

УДК: 616.89-008.454-053.2/.5

©Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскуріна, Д.А. Мітельов, Т.М. Матковська

**ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ  
ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ***ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»*

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ. Феноменологію депресії у дітей 7–11 років та підлітків 12–14 років визначено з позицій біопсихосоціальної концепції, взаємодії біологічних й соціально-психологічних чинників, що зумовлюють її розвиток. За допомогою високоінформативних психологічних та нейрофізіологічних методів дослідження отримано диференційовані клініко-діагностичні показники депресивного розладу у дітей на різних етапах онтогенезу, серед яких ознаки емоційних й когнітивних порушень складають клінічну картину афективного захворювання. В умовах когнітивного навантаження у дітей із депресією відбувається послаблення здатності до формування домінуючих систем певних структур мозку, які повинні забезпечувати ментальну діяльність; в умовах емоційної напруги у дітей із депресією реєструється односпрямована реакція лівої та правої півкуль, у той час, коли у здорових дітей спостерігаються різноспрямовані зміни; в умовах ментального навантаження модель депресії включає емоційно-когнітивний і когнітивний редукований фактори, що свідчить про сімультантність мислення, тобто одночасної наявності кількох ментальних процесів, що є одним з провідних механізмів формування стану емоційного стресу. Доведено, що формування депресії у дітей 7–11 років реалізується в умовах дисбалансу нейромедіаторних систем, який має певні статеві особливості та зумовлює різноманіття клінічних проявів депресивного розладу. У дітей депресія відповідає концепції «низького мелатоніну» на відміну від існуючої концепції формування депресії у дорослих. Розроблено концептуальну модель формування депресії у дітей, що може бути основою тактики психопрофілактики та терапевтичного втручання.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ. Феноменология депрессии у детей 7–11 лет и подростков 12–14 лет определена с позиций биопсихосоциальной концепции, взаимодействия биологических и социально-психологических факторов, обуславливающих ее развитие. С помощью высокоинформативных психологических и нейрофизиологических методов исследования получены дифференцированные клинико-диагностические показатели депрессивного расстройства у детей на разных этапах онтогенеза, среди которых признаки эмоциональных и когнитивных нарушений составляют клиническую картину аффективного заболевания. В условиях когнитивной нагрузки у детей с депрессией происходит ослабление способности к формированию доминантных систем определенных структур мозга, которые должны обеспечивать ментальную деятельность; в условиях эмоционального напряжения у детей с депрессией регистрируется однонаправленная реакция левого и правого полушарий, в то время, когда у здоровых детей наблюдаются разнонаправленные изменения; в условиях умственной нагрузки модель депрессии включает эмоционально-когнитивный и когнитивный редуцированные факторы, что свидетельствует о симультантности мышления, т.е. одновременного наличия нескольких ментальных процессов, являясь одним из ведущих механизмов формирования состояния эмоционального стресса. Доказано, что формирование депрессии у детей 7–11 лет реализуется в условиях дисбаланса нейромедиаторных систем, который имеет определенные половые особенности и обуславливает многообразие клинических проявлений депрессивного расстройства. У детей депрессия соответствует концепции «низкого мелатонина» в отличие от существующей концепции формирования депрессии у взрослых. Разработана концептуальная модель формирования депрессии у детей, что может быть основой тактики психопрофилактики и терапевтического вмешательства.

INNOVATIVE APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF DEPRESSION IN CHILDREN. Phenomenology of depression in children and adolescents aged 7–11 years 12–14 years identified from the position biopsychosocial concept of interaction of biological and psychosocial factors that contribute to its development. With highly informative psychological and neurophysiological methods returned differentiated clinical and diagnostic indicators of depressive disorder in children at different stages of ontogenesis, including signs of emotional and cognitive impairment are clinical picture of affective illness. In cognitive load in children with depression is weakening the ability of the formation of dominant systems of certain brain structures that should provide mental activity, in terms of emotional stress in children with depression recorded unidirectional reaction left and right hemispheres of the time in healthy children observed multidirectional changes, in terms of mental stress model of depression include emotional, cognitive and cognitive factors reduced, indicating simultaneous thinking, i.e. the simultaneous presence of several mental processes is one of the main mechanisms of formation of emotional stress. It is shown that the formation of depression in children 7–11 years realized under imbalance neurotransmitter systems, which has certain sexual characteristics and causes variety of clinical manifestations of depressive disorder. Depression in children the concept of "low melatonin" unlike existing Concept of depression in adults. The conceptual model of depression in children, which can be the basis of tactics psychoprophylaxis and therapeutic intervention.

**Ключові слова.** Діти 7–11 років, підлітки 12–14 років, депресія, церебральна нейродинаміка, психологічні особливості, діагностика, профілактика.

**Ключевые слова:** дети 7–11 лет, подростки 12–14 лет, депрессия, церебральной нейродинамики, психологические особенности, диагностика, профилактика.

**Key words.** Children 7–11 years, adolescents 12–14 years, depression, cerebral neurodynamics, psychological characteristics, diagnosis, prevention.

**ВСТУП.** Проблема депресії у дітей є однією з найбільш актуальних в сучасній дитячій і соціальній психіатрії у зв'язку з почастищенням і неухильним

«омолоджуванням» депресивних порушень [1–2]. Інтерес до дослідження афективних порушень у дітей представляється цілком закономірним у зв'язку із

значною частотою їх маніфестації у предпубертатному та пубертатному віці [3]. При діагностиці депресії у дітей виникають певні утруднення у зв'язку із значним збільшенням за останні роки атипових, соматизованих, маскованих форм депресії. До теперішнього часу не розроблені єдині критерії кваліфікації депресій у дітей [4,5].

Мета дослідження: визначити закономірності формування депресії у дітей на підставі вивчення їх психопатологічних особливостей, нейрофізіологічних та нейрогормональних показників.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Об'єм дослідження – 125 дітей у віці 7–11 років (44 дівчини і 81 хлопчик). Група контролю: 130 практично здорових дітей I–II груп здоров'я аналогічного віку (67 хлопців і 43 дівчини) і 43 підлітка із депресією у віці 12–14 років (24 хлопця і 19 дівчат). Методи дослідження: клініко-психопатологічний метод, соціопсихологічне інтерв'ювання, психодіагностичні методики (характерологічний опитувальник Р. Шмішека, тест на запам'ятовування 10 слів А.Р. Лурія, тест «Будинок, Дерево, Людина» Дж. Букома, тест Люшера, тест визначення депресії CDRS – R); нейрофізіологічні методи (дослідження церебральної нейродинаміки); біохімічні методи (дослідження вмісту серотоніну, 5-ОІОК, рівню мелатоніну у добовій сечі).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Встановлені клінічні варіанти депресії: у дітей 7–11 років – поведінковий (31,2 %), тривожний (24,0 %), астеничний (20,8 %) соматизований (16,8 %), фобічний (7,2 %) ; у підлітків 12–14 років – клінічна картина депресій більш структурована, симптоматика маскується проявами негативної стадії підліткового пубертатного кризу. У клінічній структурі відбувається збільшення дисфорічних і зниження простих клінічних форм: іпохондричний (53,5 %), тривожний (34,9 %), дисфорічний (11,6 %). Рівень депресії у досліджених відповідає помірному та вираженому, що свідчить про пізню діагностику афективного розладу. Депресія у дітей пов'язана з порушенням онтогенезу і чинниками предиспозиції, серед яких найбільше значення мають: перинатальна патологія, матеріальне неблагополуччя сім'ї, дефіцитна рання соціалізація дитини, сімейна депривація, дисгармонійні соціальні відносини матерів і дітей, патологічні типи виховання у сім'ї, соматоневрологічна ослабленість, спадкова обтяженість психічними розладами. На формування депресивних розладів у дітей впливають поєднанні від двох до п'яти психосоціальних чинників. Найбільшу питому вагу у формуванні депресії у дітей мають чинники: хронічні конфлікти у сім'ї, деспотизм і агресивність батька, шкільні конфлікти з однолітками, соціальна ізоляція, розлучення батьків, конфлікт з вітчимою, сіблінгвальне суперництво. Серед інших чинників – виховання прабатьками, згвалтування дівчат, жорстоке звернення з боку матері, депресія у матері, надмірно молодий вік матері. Визначено, що у дітей із депресією серед психологічних особливостей існує наявність змішаних типів акцентуації характеру; зниження активності, відсутність самоповаги, високий коефіцієнт тривоги та стомлення, знижений коефіцієнт адаптації, відсутність прагнення до нового; порушення швидкості реакції

концентрації уваги переважно за нестійким і астеничним типами при відсутності мінімальної мозкової дисфункції, порушення динаміки запам'ятовування за нестійким та астеничним типами. За факторним аналізом параметрів ЕЕГ ентропії Колмогорова-Сіная (еКС) виділено чинники, які потенційно беруть участь у формуванні депресії. Перший фактор – змішаний, емоційно-когнітивний, який відображає функціональний стан лівої передньої і правої задньої скроневих областей (Т3 і Т6), правої і лівої префронтальної кори (Fp1, Fp2), лівої сенсомоторної області (С3), що проектує активність утворень лімбічної системи і беруть участь у формуванні емоцій. Другий фактор – когнітивний редукований, відбиває стан областей півкуль, що забезпечують когнітивну діяльність: лівої парієтальної області (Р3), правої задньої фронтальної області (F8) (інтелект) і правої передньої скроневої області (Т4) (первинна слухова область, проекція гіпокампу – пам'ять). Встановлено, що в умовах когнітивного навантаження у дітей із депресією відбувається послаблення здатності до формування домінантних систем певних структур мозку, які повинні забезпечувати ментальну діяльність; в умовах емоційної напруги у дітей із депресією рееструється односпрямована реакція лівої та правої півкуль, у той час, коли у здорових дітей спостерігаються різноспрямовані зміни; в умовах ментального навантаження модель депресії включає емоційно-когнітивний і когнітивний редукований фактори, що свідчить про симультантність мислення, тобто одночасної наявності кількох ментальних процесів, що є одним з провідних механізмів формування стану емоційного стресу. Зниження показників еКС у фронтальних відведеннях головного мозку, що свідчить про зменшення здатності до формування нейрозв'язків. Формування депресії у дітей реалізується в умовах дисбалансу нейромедіаторних систем, який має певні статеві особливості та зумовлює різноманітні клінічні прояви депресивного розладу. Вміст серотоніну та екскреція його основного метаболіту, 5-ОІОК, у хворих збільшені, що є передумовою порушень в емоційній сфері. Вміст мелатоніну достатньо низький незалежно від віку та статі хворих, що свідчить про участь мелатоніну у формуванні депресивних порушень. Високі значення серотоніну при фобічному та соматичному синдромах характеризують тенденцію до соматизації депресивних розладів у дитячому віці. Клінічні варіанти депресії у дітей відповідає концепції «низького мелатоніну» на відміну від існуючої концепції формування депресії у дорослих. Розроблено клінічні критерії діагностики депресії у дітей та підлітків: зниження настрою на протязі останніх двох тижнів, гіперактивність поведінки, погіршення успішності в школі, зниження пам'яті за нестійким типом, зниження концентрації уваги при відсутності мінімальної мозкової дисфункції. Підтвердженням клінічного діагнозу є визначення специфічних змін еКС ЕЕГ (наявність низьких показників еКС у фронтальних відведеннях).

**ВИСНОВКИ.** Виділено та систематизовано соціодемографічні, психологічні, біологічні, нейрофізіологічні і нейрогормональні показники, які мають високу інформативність при діагностиці депресії у дітей на ранньому етапі афективного захворювання. Рання

діагностика депресії та диференціація клінічних її форм дозволить визначити тактику терапевтичного втручання, психопрофілактику соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки у юному віці.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.**

Перспективи подальшого дослідження. Враховуючи недостатність клініко-динамічних спостережень депресивних розладів вважається необхідним проведення подальшого пошуку з вивчення впливу біологічних,

соціальних, психологічних чинників та терапевтичних підходів на формування та перебіг рекурентного депресивного розладу у дітей та підлітків. Незважаючи на постійне оновлення арсеналу антидепресантів проблема терапії депресії у дітей залишається невирішеною, тому є необхідним продовження досліджень щодо нових ефективних методів лікування афективної патології з урахуванням вікових закономірностей розвитку дитини.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков [Текст] / Ю.Ф. Антропов. – М., 2001. – 436 с.

2. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample [Text] / С. Zlotnick [et al.] // Compr. Psychiatry. – 2008. – N 49 (2). – P. 163-169.

3. Ульев А.В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации [Текст] / А.В. Ульев // Управление общественными и экономическими системами. – 2009. – № 1. – С. 1-21.

4. Ким Л.В. Депрессивные расстройства среди подростков: социально-психологические особенности [Текст] / Л.В. Ким // Вопр. психического здоровья детей и подростков (научн-практ. журн. психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2006. – № 6. – С. 122-129.

5. Угрин Д. Подходы к диагностике и лечению депрессии у детей и подростков в Великобритании [Текст] / Д. Угрин // Neuronews. – 2007. – № 2. – С. 35-40.

Отримано 23.02.2013