

УДК 616.89-06:616

Рустамов Икрам Рагимович

Исследование различий между самооценкой ребёнка и результатами клинического обследования при детской депрессии

Азербайджанский медицинский университет, кафедра психиатрии, г. Баку, Республика Азербайджан

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):136–138

Цель: выявить различия между самооценкой ребёнка и клинической оценкой и обсудить возникающие в связи с этим проблемы.

Пациенты и методы. В исследование были включены 15 мальчиков и 10 девочек в возрасте 7–12 лет, обратившиеся с жалобами на потерю интереса, замыкание в себе, снижение успеваемости на кафедру детской психиатрии. Контрольную группу составили 14 мальчиков и 11 девочек такого же возраста. Всем детям проводилось исследование с использованием шкалы измерения поведения для детей и подростков в возрасте 6–18 лет, шкалы депрессии для детей, шкалы интеллекта для детей Векслера.

Результаты. После психиатрического клинического обследования больным был поставлен диагноз «Большой депрессивный эпизод» (БДЭ). Средний балл по ШДД в основной группе составил 13,52, а в контрольной — 5,96. Некоторые дети из основной группы не прошли проходной балл по ШДД. Помимо депрессивного расстройства, наиболее часто встречающимися психическими заболеваниями являлись дистимическое и тревожное расстройства. У детей контрольной группы психических расстройств не обнаружено.

Выводы. Используемые шкалы являются довольно популярными в детской психиатрии, однако существует необходимость использования в исследованиях более точных и применяемых в различных областях шкал.

Ключевые слова: детская депрессия, самооценка, шкала измерения.

Введение

Депрессивное расстройство (ДР) является одним из расстройств, классифицируемых в группе аффективных заболеваний. Основными симптомами этого расстройства являются подавленное настроение, тоска, негативные изменения мышления, упадок сил, недостаток энергии и характеризуются замедлением речи, двигательной активности, умственной работоспособности и т.д. Симптомы заболевания серьезно нарушают социальную жизнь и функциональность больного [7,9].

Несмотря на то, что наблюдаемая у детей депрессия имеет сходство с таковой у взрослых, она может иметь различные признаки в зависимости от возраста ребёнка. Детская депрессия имеет очень широкий спектр действий. Наряду с психосоциальной заболеваемостью, ДР оказывает отрицательное влияние на рост и развитие ребёнка, на его общение в семье и со сверстниками, приводит к нарушению учебного процесса в школе.

У этих детей очень высокий риск суицида. Некоторые дети сталкиваются с серьезными проблемами в проявлении вербальных эмоций. По этой причине у них часто наблюдаются соматические жалобы, такие как боли в животе, головные боли, боли в ногах. Некоторые ДР у детей сопровождается и другими психическими заболеваниями, такими как тревожное состояние, проблемы адаптации, дефицит внимания — синдром гиперактивности, дислексия, слабоумие и др.

Для постановки диагноза ДР у детей параллельно с основными критериями, такими как клиническое обследование и международные диагностические классификации, используют и вспомогательные критерии, включающие клиническую оценку больного или шкалу самооценки.

Целью исследования было выявить различия между самооценкой ребёнка и клинической оценкой и обсудить возникающие в связи с этим проблемы.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 15 мальчиков и 10 девочек в возрасте 7–12 лет, обращавшиеся с такими

жалобами, как потеря интереса, замыкание в себе, снижение успеваемости, на кафедру детской психиатрии медицинского факультета Джаррахпаша Стамбульского Университета с октября 2008 года по май 2009 года. После психиатрического клинического обследования больным был поставлен диагноз «Большой депрессивный эпизод» (БДЭ). Контрольную группу составили 14 мальчиков и 11 девочек того же возраста, у которых после обследования не было выявлено психических заболеваний.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст 7–12 лет.
2. Диагноз БДЭ на основании критериев DSM-IV.
3. Ненарушенные зрительная и слуховая функции.
4. Интеллект в норме или выше нормы (уровень интеллекта по шкале интеллекта Венслера 85 и выше).
5. Информированное согласие родителей.

Использованные рейтинговые шкалы:

1. **Структурное клиническое наблюдение.** Для выявления сопутствующей патологии детям с диагнозом БДЭ было проведено клиническое наблюдение и MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). MINI была составлена в 1990 году Sheehan для постановки психиатрического диагноза и согласована с DSM-IV и ХБТ-10 [6,10]. Исследование продолжается 20 минут. В исследовании использовались шкала измерения поведения для родителей.

2. **Шкала измерения поведения для детей и подростков в возрасте 6–18 лет.** Шкала измеряет проблемное поведение детей и подростков 6–18 лет на основании данных, полученных от родителей [1,4]. Шкала состоит из 113 проблемных пунктов. Проблемное поведение оценивается в 0, 1, 2 балла по частоте на протяжении последних 6-ти месяцев. Эти пункты группируются в несколько подпунктов. В шкале баллы подсчитываются по двум противоположным признакам — интроверты и экстраверты.

3. **Шкала депрессии для детей (ШДД)** наиболее часто используется при депрессиях у детей и изучает психометрические особенности, составлена на основании шкалы депрессии Бека [5,8]. Состоит из 27 пунктов, каждый из которых содержит по 3 подпункта. От больного требуется

Таблица 1
Возраст и пол

Пол		Количество (n)	Средний возраст (мес.)	Общий средний возраст (мес.)
Девочки	Основная	10	109,4	
	Контрольная	11	117,9	
Мальчики	Основная	15	113,13	
	Контрольная	14	119,35	

Таблица 2
Шкала депрессии для детей

Группа	N	Минимум	Максимум	Среднее число	Стандартная погрешность
Основная	25	6	37	3,52	7,96
Контрольная	25	2	11	5,96	2,68

выбрать наиболее подходящий ему в течение последних двух недель пункт. В зависимости от интенсивности жалоб эти пункты оцениваются по 0, 1, 2 балла. Проходной балл составляет 19 (19 баллов и выше указывают на депрессию).

4. Шкала интеллекта для детей Векслера была изобретена в 1974 году [11]. Применяется лишь у детей от 6 до 16 лет. Состоит из 12 подтестов.

После первичного осмотра больных, на основании результатов собеседования по критериям DSM-IV, семьи детей, обратившихся за помощью, которым был поставлен диагноз БДЭ, были проинформированы по поводу исследования. Далее при помощи MINI у этих детей и в их семьях были исключены другие психические заболевания. Психологами клиники был определен интеллектуальный уровень детей посредством шкалы интеллекта для детей Векслера. Дети с уровнем интеллекта ниже 85 не были включены в исследование. Затем у всех детей была применена ШДД. Такое же исследование проводилось в педиатрической поликлинике детям контрольной группы, у которых не было выявлено каких-либо психических проблем.

Анализ результатов проводили при помощи компьютерной программы пакет SPSS. Для сопоставления параметрических данных был использован «независимый пример t-тест» (independent samples t-test). Для измерения статистической разницы тестов был получен коэффициент 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании, помимо 25-ти детей в возрасте 7–12 лет с диагнозом БДЭ, были также учтены 25 детей без каких-либо заболеваний. Из них 29 мальчиков (58%), 21 девочка (42%). Среднее возрастное число группы составило 115,18 месяца (табл. 1).

У исследуемых детей тяжесть депрессии определялась по ШДД Ковакса. Средний балл по ШДД в основной группе составил 13,52, а в контрольной — 5,96 (табл. 2). Некоторые дети из основной группы не прошли проходной балл по ШДД. Прошли проходной балл 7 детей, не прошли — 18.

Целью исследования было обсуждение проблем, возникших в результате изучения различий между самооцен-

кой ребенка и клинической оценкой. Самой значимой из них являлось недостаточное количество литературы, посвященной этому вопросу. Другая проблема заключалась в недостаточном количестве детей младшего возраста с изолированным клиническим диагнозом БДЭ.

В работе с депрессивными детьми одной из основных проблем является их моторное торможение. Также огромного труда стоило привлечение этих детей в исследование, что может повлиять на его результат.

В ходе исследования MINI из 25-ти детей основной группы с БДЭ при самооценке по ШДД только у 7-х прохождение проходного балла привлекает внимание, будучи темой, изначально порождающей вопрос. При этом одной из самых значимых причин, при заполнении более одной шкалы детьми, становится возможным, проведение исследования в широких пределах проводя определенные нейрокогнитивные тесты, вследствие которых можно указать на утомляемость обследуемых.

Второй значимой причиной являлась недостаточная мотивация в больничных условиях вследствие малого возраста детей.

Следующей проблемой является коморбидность. Это очень сложное обстоятельство, так как в большинстве случаев депрессивным детям свойственна высокая коморбидность. Мы включили в исследование депрессивных детей без какого-либо коморбидного диагноза. Наиболее частыми психическими заболеваниями, помимо ДР, в группе исследования являлись дистимическое и тревожное расстройство [2]. Помимо тревожного расстройства, одновременно с ДР также могут встречаться такие патологии, как проблема адаптации, дефицит внимания и гиперактивность, дислексия, слабоумие и расстройство общения. У младших детей вместе с ДР самым частым психическим заболеванием, связанным с расставанием, является тревожное расстройство [5]. Учитывая усиление депрессивной симптоматики коморбидностью, можно связать возможное непрохождение проходного балла ШДД детьми основной группы с диагнозом БДЭ с отсутствием коморбидных диагнозов.

Вследствие малого количества депрессивных детей, прошедших проходной балл, проведение статистической оценки было невозможным. В то же время этот факт свел на нет шанс сравнения статистической разницы между основной и контрольной группами в нашем исследовании по ШДД.

Выводы

Таким образом, в нашем исследовании возникли следующие ограничения. Наибольшее внимание привлекает малая численность исследовательской группы. Необходимо проверить полученные данные в исследовании с большим количеством участников. Несмотря на то, что использовавшиеся шкалы являются довольно популярными в детской психиатрии, существует необходимость использования в исследованиях более точных и применяемых в различных областях шкал.

ЛИТЕРАТУРА

- Achenbach T. M. Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile / T. M. Achenbach. — University of Vermont, Department of Psychiatry. Burlington, VT, 1991.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders // J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. — Vol. 37. — P. 1234–1238.
- Aysev A. S. Cocuk ve Ergen Ruh Sagligi ve hastaliklari / A. S. Aysev, Y. I. Taner. — Asimetrik Paralel Yayınevi, Ankara, 2007.
- Child Behaviour Checklist Findings Further Support Comorbidity between ADHD and Major Depression in a Referred Sample / Biederman J., Faraone S., Mick E. [et al.] // JAACAP 1996. — Vol. 35. — P. 6.
- Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders / Kovacs M., Gatsonis C., Paulauskas S. L.,

-
- Richards C. // Arch Gen Psychiatry. — 1989. — Vol. 46. — P. 776—782.
6. Engeler A. (2004). M.I.N.I. Araclari Turkce Uyarlama 5.0.0.
7. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health / Rey J. M. (editor); International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). — Geneva, 2012.
8. Kovacs M. Stability and change in childhood-onset depressive disorders: Longitudinal course as a diagnostic validator / M. Kovacs, C. Gatsonis // The validity of psychiatric diagnosis / L. N. Robins, J. E. Barrett (eds). — New York : Raven Press, 1989. — P. 57—75.
9. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook / M. Lewis. — Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
10. Sheehan D. V. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview / D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett-Sheehan // J. Clin. Psychiatry. — 1998. — Vol. 59 (Supl. 20). — P. 22—33.
11. Wechsler D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children (rev.) / D. Wechsler. — New York : The Psychological Corporation, 1974.
-

Дослідження відмінностей між самооцінкою дитини і результатами клінічного обстеження при дитячій депресії

Рустамов Ікрам Рагімович

АМУ, кафедра психіатрії, м. Баку

Мета: виявити відмінності між самооцінкою дитини та клінічною оцінкою та обговорити проблеми, що виникають у цьому зв'язку.

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 15 хлопчиків і 10 дівчаток віком 7—12 років, що звернулися зі скаргами на втрату інтересу, замкненість, зниження успішності на кафедрі дитячої психіатрії. Контрольну групу склали 14 хлопчиків і 11 дівчаток такого самого віку. Усім дітям проводилось дослідження з використанням шкали виміру поведінки для дітей і підлітків віком 6—18 років, шкали депресії для дітей (ШДД), шкали інтелекту для дітей Векслера.

Результати. Після психіатричного клінічного обстеження хворим було встановлено діагноз «Великий депресивний епізод». Середній бал за ШДД в основній групі склав 13,52, у контрольній — 5,96. Деякі діти з основної групи не пройшли прохідний бал за ШДД. Крім депресивного розладу, найчастішими психічними захворюваннями виявились дистимічний і тривожний розлади. У дітей контрольної групи психічних розладів не виявлено.

Висновки. Використані шкали є досить популярними у дитячій психіатрії, однак є необхідність застосування у дослідженнях більш точних і застосовуваних у різних галузях шкал.

Ключові слова: дитяча депресія, самооцінка, шкала виміру.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2014.8(64):136–138

The study of differences between self-assessment of the child and the results of clinical examination during the childhood depression

Rustamov Ikram Ragimovich

Azerbaijan Medical University, Psychiatry Department

Objective: To identify differences between self-assessment of the child and clinical evaluation and discuss the problems arising at this state.

Patients and methods. The study included 15 boys and 10 girls in the age 7–12 years who are applied to the Department of Child Psychiatry with such problems as loss of interest, withdrawal and decline in academic performance. The control group consisted of 14 boys and 11 girls of the same age. All children were examined with the use of behavior measurement scale for children and adolescents in the age of 6–18 years, Depression Scale for Children, Wechsler Children Intelligence Scale.

Results. After psychiatric clinical examination patients were diagnosed with «Major depressive episode» (MDE). Average score by CDS in the main group was 13.52, while in the control group — 5.96. Some children from the main group have failed the passing score by CDS. In addition to depression, the most frequently occurring mental illnesses were dysthymic and anxiety disorders. In the control group the mental disorders have been not found.

Conclusions. Used scales are quite popular in child psychiatry, thus examination requires the use of more accurate and applicable scales for various fields.

Key words: children's depression, self-assessment, scale of measurement.

Сведения об авторах:

Рустамов Ікрам Рагімович — каф. психіатрії Азербайджанського медичного університета.

Статья поступила в редакцию 14.11.2014 г.