поясняет, что это значит, что эмоции гипертрофированные. Но последнее несколько месяцев появились всплески тревоги и агрессии: происходит как щелчок, появляется агрессия, направлял ее на себя, например, линейкой бил по пальцам. Причины агрессии: заметил какую-то информацию, комментарий какой-то в интернете, в школе кто-то отодвинул его портфель, стул, это выводит его из себя. 2 недели назад пытался повеситься, но потерял сознание, родители не знают. От родителей скрывают, так как это «люди совершенно другой кондиции». Они не понимают, что такое душевная боль. При этом хочет до них донести до них, что он «болеет». Эти всплески тревоги, агрессии, это все «давят на личность». В результате становится трудно жить с людьми, «хоть я и социофоб, но все равно тяжело». В детстве было страшно общаться с людьми, в переходный период начались переломы психики, «он рос в познании». У него шизотипический склад ума, поэтому не понимал этого раньше. Друзей нет. В возрасте 10 лет, на него напал маньяк, в дом залез, нож к горлу подставил. С этого времени изменился, стал бояться людей, то есть «любой дяденька может оказаться маньячиной». Последние 7 лет не выходит из дома, только ночью. Отмечает, что люди обращают внимание, косятся, обсуждают его. Ходит с наушниками в ушах, в капюшоне. В свободное время спит или читает, например, мелодрамы, драмы. Сейчас в 10 классе, учится удовлетворительно. Уходит с уроков, или не идет в школу, когда испытывает «панику». Чего боится, не может понять. «Обостряется слух», «часто моргает», «быстро говорит», «перебирает с ноги на ногу», боится людей в это время. Но отмечает, что паника может возникнуть, когда он один. По времени продолжается, по час-полтора, пьет пустырник и тенотен, чтобы успокоиться, иногда таблетку феварина, и ложится спать. Частота до 3х раз в неделю. С учителями конфликты в школе, из-за их ошибок в работе, неправомерных действий. Употреблял год спайсы, закончил 5 лет назад, в компании сверстников. Употреблять «траву» начал с 3 года назад, раза два в неделю, дома или когда

тепло, уходит в лес на берег речки. Использует это как антидепрессант, испытывает эйфорию, легкое душевное состояние. Делает это один. Последнее употребление 6 месяцев назад. Алкоголь употребляет с 13 лет, 1 раз в неделю, блейзер, твистер, до 1,5 литра, виски, максимально 2 стакана. Живет с мамой и папой. У мамы инсульт 2 года назад, инвалид 1 группы. Папа на временных заработках. Вместе с папой ухаживает за мамой. Первая суицидальная попытка в 10 лет после того, как напал маньяк, решил повеситься. Последняя попытка неделю назад, последней каплей было подавленное душевное состояние, «сознание сдавливало в комок». Рассказывает про еще 2 попытки повешения, в связи со ссорами с родителями. Собирается переехать после школы в Екатеринбург, сменить круг общения, найти друзей по интересам. Мышление не всегда последовательное, с элементами резонерства, расплывчатости. Суицидальные мысли не отрицает. Интеллектуально-мнестически сохранен. Внимание привлекается легко, отмечаются трудности в переключении, к концу беседы без значительных признаков истощения. Критика формальная. В отделении получал терапию: нейролептики, антидепрессанты, нормотимики; проведены групповые и индивидуальные занятия с психологом, логопедом, педагогическая коррекция. На фоне лечения и реабилитационных мероприятий отмечено улучшение состояния, выписан с положительной динамикой. Рекомендована длительная поддерживающая терапия и наблюдение врача-психиатра.

ВЫВОДЫ

1) Представленный клинический случай продемонстрировал ярко выраженные психосоматические проявления и повышенный уровень суицидальных наклонностей.

2) Первый эпизод смешанного тревожно-депрессивного расстройства у пациента появился в детском возрасте, что подтверждает наличие данной патологии, нежели единичного расстройства тревоги или депрессии.

3) Важным аспектом появления данной патологии служил психотравмирующий опыт, т.к. психологические травмы нарушают работу миндалевидного тела (амигдала).

4) Прослеживается связь тревожно-депрессивного расстройства с психотравмирующими событиями, усугубившие проявления болезни.

5) Панические атаки являются предикторами повторяющегося суицидального поведения.

6) На фоне комплексной психофармакотерапии терапии и проведения реабилитационных мероприятий отмечено улучшение состояния.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Павлинич С. Н. Опыт комбинированной терапии клинически выраженного смешанного тревожно-депрессивного расстройства // Медицинская психология в России. – 2019. – №. 1. – С. 8-8.

2. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (клинический случай) / Сквиря И. М., Абрамов Б. Э., Базан Ю. Ю. и др. // Секция 6 «Неврология, нейрохирургия, психиатрия». – 2020. – С. 88.
3. Салихова Г. А. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство //Наука-шаг в будущее. – 2020. – С. 228-231.
4. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2020/2020-mkb10.pdf?ysclid=11icdzba4s>, свободный. – (дата обращения: 05.01.2019).
5. Priyamvada R., Ranjan R., Chaudhury S. / Biofeedback treatment of mixed anxiety depressive disorder: A case report // Journal of Anxiety and Depression. – 2018. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-5.

Сведения об авторах

Т.А. Шамсутдинова – студент

А.Аргынбек – студент

А.К. Сивенкова – студент

Е.И. Бабушкина – кандидат медицинских наук, доцент

И.В. Гордеева – старший преподаватель, психиатр

Information about the authors

T.A. Shamsutdinova - student

A. Argynbek - student

A.K. Sivenkova - student

E.I. Babushkina - candidate of Medical Sciences, Associate Professor

I.V. Gordeeva - Senior Lecturer, psychiatrist