**Депрессия у детей** – психическое аффективное расстройство, характеризующееся сниженным настроением, неспособностью переживать радость, моторной заторможенностью, негативным мышлением. Заболевание проявляется тревогой, страхами, фобиями, навязчивыми действиями, нарушениями социальной адаптации, соматическими симптомами (головной болью, недомоганием, нарушениями пищеварения). Диагностика осуществляется с использованием метода клинической беседы, опроса родителей, проективных психологических тестов. Лечение включает психотерапию, социальную реабилитацию, применение медикаментов.

Общие сведения

Слово «[депрессия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression)» имеет латинское происхождение, означает «давить», «подавлять». Патология занимает значительное место в структуре детских [психических расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric). Распространенность колеблется от 0,5% до 5%. Отмечается тенденция роста заболеваемости, снижения среднего возраста пациентов. Частота [аффективных расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/affective-shock-reaction) возрастной группы до трех лет составляет 0,6-0,9%. Первичные проявления эмоциональной нестабильности малышей являются предвестниками депрессии дошкольников, школьников, взрослых. Отмечается сезонность обострений, пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период.

Причины депрессии у детей

Причины депрессивных состояний определяются возрастом. Для детей до 3 лет они подразделяются на:

1. **Поражения ЦНС.** Аффективное нарушение развивается в результате повреждений клеток мозга при внутриутробной [гипоксии плода](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetal-hypoxia), [внутриутробных инфекциях](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intrauterine-infection), родовой асфиксии, энцефалопатии новорожденных, перенесенных тяжелых заболеваниях, нейроинфекциях.
2. **Наследственную предрасположенность.** Дети, близкие родственники которых страдают психическими и неврологическими заболеваниями, более подвержены депрессии.
3. **Патологические семейные отношения.**Причиной депрессивного состояния становится разрыв контакта с матерью: физическое отделение (детский дом, стационар), эмоциональное отчуждение (алкоголизация матери, увлеченность другими сферами жизни). Тяжелая семейная обстановка является провоцирующим фактором. Частые скандалы, проявления агрессии, насилие, [алкоголизм](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/alcoholism), [наркомания](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/narcomania) родителей формируют чувство подавленности, угнетенности.

В дошкольном возрасте ребенок переживает первый опыт социализации – начинает посещать детский сад, секции, творческие студии, устанавливает контакты со сверстниками. Депрессия может развиться вследствие биологических причин, сложных межличностных отношений. Эмоциональное нарушение формирует:

1. **Стиль воспитания.** Причиной детской депрессии нередко становится отношение родителей: применение насилия, гиперконтроль, [гиперопека](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hyper-guardianship), равнодушие, недостаточная заинтересованность жизнью ребенка. Повышается уровень невротизации, проявляющийся депрессивным состоянием.
2. **Социальные отношения.** Усложняющиеся межличностные контакты становятся источником стресса. Отвержение сверстников, требование подчиняться указаниям педагогов негативно отражаются на эмоциональном состоянии дошкольника.

У детей младшего школьного возраста сохраняются перечисленные выше причины и добавляются новые. Они представлены усложнением социальных взаимоотношений, ростом учебной нагрузки, особенностями психического развития. Состояние утяжеляется при неспособности справиться с требованиями взрослых, невозможности достичь поставленных целей, оценке себя как слабого, глупого среди сверстников.

Патогенез

Депрессия у детей – многофакторное заболевание, обусловленное биологическими, генетическими, психосоциальными причинами. К числу биологических патогенетических факторов относится дефицит серотонина, норадреналина, повышенное содержание кортизола ночью, дисбаланс синтеза мелатонина. Существует катехоламиновая теория, согласно которой депрессия развивается при нарушениях гипоталамо-гипофизарных взаимодействий, дефиците нейротрансмиттеров ЦНС, отвечающих за обратную передачу сигналов.

Существуют психофизиологические и личностные особенности, способствующие возникновению депрессии. Эмоциональное расстройство развивается на фоне повышенной нервозности, нарушений адаптации, страха, интровертированности, тревожности. Воздействие негативных средовых факторов – патологических отношений, неудачного опыта – увеличивает риск развития болезни. Ребенок становится уязвимым к негативным событиям, замыкается, хуже адаптируется к внешним условиям. Иногда патогенетическим механизмом депрессии является чувствительность к климатическим условиям (сезонность), изменение биохимических процессов в головном мозге.

Классификация

Существует несколько вариантов классификации депрессии у детей. По продолжительности, полноте проявлений заболевание подразделяют на депрессивную реакцию, депрессивный синдром, депрессивное расстройство. По характеру течения выделяют адинамическую форму болезни, для которой свойственна вялость, медлительность, монотонность, и тревожную форму, характеризующуюся двигательным беспокойством, фобиями, страхами, плаксивостью, нарушениями сна, ночными кошмарами. В российских руководствах по [психиатрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatry/) для классификации детской депрессии рекомендуется использовать следующие рубрики МКБ-10:

* [**Тревожное расстройство**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/avoidant-personality-disorder)**, обусловленное разлукой**. Ключевой диагностический критерий – отделение ребенка от близких людей, проявляющееся эмоциональными и соматическими нарушениями.
* [**Фобическое расстройство**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/phobic-disorders)**детского возраста**. Диагностируется при наличии страхов, специфических для определенного возрастного периода.
* **Социальное тревожное расстройство.** Тревога, депрессия развиваются при взаимодействии с малознакомыми людьми, новыми социальными ситуациями.
* **Смешанные расстройства поведения и эмоций.** Тревога, боязливость, навязчивости, компульсии, [ипохондрия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/hypochondria) дополняются нарушениями поведения – агрессивностью, замкнутостью, пренебрежением социальными нормами.

Симптомы депрессии у детей

Характерной чертой заболевания является маскированность. Маленький пациент еще не оценивает эмоции, не осознает их, не предъявляет жалоб. В раннем детстве центральное место занимают соматические симптомы, тревожность. Часто наблюдаются нарушения сна, снижение аппетита, недостаточная масса тела, диарея, [запор](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/constipation/child), боли различной локализации (головные, абдоминальные, суставные, мышечные), учащенное сердцебиение. Дети дошкольного возраста говорят об усталости: «ножки не хотят идти», «хочу полежать». В младшем школьном возрасте к физическому недомоганию может добавиться идея наличия болезни, повышенное внимание к собственному состоянию, тревога даже при незначительном недомогании. Диагностические исследования (лабораторные анализы, УЗИ, МРТ) без изменений.

Эмоциональное состояние характеризуется тревожностью. Напряженность, страхи усиливаются вечером, достигают пика в ночное время. Тревога беспредметна, беспричинна, при нарастании трансформируется в оформленный страх. Малыши кричат, плачут. Панику вызывает уход мамы, новая обстановка, незнакомые люди (врач, друг семьи). Дети плохо адаптируются к детскому саду, переживают, что мама забудет забрать их домой. Чем старше становится ребенок, тем более страшные картины рисует его воображение. Появляется страх смерти родителей, несчастного случая, войны. В тяжелых случаях тревога генерализуется, все события выглядят угрожающими. Формируются фобии – боязнь замкнутых пространств, внезапной смерти, темноты, высоты. Развиваются [панические атаки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/panic-attack) – приступы учащенного сердцебиения, головокружения, удушья.

У младших школьников депрессия проявляется поведенческими изменениями: нарастает замкнутость, безразличие, снижается интерес к играм, урокам, общению. Появляются жалобы на скуку: «мне скучно», «хочется плакать», «я ничего не хочу». Снижение интереса к жизни является явным признаком депрессии. Дети становятся слезливыми, заметен эмоциональный регресс: ребенок плачет без мамы, успокаивается при укачивании. Депрессия выражается дистимией – мрачностью, угрюмостью, озлобленностью, высказыванием упреков, обвинениями. Снижение заинтересованности учебой и общее недомогание влекут за собой школьную дезадаптацию: нарастает учебная неуспеваемость, отсутствует желание посещать школу.

Осложнения

В 20-50% случаев депрессия у детей со временем отягощается другими расстройствами настроения и поведения. 30-80% пациентов имеют тревожное расстройство, 10-80% – [нарушения поведения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/behavioral), 20-80% – дистимию, 18-30% – субстанционную зависимость. Наиболее опасным исходом депрессии является [суицид](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/suicide). Примерно у 60% больных детей появляются мысли о самоубийстве, 30% совершают попытки, часть из них завершается летальным исходом. Своевременная диагностика, периодический контроль врача снижают вероятность возникновения осложнений.

Диагностика

Диагностика депрессии у детей включает комплексное обследование [педиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician), [детским неврологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist), [психиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist). До четырехлетнего возраста заболевание выявляется методом исключения и определения факторов риска (пре- и постнатальных повреждений ЦНС, наследственности). В старшем возрасте становится возможным выявление эмоциональных изменений, социальных причин, провоцирующих расстройство. Процесс постановки диагноза включает следующие мероприятия:

* **Консультация врача-педиатра.** Специалист осматривает ребенка, опрашивает родителей, выдает направление на стандартные исследования для исключения соматических заболеваний.
* **Консультации узких специалистов.** Врачи профильных направлений (гастроэнтерологи, [дерматологи](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-dermatology/dermatologist), [хирурги](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/surgeon/consultation)) используют необходимые клинические, лабораторные, инструментальные методики для окончательного исключения соматической патологии.
* [**Консультация невролога**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-neurology/neurologist)**.** Врач проводит осмотр, направляет на инструментальные исследования: УЗИ, [ЭЭГ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [МРТ головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain). Результат позволяет определить наличие биологической основы развития депрессии.
* **Консультация психиатра.** Когда соматические болезни исключены, пациент направляется к психиатру. Специалист оценивает эмоциональные реакции, поведенческие особенности, выясняет наличие психологических причин депрессии, анализирует данные обследований невролога и клинического психолога, устанавливает диагноз.
* [**Клинический психолог**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychological-consultation/psychologist)**.** Определение депрессии после 3-4 лет проводится с использованием специальных психодиагностических методик – рисуночных тестов, методов, предполагающих интерпретацию образного материала. Эмоциональная сфера, особенности социальных взаимодействий оцениваются по результатам рисунка человека, несуществующего животного, методики «дом-дерево-человек», «моя семья», теста Розенцвейга.

Лечение депрессии у детей

Признанными методами лечения являются [детская психотерапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/psychotherapy) и лекарственная терапия. Параллельно проводятся социально-реабилитационные мероприятия. Комплексный подход предполагает:

* **Прием антидепрессантов.** Наиболее распространено применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Они обезболивают, успокаивают, сглаживают панические проявления, фобии. Вероятность побочных эффектов низкая. Терапевтический эффект наблюдается через несколько недель.
* **Когнитивно-бихевиоральную терапию.** Наиболее эффективными являются [когнитивно-поведенческие методы](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/cognitive-behavioral-therapy): ребенок научается осознавать, выражать и переживать эмоции, рассказывать о травмирующем опыте, получать поддержку, изменять поведение и настроение при помощи различных техник. Основу работы составляют методы расслабления – дыхательные упражнения, [телесно-ориентированная терапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/body-oriented-psychotherapy). Проективные методики (рисунки, лепка, сказкотерапия) помогают пережить и осознать негативные чувства. [Игровая терапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/play-therapy) вырабатывает эффективные поведенческие навыки.
* [**Семейную психотерапию**](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic-consultation/family)**.**Встречи родителей, ребенка и психотерапевта направлены на восстановление гармоничных семейных отношений, поиск «общего языка» между членами семьи. Родители научаются помогать ребенку преодолевать трудности, создавать условия для скорейшего выздоровления.

Лечение проводится амбулаторно, при тяжелом течении болезни (психотические эпизоды, попытки самоубийства) требуется стационарный режим. После устранения тяжелых симптомов пациента выписывают. Родителям советуют сообщить о заболевании педагогам, подчеркнуть важность толерантного отношения, помощи, поддержки в период выздоровления. Следует предупредить их о конфиденциальности информации о болезни. Дома важна постоянная эмоциональная поддержка, соблюдение режима сна-бодрствования, питания, посильных физических нагрузок (регулярные прогулки).

Прогноз и профилактика

Отмечается высокий риск развития повторного эпизода депрессии: 25% детей имеют рецидивы заболевания через год, 40% – через два года, 70% – спустя пять лет. У 15-40% во взрослом периоде диагностируется [биполярное расстройство личности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression). Профилактика депрессии у детей позволяет снизить вероятность развития первого эпизода, при установленном диагнозе – уменьшить риск рецидивов. Основной профилактической мерой является создание благоприятной семейной обстановки, поддержание доверительных близких отношений, поддержка, участие в делах ребенка. Важен периодический врачебный контроль, систематический прием назначаемых лекарств, посещение психотерапевтических занятий. Самостоятельная отмена лечения недопустима, даже если пациент выглядит здоровым.