

# Диагностика депрессивных состояний у детей и подростков в общесоматической практике

Г.Я. Пилягина

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Рассмотрены основные положения диагностического базиса различных депрессивных расстройств в детском и подростковом возрасте. Описаны основные типы депрессивных симптомокомплексов, которые выявляют в различных возрастных группах. Представлены диагностические критерии астенического, фобического, адинамического, дисфорического, делинквентного, ипохондрического и истеродепрессивного вариантов депрессивных состояний как наиболее характерных для депрессивных расстройств детского и подросткового возраста. Определены особенности клинического осмотра детей и подростков с депрессивными состояниями врачами общей практики.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, детский и подростковый возраст.

Ранняя и адекватная диагностика любой патологии – залог успеха ее лечения. Безусловно, это касается и психических нарушений.

По данным различных авторов, от 65% до 90% больных с какими-либо психическими нарушениями изначально обращаются по поводу их наличия к врачам общей практики, а не к психиатрам [1, 2]. Ошибки в диагностике легких форм психических нарушений – невротических расстройств – обусловлены многообразием внешних проявлений психопатологии, а также «масками» многих психопатологических нарушений. Однако большую долю в неадекватной оценке психического состояния больного играет недостаточное понимание врачами общей практики этиопатогенетических и клинических особенностей психических расстройств.

Цель данной работы – определить особенности диагностики депрессий детского и подросткового возраста как психических нарушений, часто встречающихся в практике врачей-интернистов.

Е. J. Mash, D. A. Wolf называли депрессивные проявления «простудой в психопатологии» – так часто их обнаруживают у пациентов [3]. В некоторых исследованиях XX век определяется как «век молодежной меланхолии» в связи с существенным ростом численности заболеваний депрессией среди подростков в последние десятилетия [4].

Депрессивные расстройства у детей и подростков становятся одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии, прежде всего, в виде невротических депрессий [5]. По данным М. М. Weissman и соавторов (1999), 4% лиц в возрасте от 12 до 17 лет и 9% лиц – до 18 лет испытывают депрессивные состояния [6]. Депрессивные расстройства детского и подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжелых социальных последствий, к числу которых относят самоубийства, насилие, наркоманию и поведенческие девиации [7, 8].

У детей и подростков депрессия качественно отличается от типичного депрессивного симптомокомплекса взрослого возраста [7–10]. Она протекает атипично и полиморфно, в большинстве случаев маскируется поведенческими

или соматоформными нарушениями. То, что родители, учителя и воспитатели воспринимают как детские капризы, протестное поведение, псевдоинтеллектуальные нарушения, при тщательном анализе оказываются проявлениями тяжелого депрессивного состояния. Поэтому во многих случаях депрессии у детей и подростков трудно диагностируют, не своевременно выявляют и лечат.

В перинатальной психиатрии, психиатрии раннего детского возраста или микропсихиатрии [11] в настоящее время описывают депрессивные состояния, основой которых чаще всего являются анаклитическая депрессия [5, 8, 11] или расстройство привязанности по избегающему типу [12].

*Анаклитическая депрессия, или депрессия расставания* (согласно МКБ-10 [13], депрессивное расстройство поведения – F92.0 или тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой, – F93.0), у детей первых лет жизни возникает при длительной разлуке с матерью. Через три–четыре недели после отрыва от матери дети становятся плаксивыми, боязливыми, раздраженными, у них нарушаются сон и аппетит. В большинстве случаев возобновление присутствия матери и близости с ней приводят к постепенному исчезновению депрессии. Но в некоторых случаях несмотря на хороший уход ребенок может длительно оставаться замкнутым и апатичным, начать часто и беспричинно болеть, у него может замедлиться психическое развитие. Такая динамика анаклитической депрессии без соответствующей коррекции взаимоотношений ребенка и опекающих его взрослых может трансформироваться в параутистическое расстройство развития (F88).

При *избегающем расстройстве привязанности*, которое рубрифицируется в МКБ-10 как реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1), дети испытывают серьезные эмоциональные трудности в виде блокирования эмоциональных переживаний во взаимоотношениях с опекающим взрослым. Основой подобного поведения часто является депрессивность и отчужденность матери, ее беспомощность в реализации опекающей функции. Внешняя замкнутость, сверххраня псевдосамостоятельность, реактивная отчужденность ребенка обычно вызвана частым переживанием брошенности при регулярном отсутствии взрослых. Внешне безразличная, псевдобесчувственная манера поведения является защитой от частого отвержения, попыткой забыть о своей потребности в матери, чтобы избежать новых разочарований. Матери таких детей – относительно несенситивные, «черствые» к потребностям ребенка, отвергающие его интересы, действующие, исходя из собственных представлений о его благополучии.

Проблема диагностики депрессивных состояний в раннем возрасте вызвана тем, что они очень мало напоминают депрессию. Это связано с возрастными особенностями нервно-психической деятельности в раннем возрасте: недоразвитием речи и преобладанием телесных реакций как способа выражения состояний психофизического дискомфорта. Основными признаками депрессивной симптоматики в возрасте до трех–четырех лет являются вялость

или двигательное беспокойство, отказ от еды (расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте – F98.2) и игр, нарушения ритма сна и аппетита, потеря массы тела. Эти признаки квалифицируются как депрессивное состояние, если их длительность превышает пять–семь дней и отсутствует какая-либо серьезная соматическая патология. При тяжелом течении депрессивных расстройств в раннем возрасте дети становятся вялыми, тихо плачут или лежат в кровати, не проявляя интереса к окружающему – дети не тянутся к взрослым, погружены в себя. У них существенно нарушается ритм сна и бодрствования, все больше уменьшается масса тела, иногда развивается выраженная алиментарная дистрофия. Постоянное печально-покорное, страдальческое выражение лица свидетельствует о депрессивной беспомощности. Характерны однообразные и ритмичные движения раскачивания головой и всем телом. В таких случаях у детей могут резко участиться инфекционные заболевания с тяжелым течением, что вместе с истощением и при отсутствии медицинской помощи может привести к летальному исходу [5, 7, 9, 11, 12]. Подобное тяжелое течение анаклитической депрессии у детей раннего возраста в подавляющем большинстве случаев вызвано психической депривацией при помещении ребенка в детский дом или при отсутствии заботы о нем в семье («синдром ребенка из детского дома», депривационный синдром).

У детей дошкольного возраста, от трех до семи лет, депрессии проявляются преимущественно поведенческими нарушениями, подобными тем, что выявляются в возрасте до трех лет. Причинами их развития также являются расстройства привязанности или разлука с матерью. Но в этом возрасте к причинам развития депрессивной симптоматики добавляются нарушения детско-родительского взаимодействия, вызванного рождением сиблинга. Такое состояние соответствует критериям расстройства сиблингового соперничества (F93.3). Кроме того, депрессии в этом возрасте могут быть обусловлены постоянными конфликтами в семье или ситуацией развода родителей, а также вследствие психотравмирующих воздействий, которые ребенок может испытывать при агрессивном-отвергающем, директивно-манипулятивном поведении воспитателей в детском учреждении. Подобные состояния определяются диагностическими критериями расстройства поведения, ограниченного рамками семьи (F91.0), и несоциализированным расстройством поведения (F91.1).

Депрессия дошкольного (три–пять лет) и раннего школьного возраста (шесть–девять лет) наиболее трудна для диагностики, так как она выражается крайне полиморфно. В одних случаях преобладают вялость и пассивность, а в других – тревога, беспокойство. Дети в этом возрасте способны описать свое настроение: чаще они говорят, что оно плохое, но не уточняют, чем это вызвано. Их поведение в семье может стать агрессивным. Дети становятся непривычно и необъяснимо капризны, грубы и непослушны, что уводит от диагноза депрессии.

В дошкольном и младшем школьном возрасте депрессивному симптомокомплексу практически всегда сопутствуют выраженные соматовегетативные нарушения и иммунная супрессия, что формирует соматизированные маски депрессий детского возраста. В таких случаях наблюдаются расстройства сна (критерии расстройства режима сна и бодрствования неорганической этиологии – F51.2); неорганический энурез (энурез неорганической природы – F 98.0) или реже – энкопрез (энкопрез неорганической природы – F98.1); сенестопатии или жалобы на неопределенную боль в разных органах (критерии недифференцированного соматоформного расстройства –

F45.1) или необъяснимо длительное течение воспалительных заболеваний (синдром невротии) на фоне сниженного настроения, склонности к плачу при незрелости в реакциях на окружающее. Приступы таких скрытых, маскированных депрессий или депрессивных эквивалентов обычно бывают затяжными [5,7,10]. Депрессиям этого возраста свойственна полиморфная клиническая картина, синдромально не завершенная и фрагментарная. Выделены следующие варианты депрессий младшего возраста: соматизированная, тревожно-ажитированная, фобическая, дисфорическая, адинамическая депрессия и депрессивная «псевдодебильность» [5, 14]. Ю.Л. Нуллер и И.Н. Михаленко выделяют такую форму депрессии, как «псевдодебильность» [14], так как депрессивное состояние у детей раннего школьного возраста часто выражается в виде беспричинно наступающего выраженного снижения способности к обучению и несостоятельности в учебе с повышенной утомляемостью. Для таких детей усвоение школьного материала становится непосильным, требует все большей затраты сил и времени. Такое состояние квалифицируется как неуточненное расстройство развития учебных навыков (F81.9).

У детей среднего школьного возраста (10–14 лет) в препубертатный период при впервые возникающем депрессивном состоянии возможны проявления характерной депрессивной триады симптомов, но с некоторыми особенностями. В этом возрасте дети могут испытывать чувство тоски, но оно или сопровождается, или время от времени сменяется дисфорическим состоянием. Дети недовольны не столько собой, сколько окружающими, тогда как для юношеского возраста неудовлетворенность собственной внешностью или переживание личностной несостоятельности становится ведущей причиной развития тяжелого депрессивного состояния. В предпубертатном возрасте депрессии чаще всего маскируются агрессивными проявлениями и социальной отгороженностью в семье и школьном коллективе. Для депрессий этого возраста характерна явная двигательная заторможенность, несмотря на часто выявляемую замедленность когнитивных процессов, продуктивной деятельности, затруднения в общении. Подвижность ребенка существенно не меняется, что также затрудняет диагностику депрессивной симптоматики. Такие дети редко отказываются идти в школу, но могут прогуливать уроки или бесцельно длительно бродить по улицам, чтобы не возвращаться домой. Они могут отказываться общаться со сверстниками, предпочитая часами играть в компьютерные игры или смотреть телевизор. Такие проявления ангедонистического эскапизма – безрадостности и бегства от необходимости делать волевые усилия, напрягаться психически – характерны депрессивным состояниям для всех возрастных групп старше 7 лет. Подобное поведение очень часто воспринимается окружающими взрослыми как лень, детско-подростковый протест и вызывает у воспитателей желание осуждать и наказывать. Тогда как в основе такого состояния лежит невозможность для ребенка осуществлять привычные усилия, так как психическая энергия уходит на блокирование глобализированных и непереносимых негативных эмоциональных переживаний. У детей среднего школьного возраста при обследовании часто фиксируют депрессивные идеи малоценности, ненужности, но они элементарны и наивны, с фантазиями о «замене родителей», ухода из дома и т.д. Идеи самообвинения характерны для этого возраста детям, родители которых в воспитании используют стиль манипулятивной жертвенности – частого обвинения ребенка в недопустимом и постыдном поведении, которое создает проблемы для родителей.

В возрасте 12–15 лет начинают появляться депрессивные переживания по поводу своей внешности: у мальчиков причиной идей малоценности становится недостаточное физическое развитие, отсутствие физической силы или низкий рост, а у девочек – появляющаяся угревая сыпь или полнота (что часто вызывает коморбидное формирование анорексии – F50.0). Поведение при депрессиях в этом возрасте также имеет отчетливые гендерные различия: у мальчиков проявляется стремление к агрессивным поступкам (ссорам, конфликтам, дракам) как способу снизить психофизическое напряжение и высокий уровень душевной боли [7, 8]. У девочек поведенческое выражение депрессивного состояния может проявляться замкнутостью, но иногда обнаруживается сексуальная распушенность.

Специфика депрессий этого возраста выражается в характере соматовегетативных проявлений. Депрессивные расстройства в этой возрастной группе часто проявляются в виде соматоформной вегетативной дисфункции: частых приступов головной боли, спастической абдоминальной боли или неопределенных болевых ощущений в области сердца при отсутствии соматической патологии. Могут обостряться психосоматические заболевания (гастрит, бронхиальная астма, нейродермиты, частые воспалительные заболевания). Ребенок может резко набирать или терять массу тела.

У подростков 15–18 лет проявления депрессии приближаются к тем, что характерны взрослым пациентам. Депрессивные состояния в этом возрасте полиморфны, но все переживания глобальны и сопровождаются аффектом тоски. Подросток видит будущее безрадостным и безнадежным. Выражены затруднения в размышлениях, может наблюдаться медлительность в движениях и речи; характерно угрюмое или скорбное, но застывшее выражение лица – ригидность мимики, скудность жестов, скованность позы. У подростков, как и у взрослых, классическую депрессивную триаду признаков (пониженное настроение, или гипотимия, замедленное мышление и двигательная заторможенность) полностью наблюдают далеко не всегда, особенно при легкой и умеренной степени выраженности депрессии. Обычно наиболее явно выражена гипотимия. Но для всех депрессивных состояний подросткового возраста характерны ангедония (безрадостность), утрата воли и инициативы, потеря интересов и снижение трудоспособности, пессимизм по отношению к будущему, ощущение ухудшения памяти, навязчивые идеи малоценности, самоуничижения, возможны симптомы деперсонализации и дереализации. Соматоформные проявления депрессий характеризуются частым присоединением ипохондрической симптоматики и интенсивностью проявлений соматоформной вегетативной дисфункции (постоянное внутреннее напряжение, повышенная утомляемость, отсутствие аппетита, плохой сон, головная боль, сердцебиение, чувство тяжести в груди). Особенностью депрессий подросткового возраста является опасность формирования суицидальных тенденций и возможная импульсивная реализация саморазрушающих действий.

К наиболее характерным вариантам депрессивных расстройств детского и подросткового возраста относят следующие [5, 7, 8, 14]:

- *Астенический вариант.*

Это астеноподобная депрессия, при которой на первый план выступают утомляемость, истощаемость, раздражительная слабость. Поэтому такую депрессию можно спутать с астенией. По сути, она является гипостенической, астенодепрессивной стадией неврастения и квалифицируется как неврастения (F48.0). Дети обидчивы и плак-

сивы, жалуются на усталость, непереносимость шума, яркого света, слабость, головную боль, ощущение отсутствия памяти, снижение аппетита и нарушения сна. Но эти расстройства не носят истинно астенического характера, так как связаны с суточными колебаниями настроения, при которых депрессивные проявления наиболее явно проявляются в утренние часы. Во второй половине дня состояние ребенка может нормализоваться. Симптоматика неустойчива, поэтому дети чаще определяют такое состояние как скуку, чем угнетенное настроение. Астеноподобные депрессивные состояния у детей и подростков носят затяжной характер, часто начинаются с проблем в учебе вследствие затруднений в концентрации внимания и выраженного психического перенапряжения. Безрадостное, тоскливое настроение может сопровождаться идеями о псевдослабости и страхом сумасшествия. Обычно этот вариант формируется в семьях, в которых родители имеют перфекционистские характеристики с истощающим перфекционистским стилем воспитания.

- *Фобический вариант.*

Фобическая депрессия соответствует диагностическим критериям фобического тревожного расстройства в детском возрасте (F93.1), фобического тревожного расстройства (F40) и тревожного, уклоняющегося расстройства личности (F60.6). Она очень типична для дошкольников и младших школьников, но достаточно часто встречается и у подростков. В младшем возрасте страх как универсальная форма реагирования является следствием сложностей в построении социальных взаимодействий. В ходе формирования депрессии дети становятся беспокойными, говорят о страхе за свою жизнь и жизнь близких. Страхи обычно усиливаются к вечеру, дети с трудом засыпают, сон прерывистый с устрашающими сновидениями, сочетаются с тревогой и тоской. При этой форме депрессии дети чаще заторможены, слезливы. У детей раннего возраста часто наблюдают боязливо-печальное настроение, сопровождающееся долгим плачем. Снижается активность ребенка, характерен отказ от игр и привычных занятий. У детей до пяти лет депрессивная симптоматика может выражаться реактивной аутизацией, которая полностью купируется при адекватном вмешательстве.

- *Динамический вариант.*

Симптоматика соответствует диагностическим критериям умеренного или тяжелого депрессивного эпизода (F32) и депрессивного расстройства поведения, начало которого специфично для детского возраста (F92.0). Адинамическая депрессия характерна для всех возрастных групп, но проявляется по-разному. В младшем возрасте такой вариант диагностируют крайне редко, так как такие дети выглядят молчаливыми, спокойными, сосредоточенными и застенчивыми. В большей степени симптоматика у дошкольников проявляется в общении со сверстниками, с которыми дети не могут наладить контакта, отгораживаются и боязливо наблюдают со стороны. При адинамической депрессии в возрасте старше 10 лет дети жалуются на усталость, утомление, нежелание приступить к занятиям и играм, у них исчезают прежние интересы. Чаще всего родители обращаются за помощью только тогда, когда депрессивное состояние проявляется явно – в виде неожиданного отказа ребенка посещать школу. Однако оставаясь дома, дети не могут себя занять, часто проводят время бесцельно или в компьютерных играх. В утренние часы усиливается сонливость, а вечером – страхи или истерические реакции по незначительному поводу.

- *Психопатоподобный вариант.*

При психопатоподобных депрессиях депрессивное состояние соответствует диагностическим критериям рас-

стройств поведения, начало которых специфично для детского возраста (F91), а также диссоциального (F60.2), эмоционально неустойчивого (F60.3) и смешанного (F61) расстройств личности. Симптоматика имитирует патологию характера с появлением или неадекватным нарастанием грубости и агрессивной злобности, оппозиционности и возбудимости, дерзости и истеричности. Такие эмоционально-поведенческие проявления практически всегда сочетаются с отказом от учебы, драками, бродяжничеством, делинквентным и зависимым поведением. Этот вариант депрессии характеризуется патологией поведения как реакцией психологической защиты. Как правило, родители расценивают эти состояния в качестве проявлений пубертатного кризиса и возрастного протеста, но не болезненного состояния. Чаще такие подростки подвергаются криминальному преследованию и наказанию, но не получают необходимого лечения. Близкие обращаются к врачам только тогда, когда подростки начинают высказывать суицидальные мысли. Подобные депрессивные состояния трудны для диагностики, так как подростки редко бывают откровенны, упорно отрицают угнетенное настроение и отказываются от необходимой помощи, несмотря на переживания чрезмерной душевной боли, одиночества, отчаяния, безнадежности и собственной никчемности. Психопатоподобные депрессии характерны для среднего и старшего школьного возраста. Условно они делятся на дисфорический и делинквентный варианты в зависимости от преобладания проявлений эмоционального реагирования или нарушений поведения в клинической картине.

*- Психопатоподобный дисфорический вариант.*

Дисфорическая депрессия у детей и подростков характеризуется злобным настроением, раздражительностью, вспышками ярости и злобы вследствие постоянного чувства угрозы нападения со стороны окружающих. В основе таких состояний – пережитое психотравмирующее отвержение и насилие, поэтому дети испытывают постоянное чувство незаслуженной обиды, заброшенности, во всем винят окружающих. Они ведут себя вызывающе грубо и дерзко, склонны к алкоголизации, уходам из дома, ранним половым связям, несуицидальным самопорезам и самоприжиганиям на высоте дисфорического аффекта. Редко жалуются на угнетенное, сниженное настроение. При дисфорической депрессии высок риск суицидальных действий. Окружающие в первую очередь обращают внимание на злые истеричные выходки, грубость и драки, школьную дезадаптацию, уходы из дома, общение с асоциальными группами, но не воспринимают дисфорические проявления как депрессию, которая скрыта маской «невозможного поведения». Поэтому подростки долгое время остаются вне поля зрения врачей-специалистов и не получают адекватного лечения.

*- Психопатоподобный делинквентный вариант.*

Этот вариант депрессии практически всегда сочетается с дисфорическими проявлениями. Но для него более характерно выраженное оппозиционно-протестное и агрессивное поведение с частыми асоциальными поступками. Дети присоединяются к асоциальным группам, начинают злоупотреблять алкоголем или принимать наркотики, совершают кражи. При этом они не получают удовольствия от своих поступков, а эпизоды импульсивно-агрессивного реагирования перемежаются периодами бездействия, мрачной отгороженности и неподвижности, отвергая попытки родителей узнать, что с ними происходит.

*- Ипохондрический вариант.*

Ипохондрическая депрессия в детском и подростковом возрасте соответствует диагностическим критериям соматизированного (F45.0), недифференцированного со-

матоформного (F45.1), ипохондрического (F45.2) расстройств, а также соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3). Обычно к ее симптомам в детском возрасте относят капризность и слезливость, раздражительность и перевозбуждение, повышенную утомляемость и необъяснимую сонливость, температурные реакции, спастические нарушения (прежде всего ларингоспазмы) и т.д. В подростковом возрасте симптоматика приближена к той, которую выявляют у взрослых. Для ипохондрической депрессии характерны физическая слабость, интенсивная боль различной локализации, нарушения сна, ощущение недостатка воздуха или «комка» в горле, мышечная скованность, диспепсические и дизурические расстройства. Эти симптомы сопровождаются стойкими идеями о неправильном функционировании внутренних органов, тяжелых, но не выявленных заболеваниях со стремлением бесконечно обследоваться у врачей. Обычно этот вариант формируется исключительно в семьях, в которых матери имеют крайнюю настороженность по отношению к здоровью ребенка и проявляют психосоматический тип воспитания: доминантный, гиперопекающий, тревожно-контролирующий.

*- Истеродепрессивный вариант.*

Такая депрессия соответствует диагностическим критериям вызывающего оппозиционного расстройства (F91.3), психофизического инфантилизма (F83), истерического (F60.4) или инфантильного (F60.8) расстройств личности и характерна для подросткового возраста. Типично истерический, демонстративный, гиперболизировано драматический характер переживаний и преувеличенных страданий, свойственный истероидным личностям, сочетается с угнетенным настроением, вспышками бурного аффективного реагирования, импульсивным и протестным поведением, диссоциативными и конверсионными симптомами. Данный вариант опасен импульсивной реализацией самоповреждающих действий с неосознанием возможных последствий. Обычно истеродепрессивная симптоматика формируется исключительно в семьях, стиль воспитания в которых определяется как кумир семьи, или в тех случаях, когда матери проявляли по отношению к ребенку в процессе взросления постоянную амбивалентность с непредсказуемым поведением поощрения/наказания.

Очень часто депрессивные состояния, возникающие у подростков, представляют собой реактивно обусловленные депрессии, диагностически соответствующие критериям нарушений адаптации (F43), в частности, острой реакции на стресс (F43.0), и посттравматическому стрессовому расстройству (F43.1). Острая реактивная депрессия у детей и подростков формируется непосредственно после произошедшего серьезного конфликта со значимыми для них людьми (родители, друзья, учителя). Посттравматическое стрессовое расстройство и коморбидное ему депрессивное состояние развиваются преимущественно у подростков после перенесенного сексуального насилия или ситуации, угрожающей жизни ребенка.

Депрессивные состояния в подростковом возрасте во многих случаях сопряжены с суицидальным поведением [15]. Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [16]. Высокая вероятность реализации суицидальных действий вызвана слабостью и несформированностью антисуицидального барьера при сформировавшемся отчетливом депрессивном мироощущении [14, 15].

Оценка врачом-интернистом депрессивных нарушений при осмотре детей и подростков не должна включать

в себя дифференциальное нозологическое определение болезни. Однако врач должен адекватно оценить тяжесть и остроту психических расстройств и их угрозу для самого больного.

Важно помнить, что в общесоматической практике пациенты любого возраста несмотря на наличие психических нарушений предъявляют прежде всего соматические жалобы, так как не всегда могут адекватно описать свое состояние. Одни пациенты преувеличивают свои ощущения, другие – игнорируют или неадекватно относятся к проявлениям болезни, не обращают внимания на такие детали и факты, которые весьма важны для диагностики депрессивного состояния. Пациенты в детском возрасте еще меньше способны описать свои переживания, а малыши в возрасте до четырех или пяти лет – в принципе не могут этого сделать. И основной объем информации о состоянии ребенка врач получает от его родителей, которые не всегда правильно оценивают происходящее, и при сборе субъективного и объективного анамнеза нередки случаи искажения данных. Поэтому субъективная оценка ребенком (особенно подростком) своего состояния и объективные данные не заменяют, а дополняют друг друга.

В оценке анамнестических данных важно выделить сведения о социальном поведении ребенка. Неожиданное и необъяснимое изменение отношения к учебе у ребенка или нежелание посещать садик при отсутствии для этого соматических причин являются признаком возможного наличия психических нарушений. Однако это не есть основание для решения вопроса о природе и тяжести психических расстройств. Существенное значение имеет то, чем вызваны изменения в поведении ребенка (например конфликты, страх, быстрая утомляемость и т. п.).

При всех психических заболеваниях отмечают существенные нарушения эмоционального реагирования. Если эмоциональное состояние ребенка не очевидно, что бывает в большинстве случаев, следует понаблюдать за его поведением, характером общения с родными, расспросить ребенка о том, что его интересует или пугает. Важно определить наличие страха, тревоги, раздражительности, что

достаточно трудно при легких степенях выраженности депрессивных нарушений. При наблюдении за поведением ребенка с учетом информации, полученной от родных, можно получить адекватное представление о его эмоциональном состоянии и заподозрить наличие депрессивного состояния.

Раннее выявление депрессивных расстройств у детей и подростков позволит начать своевременное лечение этих тяжелых состояний, предотвратит их хронификацию и прогрессивное течение, а также коморбидное присоединение более тяжелых и жизнеопасных нарушений.

### Діагностика депресивних розладів у дітей і підлітків у загальносоматичній практиці Г.Я. Пилягина

Розглянуто основні положення діагностичного базису різних депресивних розладів у дитячому та підлітковому віці. Описано основні типи депресивних симптомкомплексів, які виявляють в різних вікових групах. Представлено діагностичні критерії астеничного, фобічного, адинамічного, дисфоричного, делінквентного, іпохондричного та істеродепресивного варіантів депресивних станів як найбільш характерних для депресивних розладів дитячого і підліткового віку. Визначено особливості клінічного огляду дітей і підлітків з депресивними станами лікарями загальної практики.

**Ключові слова:** депресивні розлади, дитячий і підлітковий вік.

### Diagnostic of childs and adolescents depressions in general practice G. Pilyagina

There is diagnostic basis of various child and adolescent depressions described in article. The main types of depressive symptoms by various age groups are determined. Diagnostic criteria asthenic, phobic, adynamic, dysphoric, delinquent, hypochondriac and hysterodepressive variants of depressions as the most typical for child and adolescent depressive disturbances are detected. And specific features of child and adolescent clinical exam with depression symptoms are defined.

**Key words:** child and adolescent depressions.

### Сведения об авторе

Пилягина Галина Яковлевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г.Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: GP-doctor@mail.ru

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
2. Смулевич А.Б. Депрессии в общепсихиатрической практике. – М.: Берг, 2000. – 160 с.
3. Mash E.J., Wolf D.A. Детская психопатология. Нарушения психики ребенка. – СПб, 2003. – 384 с.
4. Klerman G.L. The current age of youthful melancholia // British Journal of Psychiatry. – 1988. – V. 152. – P. 4–14.
5. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов (Под ред. Ю.С. Шевченко). – М.: Мед. информ. агентство, 2011. – 928 с.
6. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., Morean D., Adams P. et al. Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – V. 281: 18. – P. 1707–1713.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
8. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов (3-е изд.). – СПб: СпецЛит, 2007. – 463 с.
9. Детская психоневрология (Под ред. Л.А. Булаховой). – К.: Здоров'я, 2001. – 496 с.
10. Детская психиатрия: учебник (Под ред. Г.М. Кожинной, В.Д. Мишиевой). – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.
11. Микиртумов Б.Е., Кошачев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб: Питер, 2001. – 256 с.
12. Боулби Джон. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
13. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 (Под ред. А.Н. Моховикова). – М.: Смысл; СПб; Речь, 2003. – 407 с.
14. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 329с.
15. Пилягина Г.Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 6 (38). – С. 49–56.
16. Цуцурльковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимиров Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 21–28.

Статья поступила в редакцию 15.09.2013