

**Депрессии у детей и подростков**

**Что такое депрессия?**

**Депрессия** - аффективный синдром, в основе которого лежит сниженное - угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное - настроение. Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с заторможенностью, снижением жизненного тонуса, идеями самоуничижения или самообвинения, а также разнообразными неприятными телесными ощущениями и вегетативными расстройствами.

Всего 30 - 40 лет назад многие детские психиатры отвергали возможность возникновения депрессии в детском возрасте, считая ее присущей только созревающей или зрелой личности, а признаки угнетения и печали не признавали синонимами депрессии в детстве.

К настоящему времени доказано, что депрессивные расстройства, могут возникать в любом возрастном периоде детства, начиная с младенчества, в своеобразных формах, обусловленных влиянием возрастной личностной динамики.

Депрессии у детей и подростков с трудом распознаются, во-первых, из-за того, что смешиваются с "нормальными" возрастными изменениями, а, во-вторых, в силу их собственной специфики, обусловленной возрастом возникновения.

**Признаки депрессии у детей и подростков:**

Типичные черты депрессий в детстве: их кратковременность, быстрота смены депрессивных состояний возбуждением, массивность вегетативных нарушений, школьная неуспеваемость, выраженность фиксации на своем физическом состоянии, эпизоды тревоги и страха, навязчивость, грубость, нарушения поведения. Депрессия "рядится" в разные "одежки", принимая все новые "образы". Для депрессии в детстве характерны колебания интенсивности симптоматики в зависимости от времени суток и жизненной ситуации. Повышенные требования ведут к усилению депрессии, и, напротив, депрессивные симптомы иногда полностью исчезают при снижении требований и школьных нагрузок.

Депрессия у ребенка всегда является "маскированной", т.е. трудно распознаваемой из-за обилия соматических расстройств, негативизма, недовольно-ворчливого настроения, повышением чувствительности, поведенческих расстройств. Нераспознанные (часто по вине родителей и педагогов) депрессивные расстройства приводят к тяжелым формам дизадаптации, имеющим порой необратимый характер.

Депрессия в детстве в основном развивается постепенно, после более или менее длительного периода предвестников, во время которого депрессивная симптоматика имеет стертый, фрагментарный характер. На первый план выступают вегетативные расстройства, ограничивающиеся нарушением сна, аппетита и повышением температуры, и отрывочные, непостоянные соматические жалобы, сопровождающиеся слезливостью, неотчетливыми жалобами на скуку, периодами молчаливости и отгороженностью. Начальные этапы депрессии обычно расцениваются как соматическое заболевание или астеническое состояние после перенесенного соматического заболевания. Между тем, имеется ряд характерных для депрессии признаков, к которым, прежде всего, относится изменение поведения ребенка (или изменение "характера"): веселый, общительный, подвижный ребенок неожиданно становится плаксивым, медлительным, замкнутым; ласковый и доброжелательный - злым, драчливым, ворчливым; любознательный и активный - безразличным, чрезмерно послушным. Другим важным признаком депрессии в инициальном периоде является изменение формы эмоционального реагирования с отсутствием обычного оживления при встрече со знакомыми, неулыбчивостью, отказом отвечать на вопросы, недоверчивостью, нежеланием подойти к другим детям, читать, смотреть телевизионные передачи. Изменяется и характер игры: склонные к шумным, подвижным играм дети охотнее играют в одиночестве, избегая в то же время игр, требующих интеллектуального напряжения и внимания; дошкольники отказываются от любимых и новых игрушек, игра их становится более примитивной, а младшие школьники возвращаются к забытым игрушкам и проводят за игрой весь день. Резко меняется внешний облик ребенка, что выражается не только в похудании, бледности и синеве под глазами, но и в понурой или напряженной позе, угрюмом или грустном выражении лица, беспокойном или потухшем взгляде.

Вегетативные, соматические расстройства и боли являются наиболее частыми и на высоте депрессии. Нарушения сна заключаются в нарушении его продолжительности, затрудненности засыпания, чуткости, беспокойстве ночного сна, прерывающегося кошмарными сновидениями с частым пробуждением и плачем, нарушении ритма "сна-бодрствования". Наряду с нарушением сна часто возникает расстройство питания, чаще всего, в форме резкого снижения аппетита или избирательности в пище, предпочтения однородных видов пищи, например, сладкого или фруктов, упорных тошнот и рвот с последующим иногда весьма значительным снижением массы тела, а в некоторых случаях - полное отсутствие аппетита, приводящее к резкому физическому истощению. Реже отмечается расстройство аппетита в виде прожорливости, неразборчивости в еде с отсутствием чувства насыщения и чрезмерной прибавкой в весе. Среди других вегетативных расстройств наиболее частым является нарушение терморегуляции: длительный период слегка повышенной температуры - до 37,1 - 37,3 или кратковременные необъяснимые подъемы температуры до 39-42 градусов).

Уже в первые дни и недели после начала депрессии, на фоне еще неразвернутого стертого снижения настроения большинство детей обнаруживает признаки физического недомогания и высказывают жалобы на неприятные телесные ощущения (сердцебиение, головокружение, распирание барабанных перепонок, чувство жжения в груди, "неудобство", "беспокойство" в ногах и руках) и боли (боли в сердце, при мочеиспускании, головную боль, боли в животе, спине, конечностях и т.п.). Эти расстройства являются либо крайне разнообразными, нестойкими, часто сменяющими друг друга, либо, напротив, монотонными, однозначными, элементарными, ограниченными одной изолированной жалобой. Наиболее часто у детей дошкольного возраста отмечаются боли в животе, а у детей школьного возраста - жалобы на головную боль. Чаще всего массивные болевые расстройства не являются постоянными, а повторяются в виде очерченных приступов со страхом, общим беспокойством и плачем. Приступообразный характер имеют и состояния затрудненности дыхания, ощущения неполноты или невозможности вдоха, сопровождающиеся страхом неминуемого удушья. Нередко в детстве депрессию маскирует псевдоневрологическая симптоматика, к которой относятся расстройства, имитирующие неврологическое заболевание: невозможность стоять, нарушение чувствительности кистей рук по типу "перчаток" с невозможностью писать, боли в ногах с нарушением походки, нарушение зрения, "слепота", глухота, сильные головные боли с головокружением, нарушением координации движений и кратковременными обморочными состояниями.

Дети, особенно дошкольного или младшего школьного возраста, на фоне депрессии заметно чаще, чем до ее начала, болеют простудными и детскими инфекционными заболеваниями.

Дети, даже школьники в предподростковом возрасте, крайне редко жалуются на "тоску", а чаще говорят, что им "печально", "грустно", "невыносимо", "хочется плакать", "тяжело на сердце", "камень на сердце", "темная стена". В отличие от депрессивных взрослых, у детей отмечается повышенная слезливость или постоянная готовность к плачу, выраженные тем больше, чем моложе ребенок. Депрессивные дети плачут по малейшему поводу: при обиде, замечании или поощрении, при любом вопросе, предложении, приходе в дом постороннего, появлении новой игрушки и т.д.

Значительно более частым у детей является депрессивное настроение с тревогой - депрессивным аффектом, характеризующимся ощущением внутренней напряженности, неясной угрозы, беспричинного, бессодержательного беспокойства, ожидания опасности. У маленьких детей в связи со слабостью словесного выражения преобладание тревожного аффекта устанавливается на основании своеобразного поведения: беспокойный взгляд, суетливость, напряженность, ожидание неприятного, плач или отчаянный крик при изменении ситуации. У детей постарше жалобы соответствуют определениям: "нет покоя", "как-то не по себе", "внутренняя дрожь", "неспокойно". Тревога, как правило, нарастает вечером и ночью и сопровождается двигательным беспокойством, максимальная выраженностью которого наблюдается в состоянии тревожного раптуса (резкого возбуждения).

Нередко отмечается трансформация беспредметной тревоги в конкретный страх: остаться одному на всем свете, потерять маму, страх, что мама не придет за ним в детский сад, что по дороге домой она попадет под машину или ее убьют бандиты. Чаще всего опасения охватывают привычную жизненную сферу ребенка (домашняя обстановка, отношения с родителями, приятелями, педагогами, успеваемость и т.д.) и базируются на существующих в действительности, но преувеличенных ситуационных трудностях. Более сложной фабула страха становится при акценте на будущем: вдруг будет война, погибнет все живое, не хватит воздуха, воды, пищи? как жить дальше, когда умрут родители? сможет ли он, став взрослым, быть настоящим человеком, выучиться, иметь специальность, семью? - "Вдруг стану плохим человеком, бандитом, попаду в тюрьму?", "Как же буду жить дальше такая больная?" и т. д. Преобладающим является страх, связанный с переживанием угрозы существованию, сопровождающийся выраженным моторным беспокойством, бессонницей и всегда наблюдающийся при приступообразных состояниях с соматическими и болевыми расстройствами. Нередко страх приобретает характер громадности ("гибель мира", "конец света", "атомная война", "нейтронная война", "гибель всех людей" и т.п.). Страх перед будущим (будущей жизнью и будущей смертью) также, как правило, возникает в виде кратковременных эпизодов со слезами, речевым возбуждением, множеством вопросов о жизни, смерти, смысле жизни. Свойственным детскому возрасту является страх с характерным транзитивизмом, при котором на первый план выступают опасения за жизнь и здоровье родителей.

Тревога и страх имеют тенденцию к усилению в вечернее и ночное время и сопровождаются иллюзорным обманом восприятия, чувством присутствия постороннего, элементарными слуховыми, тактильными (ощущение прикосновения) и зрительными галлюцинациями (насекомые, змеи, мелкие животные). Тревога и страх тесно связаны с трудностями засыпания, прерывистостью сна, бессонницей, ночным плачем, устрашающими сновидениями.

Депрессивные расстройства не исчерпываются тоской, тревогой, страхом, скукой: нередко на первый план выступает раздражительность с гневливостью и агрессией. Дети и подростки всем недовольны, недоброжелательны, склонны к эпизодам злобы, возникающим по малейшему поводу, грубы, драчливы, часто циничны. При этом вспышки ярости, активного сопротивления с драчливостью, грубостью, бранью, как правило, провоцируются извне и чередуются с периодами слезливости и подавленности.

Тяжелое, мрачное, угрюмое, безрадостное настроение с отсутствием удовольствия от любого вида деятельности, брюзгливым недовольством собой и окружающими, всем миром, враждебностью формирует основной депрессивный фон детско-подростковой депрессии и нередко выступает в сочетании с замкнутостью, напряженностью, малодоступностью, ворчливостью; при этом доминируют высказывания типа: "Я злой", "Всех ненавижу", "Вокруг все грязное, мерзкое, и я сама не лучше", "Всех бы разорвал", "Дайте автомат - всех перестреляю и себя убью" и т. п. При этом часто возникает необъяснимая и необоснованная неприязнь по отношению к самым близким людям, чаще всего к матери.

Идеи самообвинения и самоуничижения у детей дошкольного и младщего школьного возраста всегда отрывочны, эпизодичны и выражаются в наивных высказываниях: "Я плохой, потому что не люблю кисель и запеканку", "не умею кататься на велосипеде", "обижаю маму", "мучаю маму, и отец поседел", "я самая больная, плохая, мне стыдно с детьми", "я грязная и не умею учиться". Но все же при депрессии в детском возрасте, в отличие от взрослых, низкая самооценка и идеи виновности не доминируют, а выступают в сочетании с более пышными идеями заброшенности, ощущением несправедливо нанесенной обиды и жалости к самому себе. Дети недовольны отношением к ним родителей, считают их виновными в плохом самочувствии, сниженном настроении, высказывают массу претензий и упреков. Начиная сомневаться в любви родителей, они много раз в день задают один и тот же вопрос: "Ты любишь меня?", но при положительном ответе и ласке успокаиваются ненадолго, ловят взгляды близких, наивными способами пытаются проверить их любовь. Чувство заброшенности и ревность особенно резко обнажаются при рождении нового ребенка или появлении маленького гостя. Такая ревность нередко сопровождается агрессией - дети предлагают родителям "выбросить" ребенка, вернуть его в больницу, стремятся причинить ему боль, ущипнуть, укусить, выбросить из коляски. Всякое замечание, недовольство родителей провоцирует приступы двигательного беспокойства с криком, плачем, нелепыми угрозами и поступками вплоть до демонстративных попыток самоубийства или, наоборот, усиливают молчаливость, отгороженность.

Дети школьного возраста при депрессиях с нарушением успеваемости и страхом перед школой считают, что учителя их недолюбливают за тупость, сверстники презирают, не хотят дружить, стремятся обидеть, смеются над их неуклюжестью, плохой успеваемостью, неумением играть, что сами они неинтересны, неприятны даже родителям, которые отдают предпочтение другим детям в семье.

О депрессивной замедленности мышления у ребенка скорее можно судить по косвенным признакам: замедленности речи, односложности и долгом обдумывании ответов, отказе от игр, требующих умственного напряжения и внимания, нежелании слушать некогда любимое чтение книг. Дети все больше времени тратят на приготовление домашних заданий, не понимают прочитанного, много раз пересказав текст дома, на другой день не могут вспомнить его у доски, не могут решить простейших задач, путают счет, делают ошибки в элементарных вычислениях, жалуются, что не понимают объяснений учителя, уроки учат в течение всего дня с помощью родителей или совсем прекращают выполнять домашние задания. При этом много плачут, причитая, что "все равно будет двойка". Не могут сосредоточиться, становятся крайне рассеянными, забывают приготовить уроки, принести в школу тетради и учебники, жалуются на поглупение: "Память испортилась, совсем глупая стала", "не умею учиться", "силюсь понять и не понимаю".

Степень выраженности двигательной заторможенности у большинства детей в депрессии является незначительной, колеблющейся на протяжение суток. В некоторых случаях на непродолжительном отрезке времени обнаруживаются резкие колебания в двигательной сфере - от явной заторможенности до повышенной двигательной активности, особенно выраженной в приступах тревожного возбуждения и истерически окрашенных эпизодах.

К личностным реакциям относятся отказ от посещения школы, различного рода истерические состояния, конфликтность, нарушения поведения с антидисциплинарными поступками, прогулами уроков, агрессивностью, тягой к асоциальным группировкам.

На фоне затяжных депрессивных состояний у детей нередко возникают тики, навязчивые действия, навязчивые страхи и особенно "школьные фобии" - страх перед школой, учителями, скоплением детей, ответами у доски, иногда сопровождающиеся заиканием и частичной утратой активной речи, уходами, побегами и полным отказом от посещения школы. "Школьные фобии" имеют свойство не исчезать сразу даже при полном исчезновении депрессивной симптоматики. В период улучшения, обычно вечером, ребенок дает слово завтра же отправиться в школу, готовит уроки, собирает портфель, а наутро либо наотрез отказывается выполнять свое обещание, либо доходит до ворот школы и возвращается домой. Ребенок чаще всего не может связно объяснить свое поведение, в ответ на все вопросы лишь повторяя: "не могу", "не хочу", "не буду учиться" или каждый раз ссылаясь на новые несущественные причины. Он весел и спокоен, когда в связи с соматическим заболеванием или каникулами родители прекращают обсуждать вопрос о школе. Постепенно возобновляются контакты с одноклассниками, ребенок становится все более активным, подвижным, много гуляет, бегает и ничем не отличается от сверстников, но по-прежнему активно протестует против посещения школы. Такие состояния с затянувшейся "школьной фобией" иногда продолжаются долгое время - до 3-4 лет, все более отдаляя ребенка от реальной возможности наверстать упущенное. Отграничение собственно депрессии от следовой "школьной фобии" является порой весьма затруднительным.

При депрессии у детей любого возраста возможно возникновение так называемых регрессивных расстройств, т. е. возврата к формам поведения и навыкам, свойственным младшему возрасту, в том числе энуреза и энкопреза, пуэрилизма.

Одной из характерных особенностей депрессии в детском возрасте является появление наряду с другими симптомами признаков психической сверхчувствительности, в том числе обидчивости, впечатлительности, гипертрофированной жалостливости. Дети болезненно реагируют на малейшую несправедливость по отношению к себе и другим, испытывают острое сочувствие, в том числе по отношению к животным и неодушевленным предметам.

Специфической особенностью депрессии у ребенка является также склонность к возникновению приступообразных состояний речевого и двигательного возбуждения с плачем. Такие состояния характеризуются безудержным движением - иногда бесцельным бегом (по комнате, вокруг дома, по улице, часто наперерез движущемуся транспорту), множеством лишних движений, раскачиванием туловища, метанием из стороны в сторону. При этом жалобы детей ограничиваются лаконичным: "не могу так больше", "в груди вода и пожар", сопровождающимися однотипными причитаниями или криком. При ведущем тревожном и боязливом настроении также отмечаются очерченные состояния возбуждения с "чрезмерным плачем" и стереотипными вопросами: "Я не умру?", "Все будет хорошо?", "Войны не будет?".

**Ситуации, провоцирующие депрессию.**

Ситуации, провоцирующие депрессию у младенцев и детей младшего дошкольного возраста, является отделение от матери при помещении в санаторий, круглосуточные детские ясли, Дом ребенка, больницу и т.п., утрата матери (смерть, заключение), особое состояние матери (депрессия, психоз, отгороженность в связи с неблагоприятными семейными обстоятельствами). У детей старше 4 лет провоцирующую роль очень часто играет длительная неблагополучная семейная ситуация (скандалы, развод, длительная болезнь и смерть близких) и рождение другого ребенка в семье. Следует отметить, что в этих случаях ребенка почти никогда не посвящают в запутанные семейные отношения, скрывают смерть родных, уход отца, поэтому и здесь, по-видимому, роль психотравмы играют депрессивное настроение, загруженность, отгороженность матери. Начиная с 7-летнего возраста наиболее значимым психогенным фактором являются проблемы, связанные со школой - незначительные, с точки зрения взрослого человека, но чрезвычайно актуальные в детстве: смена класса, учителя, переезд на новую квартиру и переход в другую школу, отставание от сверстников в связи с длительным соматическим заболеванием, оскорбительное поведение учителя и т.п. Нередко депрессивное состояние возникает сразу же после поступления в 1 класс при неправильном педагогическом подходе с запугиванием и унижением тормозимого и очень ранимого ребенка. При этом сложные отношения с одноклассниками, которым родители склонны приписывать решающую роль в происхождении болезненного состояния у ребенка, является чаще всего не причиной, а уже следствием болезни. Значительно реже депрессии предшествуют острые соматические заболевания (токсический грипп, тяжелая ангина, детские инфекции) или смешанная психогенно-соматогенная провокация (тяжелое соматическое заболевание и помещение в больницу, испуг). Наиболее актуальной психотравмой, способной вызвать невротическую депрессию или явиться провоцирующим фактором для возникновения эндогенной депрессии у подростка, являются нарушения отношений со сверстниками (ссора с другом или подругой, ситуации, снижающие мнение коллектива в отношении подростка, смена места жительства и школы, в связи с чем нарушаются прежние эмоциональные связи и подросток попадает в новый сложившийся коллектив и новые условия обучения, которым не всегда соответствует).

**Профилактическая работа при депрессивных состояниях у детей и подростков.**

Основная задача профилактической работы при депрессивных состояниях у детей и подростков заключается в реализации природных способностей больного в период активного течения болезни и после его завершения для достижения максимальной адаптации субъекта в обществе по достижении зрелости. Для этого необходимым является непрекращающееся, вопреки болезненным расстройствам, приобретение навыков, знаний, обучение на доступном для данной стадии болезни уровне, в щадящих условиях. Прекращение обучения недопустимо даже при тяжелых формах депрессии.

Первым условием адекватности социореабилитационного подхода является ранняя квалификация депрессивного состояния у подростка для своевременного введения терапии и медико-педагогических мер, направленных на профилактику (или восстановление) искажения межперсональных связей и учебной дизадаптации. Неверная диагностика и, следовательно, неадекватность лечения и медико-педагогических рекомендаций (академотпуск, дублирование классов, лечение в санатории общего типа - при соматизированных депрессиях, жесткие меры принуждения, перевод в школу для "трудных" детей – при депрессии с поведенческими нарушениями и т.п.) могут служить причиной нарастающей дизадаптации, которая со временем становится непоправимой.

Вторым условием правильного реабилитационного подхода является вопрос о форме ведения больного: стационарном, полустационарном, амбулаторном. Абсолютными показаниями для стационирования подростка являются депрессии с суицидальными тенденциями, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением или обездвиженностью. Относительные показания для госпитализации при депрессии включают грубые формы школьной дизадаптации, конфликтную ситуацию в семье и школе, отсутствие критики родителей к состоянию ребенка, тяжелые социально-бытовые условия, резистентность психопатологических расстройств к лечению, необходимость введения больших доз психотропных средств. Благополучная семейная ситуация, правильное отношение родителей к заболеванию ребенка, взаимопонимание между родителями и лечащим врачом составляют условия для амбулаторного ведения депрессивного ребенка/подростка.

Начало профилактики школьной дизадаптации и ранней реабилитации по существу совпадает с первым осмотром ребенка или подростка, когда после сбора анамнеза и осмотра ребенка врач проводит разъяснительную работу и рациональную психотерапию с родителями. Основная цель семейной психотерапии заключается в коррекции неправильного отношения к ребенку, крайними проявлениями которого являются жестокие меры принуждения и наказания или, напротив, стремление защитить, изолировать от сверстников, дать отдохнуть от занятий. Дети и подростки также нуждаются в психотерапии, в доступной форме направленной на доказательство необходимости медикаментозного лечения, регулярных визитов к врачу и продолжение учебы. Основной принцип реабилитации в этом возрасте заключается в удержании или восстановлении депрессивного ребенка или подростка в школе, в непрекращающемся обучении во временно щадящих условиях, преодолении упорного отказа от школы и "школьных фобий". Наиболее полноценным всегда остается обучение ребенка/подростка в собственном классе. При амбулаторных формах депрессий необходима попытка сохранить имеющуюся форму обучения, для чего необходимо предпринять меры, направленные на выработку у школьника и его родителей правильной психологической установки на обучение в своей школе, вести разъяснительную работу с педагогами для создания благоприятного психологического климата в коллективе, облегчения учебного режима (2-3 выходных дня в неделю, свободное посещение уроков). В тех случаях, когда на фоне затяжного депрессивного состояния развиваются более тяжелые формы школьной дизадаптации с падением успеваемости и страхом перед школой, необходимо в короткие сроки вводить индивидуальное обучение. По мере ослабления выраженности депрессивных расстройств школьник последовательно проходит стадии облегченного обучения: индивидуальное обучение на дому - индивидуальное обучение со свободным посещением класса - индивидуальное обучение по некоторым предметам с обязательным посещением других предметов - обучение в своем классе с 1-3 дополнительными свободными днями в неделю - обычное обучение. При улучшении состояния очень важен своевременный переход к более сложной форме обучения во избежании привыкания к щадящим условиям учебы. При стационировании больной также по возможности должен посещать учебные занятия: сначала в классе при отделении, затем - при улучшении состояния - в школе при больнице. В дальнейшем при исчезновении депрессивной симптоматики и устойчивости установки на возвращение в школу ребенок или подросток, не проходя упомянутых стадий щадящего обучения, может продолжать обучение по месту жительства.

Адаптационные возможности ребенка/подростка после перенесенных депрессий в большинстве случаев остаются очень высокими. Дублирование классов чаще всего является крайне нежелательной мерой, способной вызвать у школьника усугубление переживаний собственной неполноценности. Еще менее переносим для ребенка перевод во вспомогательную школу, поэтому дети с неожиданным падением успеваемости, полной учебной несостоятельностью, но нормальным предшествующим развитием должны особенно тщательно обследоваться не только психиатром, но и психологом, и дефектологом.

Таким образом, реабилитационно-профилактический подход к школьникам с депрессивными состояниями всегда индивидуален, является длительным, последовательным, преемственным процессом, основу которого составляет сочетание щадящих условий со своевременной активизацией больного для достижения непрекращающегося обучения и воспитания, максимально приближающегося к форме обучения и воспитания здоровых детей, с обязательным пребыванием в коллективе сверстников. Для профилактики и преодоления школьной дизадаптации у детей и подростков с затяжными и тяжелыми депрессивными состояниями необходим комплекс коррекционных мероприятий, объединяющих усилия различных специалистов: психиатров, психологов, психотерапевтов, в том числе семейных психотерапевтов, дефектологов, педагогов - при условии их обязательного тесного контакта с семьей депрессивного школьника.

**Материал подготовлен по лекциям доктора медицинских наук, профессора, врача-психиатра высшей категории Иовчук. Н. М.**