

УДК: 616.89-072.8: 616.127-005.8

**ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ В
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ****Мухамадиева Н.Б.***Бухарский государственный
медицинский институт, Узбекистан
email: muxamadiyeva.nigina@bsmi.uz***Резюме.**

При анализе психических заболеваний у людей разного возраста выделяют пограничные психические расстройства у подростков по клиническим признакам. Начало психических расстройств в подростковом возрасте - приводит к быстрому развитию патологических симптомов заболевания. В нашей клинической практике сегодня распространены следующие пограничные психические заболевания: личностные особенности, неврозы (обсессивно-компульсивное расстройство), реактивная депрессия. При переходе этих заболеваний в хроническую форму они снижают трудоспособность и уровень жизни. Современные подходы к лечению пограничных психических заболеваний основаны на сбалансированном применении психотерапии, психофармакологических средств.

Ключевые слова: невроз, преморбид, шизоид, ананкаст, депрессия.

Подростковый возраст (10-19 лет) - специфический период становления личности. Разнообразие физических, эмоциональных и социальных изменений, включая бедность, жестокое обращение или насилие, может повысить уязвимость психического здоровья подростков к болезням. Улучшение психологического здоровья подростков и защита их от серьезных потрясений и факторов риска, которые могут повлиять на их шансы на успешное развитие, важны для их подросткового благополучия, а также физического и психического здоровья во взрослом возрасте.

В общей практике пациенты с пограничными психическими расстройствами с большей вероятностью будут диагностированы и вылечены, что требует соответствующей подготовки и глубоких профессиональных знаний от врача. Для современного рационального лечения пограничных психических расстройств необходимы глубокие знания в области психотерапии и психофармакотерапии [1]. Авиценна в своем труде «Канон медицины» предоставил ценную информацию о строении человеческого тела, физиологических процессах в нем и психических факторах, которые

непосредственно с ними связаны, их влиянии на организм человека. В области психологии психические особенности ребенка, его развитие и задержка в развитии давно признаны психологами одной из проблем, заставляющих людей волноваться, правильно наблюдать. Ряд социальных и биологических факторов, таких как хорошо организованное образование, характер семьи и ее членов, социальные группы, в которых общается ребенок, профессия, которую он выбирает, совершенствование внутренних умственных способностей ребенка, формирование личности, самосознания и отношения к другим, безусловно, сказывается на интеллектуальном развитии [2]. Критерии консультации психиатра у пациентов с пограничным психическим расстройством: утомляемость от жалоб, стойкие перепады настроения в течение длительного периода времени, бессонница, заниженная самооценка, дефицит внимания, нервозность, беспокойство, чувство отчаяния. Вегетативные (соматизированные) расстройства, усугубляемые экологическим стрессом, включают, например, тяжесть и боль за грудиной, желудочно-кишечную дисфункцию (запор, диарею, диспепсию), чрезмерное потоотделение, головокружение, головную боль, эректильную дисфункцию и аналогичные вегетативные расстройства. Неудовлетворенность социальными и профессиональными конфликтами проявляется у пациента с нарушением общения в семье и сообществе. Хорошие результаты достигаются при своевременной диагностике и правильном лечении. Прогноз лечения пограничного психического заболевания всегда положительный, равно как и готовность квалифицированного психиатра и пациента оказать помощь [3]. Поддерживающая психотерапия - самый распространенный метод терапии во всем мире. Открытая в начале 2000-х годов, большие успехи были достигнуты в когнитивно-поведенческой терапии. Подростки с CHRB обладают терапевтическим эффектом, самоуправлением, диалектической поведенческой терапией, аналитической терапией и терапией, основанной на внимательности. Диалектическая поведенческая терапия для подростков - это трехнедельная мультимодальная терапевтическая программа, которая включает индивидуальную психотерапию, многосемейные мастер-классы, воссоединение семей и обучение по телефону для пациентов и членов их семей. В течение одного года наблюдения было установлено, что при использовании указанных выше терапевтических методов получены положительные результаты [4]. Пациенты с пограничным психическим заболеванием характеризуются эмоциональной нестабильностью. Эмоциональные изменения происходят быстро и легко. Пациентам часто бывает трудно вернуться в эмоционально стабильное состояние. К ним часто относятся гнев, паника и отчаяние. Пациенты с пограничным психическим заболеванием составляют 10% амбулаторных

направлений, а госпитализированные психиатрические пациенты - 20% [5]. Было отобрано 35 пациентов с пограничным психическим заболеванием, среди которых преобладают расстройства и тревожно-фобические расстройства. После приема некоторых психоактивных средств появляются идеи членовредительства и преходящего соблазна, что в большей степени проявляется в декомпенсации личностных качеств. В таких случаях нам очень помогают психофармакотерапия и психотерапия [6]. Хотя декомпенсация личностных качеств в развитых странах является одним из наиболее часто обсуждаемых психических заболеваний в научной литературе, большинству психиатров трудно ее распознать. Это связано с клиническим полиморфизмом заболевания и регрессивной динамикой психических расстройств [7]. Современное понимание психических заболеваний подчеркивает важность разработки комплексных лечебных вмешательств для решения проблем психического здоровья детей и подростков с учетом их многогранных клинических критериев. Это, в свою очередь, будет связано с развитием многих профессиональных сфер. По данным Всемирной организации здравоохранения, для дальнейшего улучшения показателей психического здоровья медицинским приоритетом является монопрофессионализм, качественная психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация по модели личностной ориентации, широкое распространение и применение психологических методов [8]. К поведенческим расстройствам относятся поведенческие расстройства, которые представляют собой слабые, исчезнувшие формы психических расстройств, расположенные вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной недостаточностью. Сфера таких нарушений очень широка. Среди случаев отклонений от нормы в целом выделяют психогенез, острые травматические расстройства и отклонения психосексуального развития без острых психопатических расстройств. Психогенез - это психическое расстройство, возникающее под влиянием психической травмы, развивающейся на основе особенностей нервной системы и личностных качеств. По своему составу он делится на реактивные состояния, невроты и расстройства личности. Наиболее частыми формами реактивных состояний являются расстройства настроения. Такие люди склонны к сильному волнению или неспособны контролировать себя безразличием. Депрессия на протяжении сотен лет известна как форма болезненного перехода в человеческой психике. Происхождение депрессии древние греки объясняли отравлением черной желчью. Это отражено в его старом названии - меланхолия, «черная желчь». Невротическая депрессия коренным образом отличается от эндогенной депрессии с пропорциональными причинами и невротическими симптомами развития, при которой эндогенная или биологическая депрессия представляет собой глубокое первичное болезненное снижение настроения. Невротическая

депрессия проявляется аффективно под влиянием того или иного психогенного события. Он редко сопровождается витальным горем и депрессией, а чаще грустью или страхом, различными тревогами, жалостью к себе и своей семье, эмоциональной нестабильностью, плачем, снижением умственной и физической активности [9]. Всего для клинико-динамического исследования было отобрано 595 старшеклассников-подростков. По статистике, 273 (45,9%) имели скрытые клинические признаки психического заболевания, 254 (42,7%) имели явные клинические признаки, а группа Психически здоровые подростки составили 68 (11%). Сравнение состояния психического здоровья в 10-11 классах показало значительную распространенность среди учащихся 10-х классов (56,5%) до постановки диагноза нозологического заболевания, а клинические формы пограничных психических заболеваний (59,7%) чаще выявлялись в 11-м классе. Для таких студентов характерны психастенизм, трудности с адаптацией в новом сообществе, обсессивно-компульсивное мышление и преморбидное развитие. Расстройства поведения возникают на основе негативных влияний окружающей среды и эмоциональной лабильности. В результате в поведении подростков нарушаются агрессия, ссоры, непослушание, протестные реакции и межличностные отношения. Гиперкинетические расстройства поведения, смешанное поведение и эмоциональные расстройства выявлены у 1,6% из 3,1% школьников-подростков. Такие подростки склонны к правонарушению и антиобщественной среде. В нашем исследовании у 0,6% обследованных были обнаружены сенсорные нарушения у 1,6% людей и истерические расстройства у 1,2% людей. Для таких подростков характерны нервозность, раздражительность, месть, нестабильность интереса, импульсивность и отсутствие самоконтроля. Подростки этой группы жалуются на повышенную утомляемость, нервозность, сильный плач, бессонницу, периодические головные боли. Эти демонстрации носят эпизодический характер и происходят из-за длительных эмоциональных изменений. С учетом этого были выявлены нозологические формы заболевания. [10]. У подростков до 18 лет выявлены нозологические типы невротических расстройств, на которые приходится половина пограничных психических заболеваний, включая дезадаптивные расстройства (22,1%), неврастению (9,6%) и соматоформные расстройства (8,7%). Клинические испытания составляют 30,1% пограничных психических заболеваний, причем каждый третий пациент заканчивается суицидальными идеями (35,7%). Происхождение этих психопатологических заболеваний тесно связано с демографическим и этническим статусом человека (возрастом, местом проживания, этническим и культурным происхождением). При определении патогенеза пограничного психического заболевания многоступенчатый статистический анализ (78,66%) выявил пять основных факторов: этническая и культурная диссоциация

личности (31,7%), несоответствие состава семьи (18,7%), влияние окружающей среды (9, с. 7%), расстройства рационального мышления (9,3%) и религиозно-этническое безразличие (9,2%). [11]. К ним относятся самые разные психопатические формы поведения: параноидальное, шизоидное, эмоциональная лабильность, ананкаст и другие. Для таких пациентов характерен паттерн личностных качеств, сформированный на основе врожденной или преждевременной недостаточности нервной системы и вредных воздействий окружающей среды. Основные клинические проявления патологии личностных качеств связаны с сенсорными нарушениями, бессонницей, патологическими реакциями и декомпенсацией личностных качеств. Согласно критериям ICT-10, патология личностных черт понимается как специфическое расстройство личности, почти всегда сопровождающееся значительной дисгармонией в личных позициях и личном поведении, нарушением личностной и социальной адаптации, а также личной и социальной фрагментацией. [12]. Пограничные психические заболевания проявляются в форме самокомпенсации в раннем возрасте, что приводит к поведенческим расстройствам, грубым поведенческим расстройствам и стойкому социальному дискомфорту. Развитие пограничного психического заболевания зависит от: негативного образа жизни, частых семейных конфликтов, плохих стратегий обучения, физических недостатков, соматических заболеваний и плохого воспитания. Декомпенсация личностных качеств характеризуется своей пластичностью, имеющей лучший прогноз при изменении условий жизни. Не все пациенты с расстройством личности обращаются к психиатру, с чем мы часто сталкиваемся в состоянии декомпенсации болезни или во время медицинского освидетельствования преступного деяния. По этим причинам сложно определить степень распространенности патологии личностных качеств. Распространенность расстройства личности составляет в среднем от 5 до 10 на 1000 населения. По статистике заболевание чаще встречается у мальчиков, чем у девочек [13]. С целью ранней диагностики и лечения пограничных психических заболеваний рекомендуется участие психиатра в профилактических осмотрах в образовательных учреждениях, при которых выявляются первые признаки и группы риска психических заболеваний. Соответственно, на основании специального обследования определяется степень заболеваемости и разрабатываются лечебные мероприятия [15]. Подростковый возраст характеризуется резкими изменениями в поведении, которые можно легко обнаружить, наблюдая за каждым подростком со стороны. Основываясь на взглядах психологов, следует отметить, что существует два типа воспитательного воздействия на формирование личности подростка: социальные и биологические факторы. К социальным факторам относятся: переход в общую

среднюю школу и связанные с этим изменения в учебной деятельности, общении с учениками и учителями; роль подростка в семье также изменится в результате более самостоятельной и практической работы; они начинают доверять ему все больше и больше по мере роста его физических и умственных способностей. К биологическим факторам относятся: начало полового созревания, а также физическое развитие всех органов [16]. Принято считать, что женщины более склонны к депрессивным расстройствам, чем мужчины. Анализ клинико-динамических наблюдений за подростками в возрасте 13–19 лет показал, что девочки больше склонны к депрессии. У мальчиков более распространено воздействие антиобщественной среды. Согласно классификации, разработанной Американской ассоциацией психиатров, отклонения в поведении человека, социальная дезадаптация, то есть люди с пограничной психической патологией, чаще встречаются в подростковом или раннем взрослом возрасте. Их патохарактерологические свойства сохраняются в течение длительного времени, поэтому такие пациенты не могут адаптироваться к требованиям общества. Исследования показывают, что у 10% пациентов, находящихся под наблюдением в психиатрических лечебных учреждениях, и у 20% госпитализированных пациентов есть пациенты с пограничной психической патологией. За последние 10 лет пограничные психические заболевания у женщин наблюдались в три раза чаще, чем у мужчин [18]. Согласно литературным данным, рост пограничных психических расстройств среди людей всех возрастов, особенно подростков, остается актуальной проблемой для современной медицины. Однако выявление пограничных психических заболеваний у старшеклассников изучалось на основе официальной статистики. Очень важно раннее выявление клинических проявлений пограничного психического заболевания в детском и подростковом возрасте и своевременное оказание психиатрической помощи. Экопатогенные, макро- и микросоциальные факторы, биологические и психологические факторы влияют на психическое формирование подрастающего поколения [19]. Наиболее частыми случаями пограничных психических расстройств являются: расстройства, расстройства, характерные для соматических заболеваний. Психогенный фактор и конституциональные особенности человека важны для декомпенсации пограничных психических расстройств. [20,21].

В заключение необходимо уделить больше внимания взаимосвязи поведенческих и психиатрических факторов в диагностических критериях патохарактерологических реакций. В этом случае стрессовый (акцентированный) человек более подвержен патохарактерным реакциям. Согласно критериям ИСТ-10 это заболевание относят к личностным качествам. Патология личностных черт чаще встречается в подростковом возрасте, чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Отличие патологии личности от других

психических заболеваний в том, что не наблюдаются острые психопатологические расстройства, идеи соблазна, галлюцинации, психические расстройства. Человеку сложно примириться с окружающим его сообществом и он не может адаптироваться к запросам общества. Правильная организация мероприятий психопрофилактики и психотерапии играет важную роль в профилактике этих заболеваний. Психопрофилактические меры требуют, прежде всего, выяснения и изучения микросреды и семейных отношений, в которых растет или воспитывается подросток, во-вторых, индивидуальной семейной психотерапии: специальных интервью с каждым членом семьи, в-третьих, рациональной психотерапии, психофармакотерапии и психотерапии с подростком. Если подросткам по месту учебы будет предложена новая форма внебольничной помощи, будут внедрены совместные действия психологов, психиатров и педагогов, что, безусловно, окажет положительное влияние. Это, в свою очередь, значительно повышает эффективность учебно-педагогических показателей, улучшает жизнедеятельность, трудовую активность, общение с людьми и адаптацию к новым формам обучения.

Литература

1. А.Б. Смулевич. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. М. 2000.
2. А. Нурмаматов. Боланинг шахс сифатида шаклланишидаги айрим психологик муаммолар. Замонавий таълим, журнал 2015й.
3. Быков А.П. Пограничные психические расстройства в современной клинической практике. Волгоград. 2018.
4. Джеймсл Джекобсон, Алан Мджекобсон. Секреты психиатрии. М. 2007.
5. Д.В.Романов. Клинические варианты декомпенсации у пациентов, страдающих пограничным расстройством личности. 2009.
6. Д.В.Романов. Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности. 2015.
7. Е.В.Корен. Подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервнопсихическими расстройствами. 2011.
8. Н. Е. Львович. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен. 2006.
9. Н.Я.Оруджев. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. Вестник журнал. 2008.
10. Н.М. Попова. Непсихотические психические расстройства в подростково-юношеском возрасте. 2013.
11. Н.М. Нагметов. Ўсмир йигитларни мустақил ҳаётга тайёрлашнинг илмий назарий асослари. Замонавий таълим, журнал. 2017.

12. Н.А. Мазаева. Подростковые депрессии: взгляд на проблему (по данным зарубежных публикаций). 2017.
13. С.Я.Христофорова. Пограничные состояния и их диагностика у сотрудников правоохранительных органов. 2006.
14. Э.А. Филиппова. Пограничные психические расстройства у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы. 2010.
15. Ю. А. Александровский. Пограничные психические расстройства. 2000.
16. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? Clin Neuropsychiatr. 2005.
17. Ougrin D, Latif S. Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. Crisis. 2011.