

ДЕПРЕССИЯ

Термин депрессия может относиться к одиночному симптому, совокупности симптомов или расстройству.

Депрессия как одиночный симптом

Эпидемиологические исследования показывают, что многие дети несчастны. В исследованиях на острове Уайт среди 10-летних детей примерно 10% были несчастны, по мнению их родителей, и более 40% 14-летних были несчастны согласно собственным отчетам (при этом на интервью почти 15% были отчетливо грустными). Среди детей с психическими расстройствами симптом печали встречается еще чаще (распространен как среди детей с расстройствами поведения, так и среди детей с эмоциональными расстройствами). Отличается ли симптом депрессии от обычной грусти качественно или лишь количественно – неясно. Возможные признаки, разграничивающие нормальную грусть и ненормальную депрессию, включают тяжесть, устойчивость и качество настроения, т.е. ребенок описывает настроение как качественно отличное от обычной грусти.

Депрессия как совокупность симптомов

У детей, как и у взрослых, симптом депрессии иногда является частью более широкой констелляции аффективных, когнитивных и поведенческих симптомов. Сопутствующие симптомы включают: снижение или потерю способности испытывать удовольствие (агедония); низкую самооценку; самообвинение; чувство вины, беспомощность; безнадежность; суицидальные мысли и действия; потерю энергии; плохую концентрацию внимания; беспокойность; а также изменения аппетита, веса и сна. Совокупность симптомов депрессии - не всегда ненормальна; например она входит в состав нормального горя.

Депрессия как расстройство

Когда следует ребенка с совокупностью симптомов депрессии отнести к страдающим от депрессивного расстройства? За последние два десятилетия критерии стали менее строгими, в результате частота диагностированной депрессии разительно возросла. И DSM-IV и исследовательская версия МКБ-10 указывают, что для того, чтобы составить депрессивный эпизод, симптомы должны длиться, по меньшей мере, две недели, а ключевые симптомы должны присутствовать большую часть дня в течение большинства этих дней. Некоторые определения устанавливают, что расстройство имеется только тогда, когда депрессивные симптомы приводят к социальной неспособности, а также к страданию; преимущество этого дополнительного критерия - в том, что заостряются различия между нормальностью и ненормальностью, а недостаток – в том, что исключаются дети, которым удается продолжать свою каждодневную жизнь, хотя депрессивные симптомы причиняют им много страданий. У некоторых детей, полностью не соответствующих диагностическим критериям депрессивного расстройства, действительно имеются депрессивные симптомы - как часть относительно недифференцированного эмоционального расстройства, которое также включает симптомы тревоги, боязливость и обсессивность, - такие дети встречаются часто, но с ними не очень хорошо справляются современные диагностические системы. Условились, что депрессивные расстройства не диагностируют, если ребенок, помимо этого, соответствует критериям шизофрении.

Признаки депрессии в разном возрасте

Дети до пяти лет, разлученные со своими фигурами привязанности, часто проходят через стадию отчаяния, однако неясно, эквивалентно ли это отчаяние депрессии. Однако примерно с восьмилетнего возраста некоторые дети действительно испытывают депрессивные расстройства, феноменологически очень похожие на депрессивные расстройства взрослых. Это сходство дает возможность диагностировать депрессивные расстройства детского возраста, используя немодифицированные (или лишь слегка модифицированные) критерии для взрослых. Нарушение сна и аппетита, по-видимому, встречаются реже, чем у взрослых. Чувства вины и безнадежности у депрессивных детей, вероятно, встречаются реже, чем у депрессивных подростков и взрослых (возможно, отражая когнитивную изошренность, необходимую для того, чтобы ощущать вину или безнадежность). Суицидальные планы у депрессивных детей обычно менее летальны, чем у депрессивных подростков или взрослых: например они пытаются утонуть, держа в ванне голову под водой. Конstellляции депрессивных симптомов в детстве могут включать отказ или нежелание посещать школу, раздражительность, боли в животе и головную боль. На самом деле всегда следует спрашивать о соматических жалобах; они, вероятно, скорее правило, чем исключение, и не просто следствие сопутствующей тревоги.

Депрессивные эквиваленты

Высказано предположение, что многие детские психические расстройства в диапазоне от энуреза до расстройства поведения являются детскими эквивалентами депрессии взрослых, даже если дети не кажутся несчастными. В пользу этой точки зрения нет достаточных доказательств, и в отсутствие отчетливых аффективных симптомов не следует диагностировать депрессию у детей.

Эпидемиология

В исследовании на острове Уайт депрессия обнаружена у 0,2% 10-летних и 2% 14-летних. В последних исследованиях сообщается о большей распространенности: тяжелые депрессивные эпизоды когда-либо имели до 1% детей, не достигших пубертатного возраста, и примерно 1-5% подростков. Подъем в подростковом возрасте, по-видимому, более тесно связан с уровнем полового созревания, чем с хронологическим возрастом. Исследования, основывающиеся главным образом на данных информантов (родителей и учителей), показывают более низкую частоту депрессии, чем исследования, основывающиеся главным образом на самоотчетах детей и подростков. Остается неясным долгосрочное значение внутренней печали, незаметной для родителей и учителей. Преобладание женского пола, наблюдаемое при депрессии взрослых, выражено начиная со среднего или позднего подросткового возраста; до пубертатного возраста соотношение полов 1:1, и даже может быть преобладание мужского пола. Предполагалась связь с социальным неблагополучием, но имеющиеся данные противоречивы. Данные последних десятилетий свидетельствуют о том, что распространенность депрессии детского возраста возросла, а средний возраст начала - уменьшился. Вероятно, это отражает реальные тенденции, а не то, что улучшилось выявление или диагностические критерии стали менее строгими.

Классификация

У детей и подростков с достаточно устойчивыми депрессивными симптомами для того, чтобы соответствовать критериям депрессивного эпизода, может быть поставлен один из нескольких диагнозов, в зависимости от того, сколько у них было эпизодов, и были ли у них также какие-либо маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды. Так, дети с двумя и более тяжелыми депрессивными эпизодами, но без маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов по DSM-IV могут быть отнесены к имеющим тяжелое рекуррентное депрессивное расстройство. Дети с меньшей симптоматологией могут соответствовать диагностическим кри-

териям дистимии или расстройства адаптации с депрессивным настроением. Дистимия включает легкие хронические симптомы в течение, по меньшей мере, одного года (в отличие от двух лет, поставленных условием для взрослых). Расстройство адаптации может быть диагностировано, если симптомы возникают вскоре после идентифицируемого стрессора: в пределах одного месяца, согласно МКБ-10, и в пределах трех месяцев, согласно DSM-IV, - и после стрессора держатся не дольше, чем шесть месяцев.

Сопутствующие признаки

- (1) **Коморбидность.** В эпидемиологических выборках более чем у 50% депрессивных детей имеется, по меньшей мере, еще одно психическое расстройство (обычно тревога или поведенческое расстройство), а в клинических выборках распространенность коморбидности часто еще выше.
- (2) **Трудности в дружеских отношениях** часто встречаются во время депрессивных эпизодов и могут им предшествовать (а возможно, что и провоцировать эти эпизоды).
- (3) **Биологические признаки.** Исследования сна не указывают систематически на такого рода аномалии, какие описаны у взрослых (но они также менее выражены и у молодых взрослых). Были описаны повышенный ночной уровень кортизола и сниженная способность к супрессии под воздействием экзогенного дексаметазона, но такого рода изменения можно также видеть и при других детских психических расстройствах или после действия разнообразных стрессов.

Дифференциальный диагноз

- (1) Нормальная грусть, в т.ч. грусть при нормальной реакции на тяжелую утрату (хотя DSM-IV разрешает диагностировать депрессивный эпизод, если совокупность депрессивных симптомов после серьезной тяжелой утраты длится более двух месяцев или особенно тяжелая, например с суицидальным мышлением, психотическими симптомами или выраженными функциональными нарушениями).
- (2) Печаль как один из признаков другого психического расстройства, без дополнительных аффективных, когнитивных и поведенческих признаков, необходимых для диагноза истинного депрессивного расстройства (но при этом остерегайтесь противоположной опасности – гиподиагностики коморбидной депрессии у детей с другими расстройствами).

Причинность

Депрессия распространяется в семьях. У депрессивных детей чаще, чем у детей с другими психическими расстройствами, родители и сиблинги сами страдают депрессией. И, напротив, у родителей с депрессией с большей вероятностью будут депрессивные дети. Относительная важность генетической и средовой передачи точно не известна: близнецовые исследования указывают на умеренную наследуемость, но это не подтвердилось в исследованиях приемных детей. Имеются предварительные данные о возможном взаимодействии генов со средой: генетический груз депрессии иногда может действовать, увеличивая уязвимость молодого человека по отношению к негативным событиям жизни.

Лечение

Семейную терапию, взаимодействие со школой и поддерживающую индивидуальную терапию обычно используют для того, чтобы изменить факторы, предположительно способствующие высокому уровню стресса. Это меры «здорового смысла» в равной мере обоснованны и у детей с широкими эмоциональными расстройствами с депрессивными компонентами. Возрастает ин-

интерес к когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и межличностной терапии (МЛТ), которые обсуждаются в главе 36. Когнитивный компонент КПТ предназначен для того, чтобы изменить негативное познание, улучшить самооценку и усилить навыки совладания. Поведенческий компонент представляется столь же важным, как и когнитивный, он предназначен для того, чтобы увеличить участие молодого человека в нормальных и стоящих занятиях. Могут быть также предложены тренинг социальных навыков и коррекционная помощь при специфических проблемах с обучением. И хотя такого рода психосоциальные вмешательства кажутся осмысленными, их только начинают подвергать оценке в проведенных должным образом испытаниях, для того чтобы провести различие между естественной ремиссией, неспецифическими эффектами «плацебо» и эффектами от специфического лечения. Начальные результаты действительно указывают на некоторые специфические эффекты. Метаанализ шести рандомизированных испытаний КПТ у молодых людей с клиническим диагнозом депрессии показал, что при КПТ улучшение было примерно в два раза более вероятно, чем при релаксационной терапии, и у тех, кто остался в списке ожидания. Сходным образом одно рандомизированное испытание МЛТ показало ее существенное преимущество перед неспецифическим консультированием. В противоположность этому, в четырех рандомизированных испытаниях семейной терапии не удалось продемонстрировать достоверного результата.

Роль медикаментозного лечения спорна. Метаанализы контролируемых двойных слепых испытаний трициклических антидепрессантов позволяют полагать, что у детей и подростков они лишь немного лучше плацебо или не отличаются. Ограниченные данные клинических испытаний свидетельствуют в пользу применения ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флуоксетин, в этом возрастном диапазоне; но остается неясным, компенсирует ли польза возможный ущерб, такой как повышенный риск самоповреждения или суицида; рекомендации британского правительства не поддерживают применение СИОЗС, помимо флуоксетина, у депрессивных детей и подростков. И хотя некоторые клиницисты по-прежнему убеждены, что трициклические препараты могут быть эффективны при лечении тяжелой депрессии у детей и подростков, если лечение препаратами кажется целесообразным, наиболее целесообразным выбором, вероятно, является флуоксетин. При биполярных расстройствах у молодых людей, литий, вероятно, также эффективен, как и у взрослых (можно также иметь в виду карбамазепин и вальпроат натрия). Резистентную депрессию иногда лечат сочетаниями различных лекарственных препаратов или электросудорожной терапией (ЭСТ) – эти методы, возможно, должны применяться только в специализированных центрах.

Как следует клиницистам вести депрессивных молодых людей при имеющейся неопределенности по поводу психологического и фармакологического лечения? При легкой депрессии часто бывает достаточно поддержки и снижения стресса. При умеренной депрессии может быть полезен трехступенчатый план: во-первых, пробуйте поддержку и снижение стресса; если это не поможет, то испробуйте КПТ или МЛТ во вторую очередь; а если и это не поможет, то, в третью очередь, пожалуй, испробуйте флуоксетин. При тяжелой депрессии может быть лучше всего с самого начала сочетать снижение стресса, КПТ (или МЛТ) и, пожалуй, флуоксетин. Госпитализация в стационар показана, когда имеются серьезная суицидальность, психотические симптомы или отказ от еды и питья. За исключением очень легкой депрессии, может быть целесообразно в течение примерно шести месяцев после симптоматической ремиссии продолжать успешное лечение (психологическое или фармакологическое), чтобы предотвратить ранний рецидив.

Прогноз

Расстройство адаптации с депрессивным настроением продолжается обычно несколько месяцев и не повторяется. Тяжелые депрессивные эпизоды часто длятся от шести до девяти месяцев и обыкновенно повторяются. Дистимия обычно длится несколько лет; у детей с дистимией высок риск тяжелых депрессивных эпизодов. У детей с «двойной депрессией» (когда тяжелые депрессивные эпизоды накладываются на дистимию) особенно вероятны повторные тяжелые эпизоды. Депрессия, возникающая в подростковом возрасте, часто сопровождается депрессией во взрос-

лой жизни и предсказывает шестикратное увеличение частоты суицида у взрослых. Депрессия, возникающая до полового созревания, менее вероятно приводит к депрессии взрослых. И хотя «чистая» депрессия не увеличивает риск антисоциального исхода у взрослых, смесь депрессии и расстройства поведения сопровождается повышенной частотой последующей преступности.

МАНИЯ

Мания и гипомания в детстве действительно встречаются, но очень редко. Это может объясняться нейрохимической незрелостью, поскольку у детей до пубертатного возраста нет эйфорической реакции на амфетамины и родственные стимуляторы. Когда мания или гипомания все же возникает, более распространенным предьявлением может быть раздражительность, а не эйфория. Описана хроническая мания в детстве, но, может быть, это представляет просто неправильно диагностированный гиперкинез. Такая ошибка понятна, поскольку гиперкинетические дети могут проявлять множество «маниакальных» признаков, в т.ч. социальную расторможенность, бессмысленную веселость, высокий уровень энергии и склонность рассказывать фантастические, а иногда и грандиозные истории. Мания может быть надежно диагностирована в детстве только тогда, когда симптомы имеют отчетливое начало и, несомненно, выходят за рамки предшествующих характеристик ребенка.

У многих маленьких детей быстро меняется настроение, и бывают периоды раздражительности. Сейчас, особенно в Соединенных Штатах Америки, нарастает тенденция относить таких детей к страдающим от раннего биполярного расстройства и лечить их смесью стабилизаторов настроения и нейролептиков. Доказательства в пользу такого образа действий часто неубедительны, тогда как потенциальная токсичность весьма существенна. Возрастающее осознание потребностей относительно небольшого числа биполярных детей не должно приводить к неадекватному медикаментозному лечению гораздо большей группы детей.

Первым эпизодом биполярных расстройств в подростковом возрасте, вероятно, с одинаковой частотой бывают и мания и депрессия, а впоследствии чаще встречается мания. Манию в подростковом возрасте обычно неправильно диагностируют как шизофрению, потому что изменения настроения часто сопровождаются выраженными нарушениями в восприятии и мышлении, включая такие же бред и галлюцинации «первого ранга», какие характерны для шизофрении. Для того, чтобы контролировать острые эпизоды, обычно используют нейролептики или литий, а чтобы снизить риск рецидива – литий, карбамазепин или вальпроат натрия (см. главу 34).

Обзор по теме

Harrington R. (2002) Affective disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 463-485.

Дополнительное чтение

Harrington R. et al. (1998) Psychological treatment for depression in children and adolescents: a review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.

Hazell P. et al. (1995) Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ*, 310, 897-901.

Jureidini J.N. et al (2004) Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ*, 328, 879-883.

Wood A. et al. (1996) Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.