

Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Український центр наукової медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи

**КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСІЇ  
У ДІТЕЙ 7–11 РОКІВ**

**CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTICS DEPRESSION  
IN CHILDREN OF 7–11 AGE**  
(методичні рекомендації)



**Харків – 2012**

Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Український центр наукової медичної інформації  
і патентно-ліцензійної роботи

"УЗГОДЖЕНО"

Начальник  
лікувально-організаційного  
Управління НАМН України  
проф., чл.-кор. НАМН України

В.В. Лазориниць

2012 р.

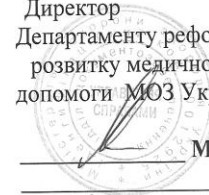


"УЗГОДЖЕНО"

Директор  
Департаменту реформ та  
розвитку медичної  
допомоги МОЗ України

М.К. Хобзей

2012 р.



**КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСІЇ  
У ДІТЕЙ 7–11 РОКІВ**

**CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTICS DEPRESSION  
IN CHILDREN OF 7–11 AGE  
(методичні рекомендації)**

**Київ – 2012**

**Установа-розробник:** Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

**Укладачі:** д-р мед. наук Михайлова Е.А. (0572) 62-41-47  
д-р мед. наук Проскуріна Т.Ю. (0572) 62-41-47  
канд. мед. наук Матковська Т.М.  
д-р мед. наук Міхановська Н.Г.  
д-р мед. наук, професор Майоров О.Ю.  
канд. мед. наук Мітельов Д.А.  
канд. мед. наук Міхальчук О.Я.  
психолог Федкевич О.В.

**Рецензент:**

Підкоритов В.С., завідуючий відділом клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", доктор медичних наук, професор

Рішення Проблемної комісії МОЗ та НАМН України  
«Охорона здоров'я дітей шкільного віку та підлітків»,  
протокол № 5 від 17.12.2012.

Голова Проблемної комісії  
д-р мед. наук, професор

Коренев М.М.

**Перелік умовних скорочень**

ВНС	– вегетативна нервова система
BCP	– варіабельність серцевого ритму
ЕЕГ	– електроенцефалограма
еКС	– ентропія Колмогорова-Сіная
МКХ	– міжнародна класифікація хвороб
ММД	– мінімальна мозкова дисфункція
ЦНС	– центральна нервова система
5-ОІОК	– 5-оксиіндолоцтова кислота
CDRS-R	– шкала для оцінки депресії
ПК	– прогностичний коефіцієнт

## ЗМІСТ

Перелік скорочень .....	4
Вступ .....	5
Основна частина .....	7
1 До проблеми депресії у дітей 7–11 років .....	7
2 Концептуальні підходи до афективної патології. Термінологія .....	10
3 Критерії діагностики депресивного епізоду (розладу) за версією МКХ-10 .....	12
Клінічні, психологічні, нейрогормональні і нейрофізіологічні особливості депресії у дітей 7–11 років .....	15
1 Основні реєстри депресивних симптомів у дітей 7–11 років .....	18
2 Психологічні кореляти депресії у дітей 7–11 років .....	19
3 Нейрогормональні (біологічні) кореляти депресії .....	21
4 Нейрофізіологічні кореляти депресії .....	22
5 Клінічні варіанти депресії у дітей .....	23
Технологія діагностики депресії у дітей 7–11 років .....	25
Висновки .....	34
Перелік рекомендованої літератури .....	37

## Вступ

Проблема афективних розладів у дітей є однією з найбільш актуальних у сучасній психіатрії у зв'язку з почастищенням і «омолоджуванням» депресивних порушень (Goldstein T.R., 2007; Иовчук Н.М., 2009; Пилягина Г.Я., 2009; Марценковський І.А., 2010). Частота депресивних розладів у дитячій популяції варіює від 0,4–0,7 до 40,0 % (Dishman R.K. et al., 2006; Blanchard L.T., 2006; Weller E.B., Kloos A., 2006). В Україні розповсюдженість депресії серед дітей і підлітків складає 10,0–20,0 % (Підкоритов В.С., 2011). За даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, поширеність депресій у підлітковому віці досягає 30,0 % а середній вік їх виникнення наближається до дев'яти років. Депресивне порушення, що почалося в дитинстві, є не тільки предиктором високого суїцидального ризику, але і збільшує можливість виникнення рецидиву депресії. Враховуючи широке розповсюдження даної патології, складності кваліфікації, лікування і реабілітації цих пацієнтів, серйозний медико-соціальний прогноз, вивчення даних питань є вельми актуальною темою для практичної охорони здоров'я.

Методичні рекомендації створено за результатами інноваційної НДР «Визначити психопатологічні особливості депресії та механізми її формування у дітей 7–11 років» (2010-2012pp.) ДР № 0110U001047.

Вони присвячені визначенню клінічної феноменології, факторів ризику формування депресії та розрахунку критеріїв ранньої діагностики депресивних розладів у дітей 7–11 років.

Вперше виділено клінічні симптоми та синдроми депресії у дітей 7–11 років, розроблено критерії діагностики та з'ясовано механізм формування депресивних розладів в дитячому віці, що є передумовою для розробки програм терапевтичного втручання та профілактики рекурентного перебігу, гальмування вікових механізмів соціально-психологічної дезадаптації дітей.

Вперше виділено нейрофізіологічні маркери депресії у дітей 7–11 років на основі лінійного та нелінійного аналізу електроенцефалографії (ЕЕГ) та варіабельності серцевого ритму (ВСР). Встановлено, що в умовах когнітивного навантаження у дітей із депресією відбувається послаблення здатності до формування домінуючих систем певних структур мозку, які повинні забезпечувати ментальну діяльність. У дітей із депресією в умовах емоційної напруги реєструється односпрямована реакція лівої та правої півкуль, у той час, коли у здорових дітей спостерігаються різноспрямовані зміни.

Вперше наведено, 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.

Вперше в практиці видаються методичні рекомендації, в яких представлено таблиці, що дозволяють діагностувати депресію за сукупністю певних ознак депресії у дітей 7–11 років.

Методичні рекомендації в Україні видаються вперше, мають велику практичну та соціальну значущість для дитячих психіатрів, психологів, неврологів, педіатрів та сімейних лікарів. Їх впровадження дозволить проводити своєчасну діагностику депресивних розладів у дітей, забезпечить нівелювання можливих негативних варіантів перебігу захворювання із збереженням ресурсів соціальної адаптації дітей на подальших етапах їх дорослішання.

## **Основна частина**

### **1 До проблеми депресії у дітей 7–11 років**

Специфіка перших депресивних порушень у дитячому віці залишається однією з актуальних проблем клінічної і соціальної психіатрії. Поліморфізм психопатологічних симптомів у поєднанні з ізоморфізмом, рудиментарністю і незавершеністю, тісний зв'язок із соматичними розладами і поведінковими порушеннями створюють великі труднощі щодо виявлення і правильної кваліфікації депресивних станів.

Фундаментальні дослідження в області нейронаук, епідеміології, генетики, нейроморфології психічних хвороб

привели за останнє десятиліття до перегляду багатьох традиційних уявлень щодо нозологічної концепції в психіатрії, що відбилося в сучасній класифікації психічних захворювань, у тому числі і в систематиці депресивних розладів. Особливу актуальність має визначення критеріїв диференціальної діагностики і прогнозу перших депресивних епізодів, оскільки нерідко різні психічні захворювання в дитячому віці маніфестують схожими депресивними розладами. Суперечливі дані про частоту і прогноз депресії у дітей пов'язані із відмінностями у підходах дослідників. Загальноприйнятою є точка зору, що депресивні стани, які виникають у дитячому віці, мають обумовлену віком атипову клінічну структуру і виявляються переважно в маскованому вигляді. Надалі термін «маскована» депресія все частіше зустрічається для позначення «атипії» дитячих депресій, тобто невідповідних класичній клінічній картині "дорослої" депресії. Існують різні синдромологічні систематики депресії у дітей, які не мають єдиних критеріїв угруповання і окремо не відображають численність феноменологічних варіантів депресії.

Н.М. Іовчук (2006) на основі синдромального підходу виділяє у дітей 10 типів депресивних станів: тужливу, тривожну, боязливу, дисфорічну, unlust, динамічну, ступідну, субступорозну, сльозну, соматизовану депресії.

З часів Е. Крепеліна (1904) депресивний стан характеризувався так званою депресивною тріадою: знижений настрій, моторна і психічна загальмованість. Депресивній тріаді з цілісним і гармонійним гальмуванням у всіх ланках і до теперішнього часу надається велике значення як діагностичній ознаці ендогенної депресії.

Аналізуючи відмінності у феноменології депресій в дитячому і дорослому віці, деякі автори приходять до висновку, що в їх основі лежить недостатня зрілість і здібність до вербалізації депресивних переживань у дітей.

З виділенням у МКХ-10 ступеня тяжкості депресивного розладу в критерії диференціальної діагностики (дистимії, депресивного епізоду, реактивної депресії) зросла актуальність достовірної оцінки тяжкості стану. Для цих цілей запропоновано велику кількість стандартизованих шкал і опитувальників.

Проте, за думкою М. Covacs зі співавт. (2007), оцінка тяжкості депресивного розладу в дитячому віці по опитувальниках часто є неінформативною, через те, що депресивні ознаки виявляються на тлі незрілої здатності дитини до адекватної вербалізації переживань.

Широкі межі поширеності депресій у дитячій популяції відображають численні проблеми в кваліфікаційних підходах, зокрема нозологічному, а найбільш складними питаннями

залишаються феноменологія дитячої депресії, визначення критеріїв її ранньої діагностики.

## 2 Концептуальні підходи до афективної патології. Термінологія.

**Депресія** (від лат. depressio – придушення, пригноблення) – психічний розлад, що характеризується патологічно зниженим настроєм (гіпотимією) з негативною, песимістичною оцінкою себе, свого положення в навколишній дійсності і свого майбутнього. Депресивна зміна настрою, разом із спотворенням когнітивних процесів, супроводжується моторним гальмуванням, зниженням спонук до діяльності, соматовегетативними дисфункціями. Депресивна симптоматика негативно впливає на соціальну адаптацію і якість життя.

Термін "депресія" використовується для опису різних понять. Важливо розрізнити депресивний симптом, депресивний синдром і депресивний розлад.

**Депресивний симптом** виражається в тому, що дитина зазнає смутку і відчуває себе нещасною. Депресивні симптоми далеко не завжди свідчать про наявність будь-яких серйозних проблем, вони досить поширені у всіх вікових групах і виникають більш ніж у 40,0 % дітей.

У більшості з них депресивні симптоми мають тимчасовий характер, викликані подіями повсякденного життя і не є наслідком будь-якого розладу.

**Депресивний синдром** об'єднує групу симптомів – відчуття печалі, ослаблення інтересу до звичайних видів діяльності, когнітивні і мотиваційні порушення, зміни соматичного і психомоторного характеру. Депресивний синдром у дітей часто об'єднує симптоми тривожності і депресивності, які мають тенденцію об'єднуватися в загальний стан негативного афекту.

**Депресивний розлад** включає тривалий за часом депресивний синдром, який викликає значні погіршення стану організму.

Депресія впливає на різні сфери життя дітей і підлітків: настрої, поведінку, зміну життєвих настанов, мислення, фізичні зміни (порушення сну і розлади, пов'язані з прийманням їжі).

Дискретною тимчасовою одиницею афективного розладу є епізод депресії – період часу, протягом якого пацієнт має симптоми, відповідні діагностичним критеріям депресивного розладу. Між нападами (епізодами) зазвичай спостерігається повне одужання. Одиначні епізоди відрізняються від багатократних епізодів, оскільки значна частина хворих переносять тільки один епізод. Залежно від частоти повторення (більш за один) і тривалості депресивних епізодів (у поєднанні з вираженістю клінічної картини) виділяються:

- **рекурентний депресивний розлад (F 33)**
- **хронічний депресивний настрій – дистимія (F 34.1)**

Депресії розрізняють за трьома ступенями тяжкості: легкий, помірний і важкий.

Центральне місце в систематиці депресивних розладів займає категорія «депресивний епізод» – велика депресія, уніполярна або монополярна депресія, автономна депресія. Основний клінічний зміст депресивних розладів – порушення настрою найчастіше пригніблення (з наявністю або відсутністю супутньої тривоги) або підйому.

В медичній практиці і в наукових дослідженнях термін «депресія» використовується в наступних значеннях:

- як певний настрій, відчуття, емоція у межах нормального фізіологічного емоційного стану;
- як симптом депресивного розладу;
- як сам депресивний розлад.

### **3 Критерії діагностики депресивного епізоду (розладу) за версією МКХ-10 (F 32)**

#### **Загальні критерії**

- Депресивний стан зберігається щодня або значну частину часу дня протягом не менше двох тижнів.

- Протягом всього життя пацієнта ніколи не спостерігалися симптоми гіпоманії або манії, відповідні критеріям гіпоманіакального або маніакального станів.

- Відсутність підстав для зв'язку даного депресивного епізоду з вживанням психоактивних речовин або з будь-яким органічним психічним розладом.

#### **Характерні симптоми**

- Пригніченість настрою за ступенем вираженості не відповідає нормальному стану для даного пацієнта, яка зберігається протягом не менш двох тижнів.

- Втрата задоволення (задоволеності) від діяльності, яка раніше була приємною.

- Зниження енергії і виражена стомлюваність.

#### **Додаткові симптоми**

- Зниження здатності до концентрації уваги.
- Зниження самооцінки і відчуття впевненості в собі.
- Самозвинувачення без приводу, або нез'ясовне відчуття провини.
- Песимістичне бачення майбутнього.
- Думки про смерть або самогубство, або суїцидальна поведінка.
- Розлади сну будь-якого типу.



- Зміна апетиту (зниження або підвищення) з відповідними змінами маси тіла.

Симптоми депресивного розладу, умовну кількість яких можна обмежити десятьма, відображають клінічні ознаки депресивного розладу і розділяються на дві групи – **характерні і додаткові симптоми**.

**Характерні** симптоми зниженого настрою, втрати інтересів і відчуття задоволення, зниження енергії є ключовими для встановлення діагнозу депресивного епізоду в першому випадку або при повторних епізодах і є підставою для постановки діагнозу. За відсутності двох з трьох симптомів діагноз депресії слід відхилити.

**Додаткові** симптоми у клінічній практиці доповнюють і підтверджують достовірність діагностики депресивного розладу. Додаткові симптоми часто мінливі, можуть зустрічатися в різних комбінаціях і тлумачитися зовнішніми психологічними або соматичними обставинами.

Між діагностичними критеріями депресії згідно DSM-4, що застосовуються у дорослих і дітей при постановці діагнозу депресивного розладу, великих відмінностей не існує.

## **Клінічні, психологічні, нейрогормональні і нейрофізіологічні особливості депресії у дітей 7–11 років**

Комплексне клініко-психопатологічне дослідження (125 дітей) проводилося у відділенні дитячої психіатрії клініки ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України" у 2010-2012 рр. Відповідно до поставлених завдань дослідження, відбір клінічного матеріалу здійснювався з урахуванням наступних основних критеріїв: наявність депресії (відповідно діагностичним критеріям «Депресивного епізоду» (F 32) за МКХ-10); початок депресії у молодшому шкільному віці (7–11 років).

У дослідження включалися хворі з депресією, клінічна картина яких характеризувалася афективними, невротичними і поведінковими розладами. Умовою відбору було обстеження хворих під час депресивного стану, а також можливість динамічного спостереження дітей. Критерії виключення: наявність поточного органічного захворювання ЦНС; наявність розладів галюцинаторно-параноїдного регістру у статусі на момент обстеження; розумова відсталість (F 70); олігофреноподібний дефект при шизофренії (F 20.58).

Відповідно до завдань дослідження, направлених на вивчення широкого психопатологічного спектра депресивних розладів у дітей віком 7–11 років і виділення типів із характерними

структурними особливостями, закономірностями динаміки і внутрішньої взаємодії, як основний використовувався клініко-психопатологічний метод.

У якості оціночних інструментів використовувалася шкала CDRS-R для оцінки депресії у дітей, яка оцінює 17 симптомів, зокрема, що входять у критерії «Діагностичного і статистичного керівництва по психічних хворобах» для діагностування депресивних розладів. Шкалу оцінки ступеня депресії CDRS-R розроблено для дітей 6–12 років.

Клініко-психопатологічний метод дослідження був доповнений розробленими анкетами для стандартизації результатів клінічного обстеження дітей 7–11 років (анкети, що об'єднують особливості онтогенезу, клінічних, соматоневрологічних, соціальних, біологічних, психологічних, нейрогормональних і нейродинамічних характеристик у єдину системну модель).

Серед інших психодіагностичних методик були використані: патохарактерологічний опитувальник Р. Шмішека, методика А.Р. Лурія «Запам'ятовування 10 слів», тест Дж. Букома «Будинок, Дерево, Людина», проєктивна методика дослідження особистості Lusher Farbwahl Test, заснована на суб'єктивній перевазі колірних стимулів (В.В. Джос, Л.Н. Собчик).

Для оцінки функціонального стану головного мозку проводилася електроенцефалографія (ЕЕГ) відповідно до протоколу Міжнародної асоціації клінічної нейрофізіології IFCN (1998). Для реєстрації ЕЕГ і поглибленого спектрально-когерентного аналізу ЕЕГ використовувалася комп'ютерна система Neuro Researcher®, 2003.

Проводився нелінійний багатовимірний аналіз детерміністського хаосу ЕЕГ. Обчислювалася ентропія Колмогорова-Сіная (еКС) (динамічна ентропія). Ентропія Колмогорова-Сіная характеризує ступінь розгону близьких фазових траєкторій. Вона дозволяє оцінити кількість інформації, яка необхідна для прогнозу поведінки динамічної системи мозку в майбутньому.

Вміст серотоніну визначався флуориметричним методом В.І. Кулінського і Л.С. Костюковської. У добовій сечі визначали рівень основного метаболіту серотоніну – 5-оксиіндолоцтової кислоти (5-ОІОК) колориметричним методом, мелатоніну – методом Друєкса у модифікації Г.В. Зубкова.

Нормативні показники гормонів були отримані у лабораторіях ДУ «ІОЗДП НАМН» при обстеженні здорових школярів (контрольна група) м. Харкова.

Статистичний аналіз даних, отриманих у процесі роботи, був виконаний за допомогою пакетів програм «Microsoft Excel» з

визначенням основних статистичних показників ряду (M, m, Me, SD). Для встановлення значущості відмінностей між ознаками, які порівнювалися, використовували параметричний критерій Ст'юдента і непараметричний Вилкоксона-Манна-Уїтні.

## **1 Основні регистри депресивних симптомів у дітей 7–11 років**

- Афективні
- Соматичні
- Моторна сфера
- Психологічні
- Соціальні

**Афективні** (емоційні) симптоми: зниження фону настрою, надмірна плаксивість, емоційна нестійкість, дратівливість, нудьга, втрата мотивації до діяльності, тривога, фобії, агресія, збудливість.

**Соматичні (біологічні, вітальні):** розлади сну – постійна сонливість або безсоння, порушення формули сну, сноговорення, бруксизм; розлади апетиту – зниження або підвищення, надмірна стомлюваність, зниження енергії. Тілесні і вісцеральні прояви – головний біль, артралгії та інші скарги – кардіалгії, гастралгії, енурез.

**Моторна сфера (рухові, психомоторні):** загальмованість рухів, недостатність мускульної експресії у вигляді придушення афекту у виразі обличчя, млявість мови, непосидючість, метушливість, гіпоактивність або гіперактивність

**Психологічні:** зниження концентрації уваги, погіршення успішності в школі, зниження впевненості в собі, низька самооцінка, надмірне відчуття провини, хворобливі ідеї, суїцидальне мислення.

**Соціальні:** соціальна відчуженість, комунікативні порушення, конфліктність у мікросоціумі (у сім'ї) і в школі.

**Вітальні прояви:** зниження цікавості і задоволення від звичайної діяльності, яка раніше була приємною.

У дітей 7–11 років максимальну інтенсивність (за тестом депресії SDRS-R) мали наступні депресивні симптоми: зниження фону настрою (5,72 балів), гіперактивність (5,70 балів), придушення афекту у виразі обличчя (5,68 балів), погіршення успішності у школі (5,62 балів), скарги на стан здоров'я (5,22 балів), суїцидальне мислення (4,98 балів), надмірна втомлюваність (4,96 балів), надмірна плаксивість (4,94 балів), низька самооцінка (4,38 балів).

## **2 Психологічні кореляти депресії у дітей 7–11 років**

Максимальну питому вагу серед факторів психологічної травматизації мають фактори шкільного середовища (45,6 %),

сім'ї (28,0 %) та проблем з однолітками (19,6 %). Серед інших чинників ризику виникнення депресії у дітей виділено розлучення батьків, згвалтування, депресія у матері, сіблінгове суперництво, виховання прабатьками.

У дітей 7–11 років із депресією реєстровано **акцентуації характеру**:

- слабка (7,1 %)
- преацентуація (55,8 %)
- акцентуація (27,4 %)
- виражена (9,7 %).

Найбільшу питому вагу серед типів акцентуації характеру мають циклотимічний, гіпертимний, дистимічний і психастенічний типи. Другу позицію займають тривожний, емотивний і збудливий типи. У 68,6 % хворих зареєстровано змішані варіанти (від двох до п'яти та більше) акцентуації.

У структурі особистості виявлено такі особливості, як збудливість та сензитивність.

#### **Емоційний стан:**

- зниження фрустраційної толерантності до стресів (100,0 %)
- зниження активності (93,6 %)
- відсутність самоповаги (94,4 %)
- недостатність емоційних зв'язків (65,6 %),
- відсутність прагнення до нового (94,4 %).

#### **Когнітивні розлади:**

- порушення швидкості реакції уваги (82,6 %)
- порушення концентрації уваги, переважно за нестійким (71,7 %) і рідше астеничним (19,6 %) типами
- порушення типу динаміки запам'ятовування – нестійкий та астеничний.

#### **Шкала оцінки депресії у дітей (CDRS-R)**

Легка депресія (20–40 балів) – 1,2 %

Помірна депресія (40–60 балів) – 55,6 %

Виражена депресія (60–80 балів) – 41,6 %

Глибока депресія (80–113 і більш балів) – 1,6 %

За тяжкістю превалюють помірна та виражена депресії. Рідше реєстровано легку і глибоку депресії.

### **3 Нейрогормональні (біологічні) кореляти депресії**

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. Синдромостворення більшості клінічних варіантів депресії у дітей 7–11 років відповідає концепції «низького мелатоніну», а випадки соматизації депресивного радикалу зумовлюються перевагою його високих рівнів.

#### 4 Нейрофізіологічні кореляти депресії

У дітей 7–11 лет із депресією виявлено зниження показників еКС, особливо у тривало-хвильовому діапазоні, де реєструється різноспрямований характер реагування у бік дезорганізації спектральних показників у фронтальних відведеннях, при порівнянні із дітьми групи контролю: F7 –  $(2,59 \pm 0,17)$  відносно  $(3,55 \pm 0,36)$ ; F3 –  $(2,11 \pm 0,24)$  відносно  $(2,91 \pm 0,28)$ ; F4 –  $(2,15 \pm 0,14)$  відносно  $(3,10 \pm 0,42)$ . Зменшення показників свідчить про зменшення рівнів хаосу та свободи – здатності до формування нейрозв'язків.

Виділено кількісні нейрофізіологічні маркери депресії у дітей 7–11 років (модель депресії та модель функціонування мозку у здорових однолітків за факторним аналізом параметрів еКС 16 областей півкуль мозку):

– 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 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 та когнітивно-редуктований фактори, які свідчать про сімультантність мислення, тобто одночасної наявності кількох ментальних процесів, що є одним з провідних механізмів формування стану емоційного стресу.

Аналіз варіабельності серцевого ритму – індексів тривоги та типу реакції тривоги, що проводився паралельно із ЕЕГ, виявив у дітей із депресією високий рівень напруження систем регуляції, виражену централізацію управління в стані спокійного неспання, недостатність централізації управління серцевим ритмом в умовах ментального навантаження, наявність зниження адаптаційних резервів.

#### 5 Клінічні варіанти депресії у дітей

- Соматизований
- Поведінковий
- Тривожний
- Астенічний
- Апатичний
- Фобічний
- Псевдоневрологічний

Як самостійне захворювання у вигляді нозологічної форми, невротичну депресію встановлено у 4,8 % дітей 7–11 років. Гендерних розбіжностей у частоті різних варіантів депресії на даному онтогенетичному етапі розвитку дитини не встановлено.

Встановлено взаємозв'язок розвитку депресії та соціодемографічних показників (виховання прабатьками, порушення відносин у системі «мати-дитина», відсутність батька, депресія у матері, місце мешкання, хронічні конфлікти у школі, вища освіта матері); обтяженості пре- та постнатального онтогенезу, невропатії у ранньому дитинстві, наявності психопатологічних проявів на першому році життя (гіперзбудливість, загальмованість), недостатності емоційного зв'язку на ранньому етапі онтогенезу, соматоневрологічної ослабленості, частих застуд у ранньому дитинстві; психологічних показників (успішність у навчанні, наявність хронічних конфліктів у школі або в сім'ї, низька самооцінка, збудливість і тривога як базисні риси характеру, наявність поліакцентуацій із превалюванням збудливого типу акцентуації). На формування депресивних розладів у дітей впливають поєднані психотравмуючі чинники (від двох до п'яти чинників). У дітей змішані психосоціальні стресори виступають у ролі тригера афективних розладів частіше, ніж ізольовані.

## Технологія діагностики депресії у дітей 7–11 років

Технологія діагностики депресії у дітей включає три етапи:

**I етап - виділення реєстру клінічних симптомів:** пригнічений настрій, зниження успішності в школі, труднощі з отриманням задоволення, соціальна самоізоляція, порушення сну, порушення апетиту, надмірна стомлюваність, скарги на стан здоров'я, дратівливість, надмірне відчуття провини, низька самооцінка, надмірна плаксивість, утримування афекту у виразі обличчя, гіперактивність, зниження концентрації уваги при відсутності мінімальної мозкової дисфункції (ММД), зниження пам'яті за нестійким типом, суїцидальні думки і суїцидальна поведінка.

**II етап – якщо розлад відповідає критеріям депресії, то переходять до вивчення анамнезу з акцентом на наступні моменти:** початок депресивного розладу; минулі і справжні проблеми із здоров'ям в цілому; особливості розвитку на ранньому етапі онтогенезу; характеристика психосоціальних стресорів, зв'язок клініки з будь-якою фізичною або психічною дією; наявність депресивних епізодів у минулому.

**III етап діагностичної процедури – визначення варіанта депресії** проводиться із акцентом на зв'язок із фізичною або психічною дією; характер і перебіг основних психопатологічних

проявів; тривалість депресивних порушень.

Для визначення критеріїв діагностики депресії у дітей 7–11 років зі всієї сукупності клінічних, психологічних, нейрогормональних, нейрофізіологічних показників і ряду інших параметрів, що включені до реєстру первинного обстеження пацієнта із депресією, було проаналізовано 88 ознак.

**Серед клінічних ознак** ризику розвитку і формування депресії були включені: погіршення успішності в школі, труднощі в отриманні задоволення, соціальна самоізоляція, порушення сну, порушення апетиту, надмірна стомлюваність, скарги на стан здоров'я (дорсалгії, кардіалгії, диспное, гастралгії, цефалгії та ін.) – от їх появи у вигляді періодичних скарг, які не здаються надмірними, до заклопотаності больовими відчуттями, що регулярно заважають ігровій діяльності), дратівливість, відчуття провини, низька самооцінка, пригнічений настрій, хворобливі ідеї, суїцидальне мислення, плаксивість, придушення афекту у вираз обличчя, млявість мови, гіпо- або гіперактивність, зниження енергії.

**У реєстр психологічних ознак депресії включені:** характеристика пам'яті (рівень і динаміка запам'ятовування, наявність інтерференції), труднощі в концентрації уваги (включаючи її динаміку), емоційна лабільність, тривога, астенія, збудливість, зниження інтересу до подій, що

відбуваються, страхи, панічні атаки, сензитивність, рівень емоційних зв'язків, рівень активності та адаптації, ворожість, агресія, тип акцентуації характеру, характеристика ММД (швидкість і точність виконання тесту), ступінь вираженості депресії, характеристика психосоціального стресору і конфлікту (гострий, хронічний).

До аналізу інформативності діагностичних критеріїв депресії у дітей були включені показники вмісту в крові рівня серотоніну, 5-ОІОК (у сечі) і рівня мелатоніну, а також ряд нейрофізіологічних корелятивів (рівень ентропії, наявність асиметрії півкуль головного мозку, характеристика варіабельності серцевого ритму).

Прогностичні таблиці були складені із урахуванням інформативності клінічних, психологічних, нейрогормональних і нейрофізіологічних показників депресії у дітей. Результати проведеного нами дослідження дозволили виділити і систематизувати ознаки, найбільш значущі в діагностиці депресії у дітей, як критерії діагностики.

Таблиця

**Клінічні і психологічні діагностичні критерії депресії  
у дітей 7–11 років**

Ознака	Градація / тип ознаки	Прогн. коэф. (ПК)	Інформа- тивність
1	2	3	4
<b>Клінічні</b>			
Погіршення успішності в школі	є немає	-5,26 4,18	0,64 0,84
Труднощі з отриманням задоволення	є немає	-2,51 3,48	0,40 0,56
Соціальна самоізоляція	є немає	-4,85 6,61	1,37 1,87
Порушення сну	є немає	-2,34 2,64	0,28 0,29
Порушення апетиту	є немає	-1,26 2,31	0,12 0,41
Надмірна стомлюваність	є немає	-1,16 3,22	0,31 0,56
Скарги на стан здоров'я	є немає	-2,54 3,59	0,04 0,09
Дратівливість	є немає	-2,99 3,97	1,27 0,35
Надмірне відчуття провини	є немає	-2,51 1,27	0,82 0,09
Низька самооцінка	є немає	-4,04 1,64	0,47 0,51

Пригнічений настрій	є немає	-5,28 1,84	0,42 0,68
Хворобливі ідеї	є немає	-0,54 1,59	0,32 0,06
Суїцидальні думки	є немає	-4,64 2,42	0,60 0,29
Плаксивість	є немає	-1,88 4,18	0,62 0,88
Придушення афекту у виразі обличчя	є немає	-1,54 2,64	0,22 0,29
Зниження енергії	є немає	-2,44 4,93	0,43 0,27
Млявість мови	є немає	-1,88 3,09	0,54 0,50
Гіпоактивність	є немає	-0,96 3,40	0,54 0,59
Гіперактивність	є немає	-5,04 3,31	0,62 0,47
<b>Психологічні</b>			
Фобії	є немає	-1,44 0,80	0,41 0,03
Агресія	є немає	-3,32 4,20	0,64 0,84
Тривога	є немає	-3,22 2,84	0,40 0,35
Зниження пам'яті	є немає	-1,29 2,14	0,45 0,22
Порушення динаміки запам'ятовування	є немає	-3,28 2,69	0,60 0,36



Порушення концентрації уваги	є	-3,28	0,46	
	немає	4,64	0,86	
Недостатня самоповага	є	-2,88	0,64	
	немає	3,48	0,58	
Конфліктність	є	-3,73	0,45	
	немає	3,49	0,77	
Сензитивність	є	-2,42	0,63	
	немає	4,23	0,88	
Зниження інтересу до подій, що відбуваються	є	-3,84	0,66	
	немає	4,88	0,47	
Недостатність емоційних зв'язків	є	-2,46	0,76	
	немає	4,34	0,28	
Порушення адаптації	є	-3,21	0,29	
	немає	4,24	0,48	
Стомлювання	є	-2,30	0,22	
	немає	3,48	0,67	
Труднощі у концентрації уваги	є	-1,99	0,64	
	немає	2,59	0,51	
ММД – наявність	є	-1,11	0,43	
	немає	2,76	0,83	
ММД – порушення швидкості виконання тесту	є	-3,35	0,29	
	немає	4,31	0,77	
ММД – порушення точності виконання тесту	є	-2,02	0,43	
	немає	4,32	0,80	
Рівень стресу середній	є	-2,05	0,57	
	немає	4,21	0,89	
Психосоціальний стресор	гострий	є	-1,88	0,44
		немає	2,00	0,66
	хронічний	є	-3,68	0,32
		немає	1,24	0,56
Рівень депресії	мінімальна	є	-0,88	0,86
		немає	2,04	0,64
	помірна	є	-3,44	0,76
		немає	1,56	0,99
виражена	є	-2,22	0,41	
	немає	4,34	0,73	

Акцентуація характеру	дистимічна	є	-2,82	0,46
		немає	3,00	0,42
	збудлива	є	- 2,00	0,33
		немає	3,89	0,45
	циклоїдна	є	-1,49	0,41
	немає	2,01	0,66	
сензитивна	є	-3,02	0,55	
	немає	4,21	0,72	
полі-акцентуація	є	-3,14	0,67	
	немає	3,03	0,76	

Виділено найбільш інформативні клінічні критерії депресії у дітей 7–11 років: пригнічений настрій (ПК = -5,28), погіршення успішності в школі (ПК = -5,26), гіперактивна поведінка (ПК = -5,04), соціальна самоізоляція (ПК = -4,85), суїцидальне мислення (ПК = -4,64), низька самооцінка (ПК = -4,04). Серед додаткових симптомів виділено: дратівливість (ПК = -2,99) скарги на стан здоров'я (ПК = -2,54), труднощі з отриманням задоволення (ПК = -2,51), надмірне відчуття провини (ПК = -2,51), порушення сну (ПК = -2,34).

У перелік психологічних критеріїв виділено: зниження інтересу до подій (ПК = -3,84), що відбуваються, конфліктність (ПК = -3,73), хронічний стрес (ПК = -3,68), помірний рівень депресії (ПК = -3,44), порушення швидкості виконання тесту ММД (ПК = -3,35), агресія (ПК = -3,33), порушення динаміки запам'ятовування (ПК = -3,28), порушення концентрації уваги

(ПК = -3,28), тривога (ПК = -3,22), наявність поліакцентуації (чотири і більш) (ПК = -3,14), сензитивної (ПК = -3,02) та дистимічної (ПК = -2,82) акцентуації характеру.

Таблиця

**Нейрогормональні показники діагностичній інформативності депресії у дітей 7-11 років**

Нейрогормональні показники депресії	Градація ознаки	Стать хворих			
		хлопчики		дівчата	
		ПК	Інформативність	ПК	Інформативність
Серотонін, мкмоль/л	- підвищений	-0,29	0,03	-0,25	0,03
	- нормальний	0,79	0,01	1,60	0,25
	- знижений	0,39	0,05	0,96	0,07
5-ОІОК, мкмоль/доб	- підвищений	-3,52	0,73	-1,90	0,28
	- нормальний	0,58	0,04	0,86	0,07
	- знижений	0,13	0,07	0,20	0,34
Мелатонін, нмоль/доб	- підвищений	0,12	0,07	-0,45	0,19
	- нормальний	2,77	0,53	2,08	0,25
	- знижений	-2,88	0,07	-2,69	0,04

Нейрофізіологічним критерієм депресії у дітей 7–11 років є зниження ентропії у фронтальних відділах мозку (ПК = -3,02). Умовно прогностично сприятливими нейрофізіологічними ознаками є емоційно напружена діяльність у вигляді інтелектуального навантаження, яка викликає тенденцію до збільшення еКС у лобних відведеннях.

Технологія діагностики депресивних розладів у дітей молодшого шкільного віку здійснюється з використанням клініко-психопатологічного, психологічного і нейрофізіологічного (рівень еКС) методів.

Депресія діагностується при наявності не менш двох *клінічних* показників (зниження настрою протягом останніх двох тижнів та гіперактивності або гіпоактивності) та наступних *психологічних* показників за шкалою оцінки депресії CDRS-R: розділ «погіршення успішності в школі» – не менш 3 балів, розділ «надмірна плаксивість» – не менш 3 балів (при загальній Т-оцінці не менш 40); зниження пам'яті за нестійким типом (за методикою оцінки пам'яті); наявність зниження концентрації уваги при відсутності мінімальної мозкової дисфункції (за методикою Тулуз-П'єрона); наявність надмірної втомлюваності (високий коефіцієнт стомлювання) і високого коефіцієнта тривоги (за тестом Люшера), а також при низьких показниках еКС ЕЕГ у фронтальних відведеннях та їх зменшенні при емоційно напруженій діяльності (інтелектуальному навантаженні).

Спосіб діагностики депресії у дітей 7-11 років має переваги тому, що для практичного використання необхідно визначити наявність лише двох груп показників, а саме клінічних та психологічних характеристик депресивного розладу. Підтвердженням клінічного діагнозу на синдромологічному та нозологічному рівнях є визначення специфічних змін ентропії Колмогорова-Сіная (Пат. № 68634 UA).

**Сукупність діагностичних ознак підтверджує наявність або відсутність депресії.**

Рання діагностика депресії у дітей молодшого шкільного віку дозволяє на ранньому етапі онтогенезу розпізнати перші клінічні ознаки депресивного розладу (як симптом, як синдром, як хворобу) та попередити розвиток хронічної дистимії та суїцидальної поведінки.

### **Висновки**

1. У структурі депресії у дітей 7–11 років превалюють симптоми: погіршення успішності у школі, дратівливість, пригнічений настрій, скарги на стан здоров'я, гіперактивність поведінки, легке придушення афекту у виразі обличчя, надмірна плаксивість, труднощі з отриманням задоволення, надмірна стомлюваність, низька самооцінка, порушення сну, надмірне відчуття провини, порушення апетиту, соціальна самоізоляція,

млявість мови, хворобливі ідеї і суїцидальне мислення. Рівень депресії частіше – помірний або виражений, що свідчить про запізню її діагностику на даному етапі онтогенетичного розвитку.

2. Депресії у дітей 7–11 років представлені поведінковим, тривожним, астенічним, соматизованим, апатичним, псевдоневрологічним, фобічним синдромами.

3. Встановлено, що на формування депресивних розладів у дітей впливають поєднані психотравмуючі чинники (від двох до п'яти чинників). У дітей змішані психосоціальні стресори виступають у ролі тригера афективних розладів частіше, ніж ізольовані.

4. Депресія у дітей 7–11 років пов'язана із порушенням нейроонтогенезу і чинниками диспозиції – наявністю психопатології на першому році життя, неповною сім'єю, вихованням прабадьками, депресією у матери, низьким матеріальним рівнем забезпечення сім'ї, хронічними конфліктами у сім'ї, низькою успішністю у школі, соматоневрологічною обтяженістю, частими застудами в ранньому дитинстві.

5. Діти із депресією мають достовірно нижчі показники еКС у фронтальних відведеннях, ніж здорові діти, що дозволяє виділити ці показники як індикатор залучення відповідних структур мозку у досліджуванні психічної емоційної діяльності дітей із депресією.

6. Формування депресії у дітей 7–11 років реалізується в умовах дисбалансу нейромедіаторних систем. У хворих із депресією вміст серотоніну та екскреція його основного метаболіту, 5-ОІОК, 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, про його стримуючий, гальмівний характер щодо емоційних та поведінкових розладів, які супроводжують стрес.

7. Доведено, що в формуванні депресії найбільш значущими факторами є: стресовий (поєднання багатьох психосоціальних стресорів) та морфофункціональній (зниження еКС ЕЕГ у лобних відведеннях, односпрямована реакція правої і лівої півкуль в умовах емоційно – когнітивного і когнітивно-редукованого факторів нейрогенезу), що підтверджують провідну роль емоційного стресу у формуванні афективної патології у дітей. Суттєве значення мають чинники соматоневрологічної ослабленості, наявності психологічних предикторів (тривога, акцентуація характеру), спадкової обтяженості психічними захворюваннями, нейрогормонального дисбалансу нейромедіаторної системи.

### Перелік рекомендованої літератури

1. Угрин Д. Подходы к диагностике и лечению депрессии у детей и подростков в Великобритании [Текст] / Д. Угрин // *Нейронews*. – 2007. – № 2. – С. 35-40.
2. Марценковский И.А. Депрессивные и дисморфные нарушения у детей: взгляд через призму психиатрии развития [Текст] / И.А. Марценковский, Я.Б. Бикшаева // *Здоров'я України*. – 2007. – № 11/1. – С. 52-54.
3. Марценковський Ю.О. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у дитячому віці [Текст] // Ю.О. Марценковський, Я.Б. Бікшаева, Л.Р. Бутейко // *Нейрон-NEWS неврология и психиатрия*. – 2007. – № 3 (4). – С. 19-26.
4. Иванова Т.И. Предиспозиционные факторы развития депрессивных расстройств у детей [Текст] / Т.И. Иванова // *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. – 2009. – № 1. – С. 41-45.
5. 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.
6. Современное представление о патогенезе депрессии у детей и подходы к антидепрессивной терапии [Текст] / Э.А Михайлова [и др.] // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 144.

7. Кравченко Н.Е. Непсихотические депрессии с расстройствами поведения у подростков / Н.Е. Кравченко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Т. 12. – № 1. – С. 4-7.

8. Клинические варианты невротической депрессии у детей и подростков [Текст] / Т.Ю. Проскурина [и др.] // Медико-соціальні проблеми формування здоров'я дітей та підлітків, шляхи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. – Х., 2010. – С. 139-140.

9. Патопсихологические маркеры дифференциальной диагностики невротической депрессии у детей и подростков [Текст] / Э.А. Михайлова [и др.] // Депресивні розлади у дітей: матеріали наук. симп. – Х., 2010. – С. 54-56.

10. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий [Текст] / О.П. Вертоградова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 5-10.

11. Пат. № 68634 UA Спосіб діагностики депресії у дітей молодшого шкільного віку / Е.А. Михайлова [та ін.] / заявник і патентовласник ДУ «ІОЗДП НАМН». – № U 2011 06932; заявл. 01.06.2011; опубл. 10.04.2012, Бюл. № 7.

12. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample [Text] / С. Zlotnick [et al.] // Compr. Psychiatry. – 2008. – No 49 (2). – P. 163-169.

13. Luby J.L. Early childhood depression / J.L. Luby // Am. J. Psychiatry – 2009. – Vol. 166, No 9. – P. 974-979.

14. Andrew J. Barnes Suicide and Self-Injury Among Children and Youth With Chronic Health Conditions / Andrew J. Barnes, Marla E. Eisenberg // Pediatrics. – 2010. – Vol. 125, No 5. – P. 889-895.

15. Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample [Text] / Katie J.S. Lewis, Becky Mars, Gemma Lewis, Frances Rice [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2012. – Vol. 141, No 2. – P. 233-236.

16. Наказ МОЗ України від 22.01.2007 № 20 «Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги»

17. Наказ МОЗ від 05.02.2007 № 59 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».

18. Наказ МОЗ України від 30.08.2012 № 668 «Про затвердження Концепції щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям».