

ЕКСПЕРТНІ ШКАЛИ В ДІАГНОСТИЦІ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Михайлова Е. А.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

У статті представлені дані, що стосуються психологічної діагностики депресії у дітей шкільного віку. Акцентується увага психологів, дитячих неврологів, педіатрів на необхідність діагностики депресії у дітей у віковому аспекті. Проведено аналіз патопсихологічних досліджень (шкала депресії CDRS-R) у дітей з депресивними розладами на різних етапах онтогенезу. Визначено констеляцію психологічних симптомомокомплексів депресивного розладу у дітей у віковому аспекті.

Ключові слова: діти, підлітки, депресія, діагностика, експертні психологічні шкали

ЕКСПЕРТНЫЕ ШКАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Михайлова Э. А.

В статье представлены данные, касающиеся психологической диагностики депрессии у детей школьного возраста. Акцентируется внимание психологов, детских неврологов, педиатров на необходимость диагностики депрессии у детей в возрастном аспекте. Проведен анализ патопсихологических исследований (шкала депрессии CDRS-R) у детей с депрессивными расстройствами на различных этапах онтогенеза. Определена констелляция психологических симптомокомплексов депрессивного расстройства у детей в возрастном аспекте.

Ключевые слова: дети, подростки, депрессия, диагностика, экспертные психологические шкалы.

EXPERT SCALES IN DEPRESSION DIAGNOSTICS IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Mykhaylova E. A.

The article represents data concerning depression psychological diagnostics in school-age children. The attention of psychologists, pediatric neurologists, pediatricians is focused on the need depression diagnostics in children in the age aspect. The analysis of pathopsychological studies (CDRS-R depression scale) in children with depressive disorders at different stages of ontogenesis was carried out. The constellation of depressive disorder psychological symptom-complexes in children in the age aspect is determined.

Keywords: children, teenagers, depression, diagnostics, expert psychological scales.

АКТУАЛЬНІСТЬ.

Медико-соціальна актуальність проблеми депресії – однієї з основних причин інвалідності в світі визначається фактом її дезадаптуючого впливу, вимірюваного високими значеннями показника глобального тягаря хвороби. Цей факт пов'язаний з перешкодами на шляху отримання ефективної допомоги – невчасною діагностикою депресії і застосуванням неадекватної терапії. Депресія у дітей є актуальною проблемою у зв'язку з високою її поширеністю і значними діагностичними труднощами.

Необхідність діагностики і правильної кваліфікації депресії у дітей диктується її обтяженістю з віком, високим ризиком рецидиву на подальших етапах розвитку дитини та схильністю до суїцидальної поведінки. У коментарях до класифікацій МКХ-10 і DSM-IV підкреслюється, що депресія у дітей менше

специфічні, чим аналогічні порушення у дорослих.

Для забезпечення своєчасної діагностики, лікування та профілактики депресивних розладів, у тому числі і рекурентної депресії, наказом МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 було затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». Він дозволяє встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з даним видом патології відповідно до клінічних настанов, розроблених з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні; забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам з депре-

сивними розладами. Але, на жаль, всі рекомендації розраховані на хворих дорослого віку і не можуть бути застосовані в дитячий та підлітковий психіатричний практиці, враховуючи суттєві вікові відмінності у діагностиці та лікуванні депресії [1, 2]. Психопатологічні симптоми, що розглядаються як еквіваленти депресії, розширюють поняття афективної патології в дитячому віці. Значні складності має диференціація депресивного розладу у дітей в період статевого дозрівання. Стерта симптоматика при депресії у підлітків може ховатись під «маскою» препубертатних і пубертатних проявів, соматичних і поведінкових розладів, створюючи додаткові діагностичні труднощі. Складне переплетіння афективної симптоматики, проявів пубертатної кризи, соматоневрологічної обтяженості, включаючи і ендокринні захворювання (гіпоталамічний синдром періоду статевого дозрівання, нервова анорексія, ожиріння та ін.), з маніфестацією в період статевого дозрівання, значно ускладнюють діагностику депресій. Тому обґрунтування підходів до діагностики депресивного розладу у дітей та підлітків є необхідністю теперішнього часу та є елементом для створення уніфікованого клінічного протоколу для цієї вікової категорії хворих, що страждають депресивними розладами. Вивчаючи афективні порушення у дитячому віці, багато дослідників характеризують підлітковий вік як перехідний, враховуючи зміни депресивної симптоматики від «дитячої» до «дорослої». У підлітковому віці часто відбувається «перехресування» між «дорослими» депресивними феноменами і розладами, специфічними для дитячого віку, такими, як масивність соматовегетативних проявів, вираженість тривожного компоненту і порушень поведінки. З урахуванням того, що близько 50,0 % випадків виникнення депресій у дітей припадає саме на вік від 10 до 15 років, кількість депресивних станів, у яких разом з дитячою «типовою» симптоматикою спостерігається «типова доросла» симптоматика, буде переважаючою. Існують різні точки зору на вираженість проявів афективної, ідеаторної і моторної ланки тріади у підлітковому віці.

Дані літератури, крім розбіжностей, що виникають при нозологічній оцінці депресивних станів, особливо на початкових етапах хвороби, відображають відсутність єдності у поглядах на феноменологічну схожість депресії у дитячому і дорослому віці. Кардинальними відмінностями [3] є:

а) особливості депресивних ідей – відчуття провини перед батьками, школою, товаришами, самозвинувачення у зарозумілості, у минулому;

б) наявність вираженої плаксивості, не зважаючи на значну тяжкість депресивних станів;

в) малорухливість, нестача енергії – основні перешкоди для суїциду за наявності суїцидальних думок.

В останні два десятиліття робляться спроби ство-

рення оціночних категорій для статистично достовірної діагностики депресії у дітей. Для цих цілей запропоновано велику кількість стандартизованих шкал і опитувальників.

Проте оцінка тяжкості депресивного розладу у підлітковому віці за опитувальниками часто є неінформативною [4]. Автори висловлюють припущення, що діти по-іншому сприймають питання, і дослідникові достатньо важко інтерпретувати дитячі вислови. Депресивні ознаки виявляються на тлі незрілої здатності дитини до адекватної вербалізації переживань, спрямованості фабули депресивних ідей зовні, високій частоті реактивної провокації і чутливості симптоматики до зовнішніх дій за несформованої особистісної захисної реакції.

Широкі межі поширеності депресій у дитячо-підлітковій популяції у різних авторів відображають численні проблеми у кваліфікаційних підходах (зокрема, нозологічному) до даних розладів, а найбільш складними питаннями залишаються феноменологія дитячої депресії і визначення критеріїв її ранньої діагностики.

Складність чіткої діагностики депресивних станів у дітей обумовлює необхідність поглибленого вивчення їх феноменології і тенденцій перебігу. Приблизно у половини цих дітей виникають труднощі соціалізації, які за відсутності належної уваги частіше розвиваються у важкі форми розладів соціальної поведінки – криміналізацію, суїцидальність, наркоманію.

Поліморфізм психопатологічних симптомів у поєднанні з ізоморфізмом, рудиментарністю і незавершеністю, тісний зв'язок із соматичними розладами і поведінковими порушеннями створюють великі труднощі для виявлення і правильної кваліфікації депресивних станів як у препубертаті, так і у пубертатному періоді [5, 6]. Приблизно у 60,0 % з них депресивні епізоди періодично повторюються без явних зовнішніх причин. Депресія в цьому випадку є більш важкою. Згідно з DSM-IV така форма позначається як «великий рекурентний депресивний розлад», або «велика депресія». Вона характеризується безпричинною тугою, сумом, тривогою, дратівливістю, почуттям безнадійності, втратою інтересу до професійних і сімейних цінностей, зміною апетиту, порушенням сну, почуттям провини, підвищеною стомлюваністю, думками про самогубство і смерть, підвищеною агресивністю. На думку інших авторів [2], депресія стає все більш поширеним розладом тому, що в різних співвідношеннях поєднує психічний і соматичний компоненти, що ускладнює діагностику [1].

Юнацький вік у зв'язку із активним психологічним, фізичним і статевим дозріванням створює особливий психобіологічний фон. Останнє служить патопластичним і патогенетичним фактором і обумовлює високу частоту маніфестації психічних

захворювань [7, 8].

В англо-американській психіатрії концепція «депресивного спектра» передбачає різну ступінь коморбідності тривожних, фобічних, соматоформних, obsесивно-компульсивних, панічних і дисморфобічних розладів депресивного синдрому, що істотно утрудняє розпізнавання і правильну нозологічну кваліфікацію юнацької депресії.

Особливо часто депресивні стани у підлітків супроводжуються поведінковими розладами, зловживанням алкоголем і психоактивними речовинами, порушеннями харчової поведінки, які призводять до ускладнення й обтяження клінічної картини депресивного синдрому, соціальної дезадаптації, погіршення міжособистісних відношень.

Ще одна особливість перебігу юнацьких депресій – висока частота рецидивів. У ряді досліджень було встановлено, що ризик повторення депресії в підлітковому віці навіть після проведеного адекватного лікування може досягати 70,0 % [8, 9].

Діагностика депресії може проводитися в трьох варіантах:

1. Скрінінгове обстеження на депресію з метою виявлення контингенту, що потребує консультації фахівця. Застосовується при профілактичних оглядах і в практиці лікарів-інтерністів;

2. Клінічна діагностика депресивного розладу у дітей з метою постановки діагнозу і визначення тактики терапії. Застосовується в психіатричній і клінічній психологічній практиці.

3. Диференціальна оцінка і діагностика окремих симптомів, пов'язаних з депресією. Застосовується в наукових дослідженнях та клінічній практиці при використанні більш диференційованого підходу, особливо при поєднанні декількох захворювань.

В діагностиці депресії повинно бути мінімум два з наступних трьох симптомів: депресивний настрій; зниження інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше була приємна пацієнтові; зниження енергії і підвищена стомлюваність і два з додаткових симптомів: зниження впевненості та самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду і почуття провини; повторювані думки про смерть або суїцид; скарги на зниження концентрації уваги, нерішучість; порушення сну і апетиту.

Ключовими для постановки діагнозу депресивного епізоду є симптоми зниженого настрою, втрати інтересів і почуття задоволення, зниження енергійності. При відсутності 2-х з 3-х симптомів діагноз депресії слід відхилити.

У якості оціночних інструментів використовувалася шкала для оцінки депресії у дітей 6-18 років CDRS-R, яка оцінює 17 симптомів, зокрема, симптоми, що входять у критерії «Діагностичного і статистичного керівництва по психічних хворобах» для діагностування депресивних розладів. Встановлено, що депресія у дітей має вікові та гендерні особливос-

ті. У препубертаті виявлено поведінковий, тривожний, фобічний варіанти, рідше астенічний і соматичний клінічні типи. У ранньому пубертаті – тривожний, поведінковий, соматичний, дисморфобічний варіанти. У власне пубертаті – тривожний, апатичний, поведінковий. У міру збільшення віку наростає ризик формування апатичного варіанту депресії як у хлопців, так і у дівчат; формування іпохондричного та дисморфобічного варіантів у дівчат в ранньому пубертаті і зменшення питомої ваги фобічного варіанту. У ранньому пубертаті клінічна картина депресії більш структурована, симптоматика депресії маскується проявами негативної стадії підліткового пубертатного кризу. Виявлено депресивно-дисфоричний, тривожно-тужливий і соматоалгічний феномени. Депресивні розлади, що виникають у власне пубертаті, незважаючи на поліморфізм психопатології, мають всі типові компоненти депресивної тріади, причому, в цілому має місце велика вираженість ідеаторного компонента в порівнянні з моторним і афективним компонентами.

Був проведений аналіз тесту депресії CDRS-R у дітей у віковому аспекті, що дозволяє визначити кількісні та якісні показники спектру депресивних симптомів: зниженого настрою, гедоністичної здібності, соматичних і когнітивних функцій, самооцінки, суїцидальної поведінки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Дані психологічного анкетування дітей за шкалою депресії CDRS-R показали, що в препубертаті превалюють такі симптоми, як: плаксивість, дратівливість, погіршення успішності в школі, низька самооцінка, соматичні скарги, стомлюваність, зниження настрою.

Встановлено, що у дітей в препубертаті констеляція симптомів депресії однакова як у хлопців, так і у дівчат. Регістр психопатології рекурентної депресії у дітей в препубертаті збігається з регістром психопатології афективного розладу на більш ранніх етапах онтогенезу – періоду маніфестації першого епізоду депресивного розладу. У дітей в ранньому пубертаті не залежно від статі перше місце займають симптоми пригніченого настрою, зниженої самооцінки, дратівливості, труднощів із отриманням задоволення. Більшість підлітків легко піддавалися нудьзі, у них був відсутній інтерес до занять і ентузіазм. Дратівливість і придушення афекту у виразі обличчя (часткова втрата спонтанності) достовірно частіше реєструвалися у хлопців, на відміну від дівчат ($p < 0,01$). Досить високим виявився і показник «Соціальної ізоляції». Симптом «Хворобливі ідеї» частіше реєстрований у дівчат раннього пубертату, ніж у хлопців ($p < 0,01$), причому при депресії з нервовою анорексією. Показник «Погіршення успішності в школі» достовірно частіше реєструвався у хлопців раннього пубертату, ніж у дівчат аналогічного

віку ($p < 0,01$). Показники «Скарги на стан здоров'я» та «Порушення апетиту» зареєстровані значно частіше у дівчат-підлітків ($p < 0,001$).

Іншу ієрархію симптомів депресії простежено в групі пацієнтів во власне пубертаті. У всіх пацієнтів незалежно від статі зареєстровано симптоми пригніченого настрою, низької самооцінки, дратівливості, соціальної самоізоляції, труднощів з отриманням задоволення.

Порушення сну та порушення апетиту зустрічаються більш ніж у половини дітей з депресією у власне пубертаті незалежно від статі.

Суїцидальне мислення реєстровано у всіх вікових групах пацієнтів без гендерних відмінностей. Суїцидальне мислення виражалася переважно в окремих думках про самогубство або про заподіяння собі шкоди (особливо в розгніваному стані), в повторюваних думках про самогубство. Активної суїцидальної поведінки протягом останнього місяця ми не спостерігали у жодного пацієнта.

В роботі проаналізовано і інтенсивність симптомів (інтегральний показник), що утворюють клінічний симптомокомплекс депресивного розладу (табл.1).

Таблиця 1

Частота і інтенсивність симптомів депресії у дітей на різних етапах статевого дозрівання за даними шкали оцінки депресії CDRS-R

| | Препубертат, n = 38 | | | Ранній пубертат, n = 51 | | | Власне пубертат, n = 52 | | |
|--|------------------------|------|-----------|----------------------------|------|-----------|----------------------------|------|-----------|
| | N | % | інт. пок. | N | % | інт. пок. | N | % | інт. пок. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Погіршення успішності у школі | | | | | | | | | |
| Успішність відповідає здібностям | 2 | 5,3 | 4,5 | 5 | 9,8 | 4,3 | 7 | 13,4 | 3,4 |
| Зниження успішності в школі та/або здібності до зосередження | 11 | 28,9 | | 11 | 21,6 | | 17 | 32,7 | |
| Серйозні проблеми в успішності по більшості предметів | 19 | 50,0 | | 21 | 41,2 | | 20 | 38,5 | |
| Відсутність мотивації до навчання | 6 | 15,8 | | 14 | 27,5 | | 8 | 15,4 | |
| Соціальна самоізоляція | | | | | | | | | |
| Охоче дружить з однолітками у школі та вдома | 3 | 7,9 | 4,3 | 4 | 7,8 | 4,2 | 2 | 3,8 | 4,4 |
| Не прагне до встановлення дружніх відношень, очікуючи проявів ініціативи від інших. | 5 | 13,2 | | 7 | 13,7 | | 14 | 26,9 | |
| Час від часу відмовляється від ігор, не маючи при цьому іншого конкретного завдання | 17 | 44,7 | | 25 | 49,0 | | 19 | 36,5 | |
| Часто уникає або відмовляється від можливості приємного проведення часу з іншими та/або створює ситуації у яких відмова неминуха | 13 | 34,2 | | 15 | 29,4 | | 17 | 32,7 | |

| Труднощі з отриманням задоволення | | | | | | | | | |
|--|----|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|
| Захоплення та заняття, що реально відповідають віку, особистості та соціальному середовищу. Відсутність суттєвих змін у звичайній поведінці протягом як мінімум останніх двох тижнів | 0 | 0,0 | 4,5 | 0 | 0,0 | 3,4 | 0 | 0,0 | 5,6 |
| Описує деякі заняття як приємні, доступні декілька раз на тиждень, але не щоденно. Проявляє інтерес, але без ентузіазму | 3 | 7,9 | | 6 | 11,7 | | 4 | 7,7 | |
| Легко піддається нудьзі. Для повсякденних відчуттів характерні жалоби по типу «мені нічим зайнятися». Приймає участь у структурованих заняттях з явною відсутністю інтересу. Може проявляти інтерес головним образом до тих занять, які (у дійсності) недоступні кожний день або кожний тиждень | 23 | 60,5 | | 36 | 70,6 | | 6 | 11,5 | |
| Відсутня всяка ініціатива для участі у будь-якій діяльності. Себе описує як переважно пасивного. Спостерігає за іграми інших або дивиться телевизор, але без особливого інтересу. Для залучення у будь-яке заняття потребує умовлянь або спонукань. Не виявляє ентузіазму або реального інтересу. Утрудняється назвати конкретні види занять | 12 | 31,6 | | 9 | 17,6 | | 42 | 70,6 | |
| Порушення сну | | | | | | | | | |
| Відсутність порушень сну або рідкі порушення, що пояснюються конкретною ситуацією. | 5 | 13,2 | 2,4 | 7 | 13,7 | 2,4 | 6 | 11,6 | 3,1 |
| Часті незначні порушення сну | 23 | 60,5 | | 30 | 58,8 | | 28 | 53,8 | |
| Порушення сну практично кожну ніч | 10 | 26,3 | | 14 | 27,5 | | 18 | 34,6 | |
| Порушення апетиту | | | | | | | | | |
| Ніяких проблем або змін у режимі харчування | 6 | 15,8 | 2,2 | 5 | 9,8 | 3,3 | 8 | 15,4 | 2,9 |
| Незначна, але помітна зміна в звичайних звичках харчування | 25 | 65,8 | | 20 | 39,2 | | 29 | 55,8 | |
| Уникає їжі та/або не відчуває почуття голоду більшу частину часу, або описує суттєве збільшення апетиту та/або надмірне споживання їжі | 7 | 18,4 | | 26 | 51,0 | | 15 | 28,8 | |
| Надмірна втомлюваність | | | | | | | | | |
| Незвичайні скарги на втомлюваність протягом дня відсутні | 4 | 10,5 | 4,3 | 5 | 9,8 | 4,5 | 5 | 9,6 | 4,6 |
| Скарги на втомлюваність уявляються дещо надмірними та не пов'язаними із добукою або підвищеним рівнем активності | 6 | 15,8 | | 8 | 15,6 | | 9 | 17,3 | |
| Скарги на втомлюваність кожен день | 20 | 52,6 | | 26 | 51,0 | | 21 | 4,6 | |
| Скарги на втомлюваність протягом майже усього дня. Можливий тривалий денний сон за власною ініціативою, що не дає відчуття відпочинку. Ступень втомлюваності не сумісна із граальною діяльністю | 8 | 21,1 | | 12 | 23,5 | | 17 | 32,7 | |

| Надмірне почуття провини | | | | | | | | | |
|--|----|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|
| Не виражає необгрунтованого почуття провини | 3 | 7,9 | 2,7 | 3 | 5,8 | 1,9 | 4 | 7,7 | 3,5 |
| Почуття провини, відповідає діям, що його спричинили | 20 | 52,6 | | 24 | 47,1 | | 16 | 30,7 | |
| Почуття провини у зв'язку з діями, що не підконтрольні дитині, яке заважає виконанню повсякденних функцій | 15 | 39,5 | | 24 | 47,1 | | 32 | 61,5 | |
| Важки маячні ідеї провини | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Скарги на стан здоров'я | | | | | | | | | |
| Періодичні скарги, які не виявляються надмірними | 3 | 7,8 | 3,2 | 4 | 7,8 | 3,7 | 8 | 15,4 | 3,5 |
| Скарги уявляються декілька надмірними | 15 | 39,5 | | 28 | 54,9 | | 31 | 59,6 | |
| Скарги на больові відчуття кожний день, які іноді заважають функціонуванню | 15 | 39,5 | | 16 | 31,4 | | 6 | 11,5 | |
| Занепокоєність больовими відчуттями, які регулярно заважають гравельної діяльності | 5 | 13,2 | | 3 | 5,9 | | 7 | 13,5 | |
| Млявість мови | | | | | | | | | |
| Якість мови відповідає ситуації без помітних відхилень | 20 | 52,6 | 1,7 | 21 | 41,2 | 1,9 | 18 | 34,6 | 2,2 |
| Уповільнена, монотонна або надмірно тиха мова | 6 | 15,8 | | 14 | 27,5 | | 10 | 19,2 | |
| Уповільнений темп мови із чисельними паузами, припускаючи втрату уваги до теми бесіди | 12 | 37,6 | | 16 | 31,3 | | 21 | 40,4 | |
| Крайнє відчуття психічного дискомфорту, виражене голосом або абсолютним відчуттям спустошеності. Насилу відповідає на питання. | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 3 | 5,8 | |
| Пригнічений настрій | | | | | | | | | |
| Іноді відчуває себе нещасливим, але це швидко зникає. | 0 | 0,0 | 3,5 | 0 | 0,0 | 4,2 | 0 | 0,0 | 5,3 |
| Розповідає про тривалі періоди відчуття себе нещасним, які уявляються невідповідними діям, що описуються | 25 | 65,8 | | 13 | 25,5 | | 10 | 19,2 | |
| Більшу частку часу відчуває себе нещасним без суттєвої першопричини | 10 | 26,3 | | 27 | 52,9 | | 23 | 44,2 | |
| Відчуває себе нещасним постійно, характеризує свій стан почуттям душевного болю (наприклад: «Це нестерпно») | 3 | 7,9 | | 11 | 21,6 | | 19 | 36,6 | |

| Придушення афекту у виразі обличчя | | | | | | | | | | |
|---|----|------|-----|-----|------|-----|----|------|-----|--|
| Живий вираз обличчя та голосу в ході інтерв'ю. | 16 | 42,1 | 1,6 | 0 | 0,0 | 2,5 | 0 | 0,0 | 3,5 | |
| Ознаки придушення афекту відсутні | | | | | | | | | | |
| Легке придушення афекту. Часткова втрата спонтанності | 20 | 52,6 | | 31 | 60,8 | | 11 | 21,2 | | |
| Загальна втрата спонтанності. Нещасний зовнішній вигляд (понуристь, погляд до долу, відсутність жвавості у обличчі) протягом декількох частин інтерв'ю. Може усміхатися та підтримувати візуальний контакт при обговоренні тем, що не створюють почуття загрози | 2 | 5,3 | | 14 | 27,5 | | 23 | 44,2 | | |
| Помірне придушення афекту протягом більшої частки інтерв'ю. Більш тривалі та часті періоди виразно нещасного зовнішнього виду. Жодна з тем не викликає у дитини пожвавлення | 0 | 0,0 | | 6 | 11,8 | | 16 | 30,8 | | |
| Важке придушення афекту. Виразно печальний та замкнутий вигляд. Вербальний контакт у ході інтерв'ю мінімальний. Плач або сльозливий вигляд | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,8 | | | | |
| Надмірна плаксивість | | | | | | | | | | |
| Стан уявляється відповідним віку | 0 | 0,0 | 4,7 | 32 | 62,7 | 2,7 | 28 | 53,8 | 1,6 | |
| Заяви приводять до думки, що він/вона плаче або хоче заплакати частіше своїх однолітків | 4 | 10,5 | | 7 | 13,7 | | 21 | 40,4 | | |
| Плаче частіше своїх однолітків, іноді без ясної причини | 18 | 47,4 | | 7 | 13,7 | | 0 | 0,0 | | |
| Часто (декілька разів на тиждень) плаче або хоче заплакати. Визнає, що плаче і не уявляє причини | 12 | 31,6 | | 5 | 9,8 | | 3 | 5,8 | | |
| Плаче майже кожен день | 4 | 10,5 | | | | | 0 | 0,0 | | |
| Роздратованість | | | | | | | | | | |
| Роздратовується рідко | 2 | 5,3 | 4,0 | 3 | 5,9 | 4,5 | 4 | 7,7 | 4,2 | |
| Роздратовується легко. | | | | | | | | | | |
| Періоди роздратованості не є тривалими | 15 | 39,5 | | 11 | 21,6 | | 4 | 7,7 | | |
| Роздратовується часто. Тривалі періоди роздратованості відмічають декілька разів на тиждень та із утрудненням піддаються перериванню | 14 | 36,8 | | 32 | 62,7 | | 35 | 67,3 | | |
| Постійний стан роздратованості. Ніщо не може змінити цей настрій | 7 | 18,4 | | 5 | 9,8 | | 9 | 17,3 | | |

| Гіпоактивність | | | | | | | | | |
|---|----|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|
| Жваві рухи тіла. (зверніть увагу, що згідно даній шкалі гіпоактивна, збудлива поведінка оцінюється нарівні із нормальною поведінкою, що не викликає побоювання; при цьому слід відмітити гіперактивність) | 31 | 81,6 | 1,4 | 10 | 19,6 | 2,2 | 9 | 17,3 | 2,9 |
| Рухи тіла уявляються дещо обмеженими та/або повільними | 7 | 18,4 | | 15 | 29,4 | | 18 | 34,6 | |
| Зумовлена обмеженість рухів тіла та загальне відчуття моторної затримки | 0 | 0,0 | | 14 | 27,5 | | 18 | 34,6 | |
| Сильне відчуття моторної затримки із подібними кататонічними властивостями | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Хворобливі ідеї | | | | | | | | | |
| Доповіді щодо хворобливих ідей відсутні | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Рішуче відкидає хворобливі ідеї | 5 | 13,2 | | 7 | 13,7 | | 5 | 9,6 | |
| Обговорює хворобливі ідеї, які стосуються реальних дій, але уявляються надмірними | 3 | 7,9 | 0,5 | 8 | 21,1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 1,3 |
| Описує наявність хворобливих ідей декілька разів на тиждень. Хворобливі ідеї відходять за межі реальності. | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 11 | 21,2 | |
| Кожний день поглинутий ідеями про смерть або хворобливими думками, які є детально продуманими, широкими або химерними | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Суїцидальне мислення | | | | | | | | | |
| Розуміє смисл «самогубство», але не відносить до себе | 22 | 57,8 | 2,1 | 31 | 60,8 | 2,1 | 29 | 55,8 | 2,2 |
| Різке відкидання думок щодо суїциду | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Деякі думки щодо самогубства або про заподіяння собі шкоди, особливо у розгніваному стані | 11 | 28,9 | | 13 | 25,5 | | 15 | 28,8 | |
| Думки щодо самогубства, які повторюються | 5 | 13,1 | | 7 | 13,7 | | 8 | 15,4 | |
| Суїцидальні спроби протягом останнього місяця або активна суїцидальна поведінка | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Низька самооцінка | | | | | | | | | |
| Описує себе загалом позитивним чином | 0 | 0,0 | 6,2 | 0 | 0,0 | 4,9 | 0 | 0,0 | 5,3 |
| Вказує одну важну або чітко виділену галузь, яка уявляється йому/їй не по силам | 5 | 13,2 | | 8 | 15,7 | | 5 | 9,6 | |
| Описує себе переважно негативним чином або мляво відповідає на питання, що задаються | 12 | 31,6 | | 32 | 62,7 | | 19 | 36,5 | |
| Говорить про себе зневажливо. Принижує та недооцінює себе. Доводить, що інші діти часто звертаються до нього/неї, використовуючи зневажливі прізвища. | 21 | 55,2 | | 11 | 21,6 | | 28 | 53,9 | |

Встановлено, що блок «Погіршення успішності в школі» максимальне значення мав в пре- і ранньому пубертаті (4,5 і 4,3 балу, відповідно). Блок «Труднощі з отриманням задоволення» мав високий бал в препубертаті і у власне пубертаті (4,5 і 5,6 балу, відповідно). Блок «Соціальна ізоляція» мав високі значення незалежно від віку. Інтенсивність показника «Порушення сну» має низькі значення в пре- і в

ранньому пубертаті (2,4 і 2,4 балу, відповідно) і зростає плавно у власне пубертаті (3,1 балу).

Інтенсивність показника «Порушення апетиту» більш висока у дітей із рекурентною депресією в ранньому пубертаті. Незалежно від віку високий бал зареєстрований в блоці «Надмірна стомлюваність». Соматоалгічні скарги однаково розподіляються у дітей не залежно від віку. Інтенсивність блоку

«Дратівливість» досить висока в пре- і власне пубертаті (4,0 і 4,2 балу, відповідно), а у дітей в ранньому пубертаті дещо зростає (4,5 балу).

Інтенсивність блоку «Надмірне почуття провини» має низькі значення і лише у власне пубертаті досягає 3,5 балів. Найвищий бал зареєстровано у дітей в препубертаті і власне пубертаті в блоці «Низька самооцінка» (6,2 і 5,3 балу, відповідно). Інтенсивність симптому «Пригнічений настрій» пропорційно етапу статевого дозрівання збільшується від 3,5 до 5,3 балу. Інтенсивність блоку «Хворобливі ідеї» незначна (від 0,5 до 1,3 балу) не залежно від віку. Інтенсивність ознаки «Суїцидальна поведінка» у дітей із рекурентною депресією становить 2,1 балу не залежно від віку.

Ознака «Надмірна плаксивість» превалює у дітей в препубертаті (4,7 балу) і достовірно знижується в ранньому і у власне пубертаті (2,1 і 1,6 балу, відповідно). Зворотна закономірність простежена відносно ознаки «Придушення афекту у виразі обличчя» – наростання його інтенсивності у дітей 14 років і старше (1,6 балу в препубертаті, 2,5 балу в ранньому пубертаті і 3,5 балу у власне пубертаті). Ті ж тенденції простежено і щодо ознак «Млявість мови» і «Гіпоактивність». Вивчення показників тяжкості депресії у дітей в залежності від етапу статевого дозрівання за шкалою оцінки депресії CDRS-R встановило, що депресія у підлітків має переважно помірну тяжкість.

Таким чином, нами отримано дані, які дозволяють виділити і систематизувати психологічні симптомокомплекси у дітей із депресією в залежності від етапу статевого дозрівання.

Застосування експертних психологічних шкал в діагностиці депресії у дітей забезпечує вирішення проблеми раннього розпізнавання афективного захворювання, профілактики соціальної дезадаптації і суїцидальної поведінки у підростаючого покоління.

ЛИТЕРАТУРА

1. Longitudinal linkages between depressive and posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors following the Wenchuan earthquake in China: A three-wave, cross-lagged study [Text] / Liu-Hua Ying [et al.] // *School Psychology International*. – 2012. – Vol. 33, N 4. – P. 416-432.
2. Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety and Conduct Problems in Youth. A Randomized Effectiveness Trial [Text] / John R. Weisz [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 69, N 3. – P. 274-282.
3. Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample [Text] / J.S. Katie [et al.] // *J. of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 141, N 2. – P. 233-236.
4. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression suicidality criminality and social dysfunction in adulthood [Text] / E. Fombonne [et al.] // *British J. of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179. – P. 218-223.

5. Major depressive disorder and accelerated cellular aging: results from a large psychiatric cohort study [Text] / J. E. Verhoeven, D. Révész, E. S. Epel [et al.] // *Molecular Psychiatry*. – 2013. – P. 1-7.

6. Clinical, psychological, social and biological risk factors of depression in children [Text] / E. Mykhailova, T. Proskurina, T. Matkovska, D. Mitelov // *World Psychiatric Association International Congress; Austua. – Vienna, 2013. – P. 224.*

7. Mykhailova E. Cognitive and neurophysiological markers of depression in children [Text] / E. Mykhailova // *focusing on Access, Quality and Humane Care: XVI World congress of psychiatry. – Spain, Madrid, 2014. – P. 1074.*

8. Депрессия у подростков (клинико-возрастной, нейрокогнитивный, генетический аспекты) [Текст] / Е. А. Михайлова [и др.] // *Укр. вісн. психоневрології*. – Т. 23, Вип. 2 (83). – 2015. С. 75-79.

9. Recurrent depression and somatic-vegetative correlates in children [Text] / E. Mykhailova [at al.] // *IV International Congress. – Greece, Athens, 2015. – P. 2190.*