

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.8-008.64-055.15-055.25|465*08/*16|:614.253.89

Для цитирования: Шушпанова О.В., Голубева Н.И., Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С. Клинические особенности депрессивных расстройств в детском и подростковом возрастах. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 4 (125). С. 47-55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-47-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-47-55)

Клинические особенности депрессивных расстройств в детском и подростковом возрастах

Шушпанова О.В., Голубева Н.И., Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

РЕЗЮМЕ

Введение. Депрессивные расстройства у детей имеют высокую распространенность, но сложны в диагностике и длительное время остаются нераспознанными в силу атипичности клинической картины и маскированности депрессивной симптоматики другими психосоматическими нарушениями. В структуре депрессии у детей могут иметь место циркадность и витальные симптомы, характерные для эндогенной депрессии. В дошкольном возрасте наиболее распространены синдром дефицита внимания, тревожно-фобические расстройства, нарушение сна и аппетита, нарушение поведения в кругу семьи. Отличия клинической картины течения депрессивных расстройств и сопутствующие психические и соматовегетативные нарушения в детском возрасте требуют более детального изучения. **Цель:** изучить клинико-динамические характеристики депрессий в зависимости от возрастного периода. Оценить вариабельность типичных депрессивных симптомов, характер и выраженность коморбидных симптомов, возникающих на высоте аффективных нарушений. **Пациенты и методы.** Выборка включала две возрастные группы больных с аффективными расстройствами, находившихся на лечении в 2019-2023 гг. в детском клиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ. Из общей выборки (n=33) в зависимости от возраста сформированы две группы: 1-я группа – 12 мальчиков и 6 девочек 8-11 лет (детский возраст, средний возраст 9±2,1 года), 2-я группа – 7 мальчиков и 8 девочек 12-16 лет (подростковый возраст, средний возраст 13±2,2 года). Для оценки выраженности депрессии применялись шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS), тест-опросник самооценки депрессии Бека (BDI). Статистический анализ проводился с помощью пакета Microsoft Statistic 18. Сравнение частот данных проводилось с помощью критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. **Результаты.** Начало депрессивного расстройства в обеих группах больных относилось к возрасту 7-9 лет. Средние значения по психодиагностическим шкалам составили в 1-й группе: BDI – 22,7 балла, HDRS – 20,7 балла, во 2-й группе: BDI – 28,13 балла, HDRS-21 – 24,68 балла. Депрессивному эпизоду легкой степени по шкале Гамильтона соответствовало более тяжелое состояние по субъективному опроснику BDI. Коэффициент корреляции Пирсона между показателями шкал HDRS и BDI составил: 0,34 – 1-я группа, 0,95 – 2-я группа. У пациентов 2-й группы зарегистрированы ангедония с потерей удовольствия и отказом от ранее любимых занятий – 100% случаев, суицидальные замыслы (n=9, 60%), суицидальные попытки (n=3, 20%), сокрытие от родителей суицидальных мыслей (n=2, 13,3%), проявления самоповреждающего поведения и навязчивых действий (n=11, 73,3%), циркадный ритм с ухудшением состояния в утреннее время, после пробуждения (n=6, 40%). У пациентов общей клинической выборки выявлены ведущие симптомы в виде апатии и быстрой истощаемости (n=11, 35%), трудности в обучении из-за снижения обработки когнитивной информации (n=30, 90,9%), наиболее частые жалобы на дискомфорт в органах ЖКТ (100%), расстройства приема пищи в связи с потерей витальных ощущений голода, жажды, насыщения (n=7, 21,2%), нарушения ночного сна с перистальтическим смещением времени сна на дневные часы при устойчивой бессоннице в ночное время (n=12, 36,4%), церебрастенические и апатические симптомы, цефалгии без определенной локализации, головокружения, отсутствия энергии в утренние часы, что создавало впечатление тяжелой соматоневрологической болезни (n=14, 42,4%). **Заключение.** Депрессия в детском и подростковом возрастах в большинстве случаев носит маскированный характер, что связано с большей выраженностью поведенческих нарушений и соматовегетативных симптомов, церебрастенических и ипохондрических проявлений при наличии размытых клинических проявлений аффективных расстройств. В 22% случаев депрессия приобретала затяжной характер течения и имела длительный астенический выход в ремиссию с быстрой утомляемостью и истощаемостью, когнитивными нарушениями, что снижало познавательные и образовательные способности у детей и подростков.

Ключевые слова: аффективные расстройства, депрессия, детско-подростковый возраст, психические и поведенческие расстройства, соматовегетативные симптомы, самоповреждение.

ВВЕДЕНИЕ

Депрессивные расстройства у детей, характеризующиеся высокой распространенностью, представляют сложности в диагностике и длительное время остаются нераспознанными в силу атипичности клинической картины и маскированности депрессивной симптоматики другими психосоматическими нарушениями, проявляются навязчивыми страхами, нарушениями сна и аппетита, пассивностью, стрессом из-за учебной нагрузки, подавленностью. Частота депрессивных расстройств повышается пропорционально возрасту и встречается в популяции детей до 10 лет в 1,1% случаев, 10-14 лет – в 2,8%, у подростков и молодежи от 15 до 19 лет – в 12-25%, согласно данным ВОЗ по состоянию на май 2021 г. по оценкам разных исследователей [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. В обзоре по скринингу депрессии показана одинаковая распространенность депрессивных нарушений у детей и подростков независимо от пола обследованных [5]. С другой стороны отмечается, что за последние годы не только возросла распространенность депрессии, но и увеличилось гендерное различие. Факторами депрессии выступают стресс, дисфункциональные стили совладания, негативный образ тела и нестабильная привязанность [2]. Парадоксально, но пациенты с тяжелой депрессией имеют более устойчивый ответ на фармакотерапию, чем с легкой или умеренной депрессией. Для лечения подростков с резистентной депрессией предлагается инфузионная терапия кетамином [4]. По мнению зарубежных авторов, в дошкольном возрасте наиболее распространены синдром дефицита внимания, нарушения сна и аппетита, тревожно-фобические расстройства, нарушения поведения в кругу семьи [3, 4, 5, 6, 7]. В подростковом возрасте чаще манифестирует непосредственно депрессивный аффект в виде снижения настроения, апатии, когнитивного и эмоционального снижения, раздражительности, оппозиционного поведения, идей дисморфофобического характера с чувством неполноценности и вины, аутоагрессивным и суицидальным компонентом, рядом тревожных расстройств, нарушением адаптации, витальными и ипохондрическими симптомами (утомляемость и астения, снижение аппетита или переедание, расстройства сна, соматические алгии и дисфункции) [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. Обследование 670 детей 2-11 лет с депрессивными расстройствами в условиях детской клинической больницы позволило выявить клинические особенности психогенной депрессии в виде слабо выраженной формы (96,4%), тревожного, тревожно-астенического, тревожно-тоскливого, астенического и тоскливого вариантов, сочетающихся с соматическими расстройствами; взаимовлияние аффективных и соматических нарушений усложняет диагностику [9].

Часто встречающимися спутниками депрессивных расстройств являются панические пароксизмы и обсессивно-компульсивные нарушения. Н.М. Иовчук [10, 11] считала, что депрессивные приступы у детей в раннем возрасте могут быть первыми предшественниками в развитии эндогенных психозов. По мнению Л.М. Барденштейна и др. [12], на инициальных этапах шизофрении выявляется наиболее высокая частота развития депрессивных симптомов. В работах отечественных авторов [12] выделены особенности депрессивных симптомов, являющихся предиктором ранних симптомов шизофренического процесса или аттенуированных психотических симптомов. В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных авторов описан ряд вариантов депрессивного синдрома у детей и подростков с соматопсихическими и аффективно-смешанными расстройствами: соматизированная депрессия, ангедоническая депрессия, тревожно-депрессивные состояния, включая панические пароксизмы [2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 18]. Основным признаком депрессии, отличающим соматизированную депрессию от соматического заболевания, является изменение поведения и неадекватные формы реагирования ребенка. Резкое изменение характера и поведения ребенка с учетом накопленного негативного индивидуального опыта проявляется пассивностью, безучастностью, отгороженностью, слезливостью или, наоборот, дисфорией, агрессией, оппозицией по отношению к окружающим, наличием тревоги и страхов в результате психологических травм, отсутствием клинически подтвержденной патологии со стороны внутренних органов. В структуре депрессии у детей могут иметь место циркадность и витальные симптомы, характерные для эндогенной депрессии [10, 11, 14, 15, 16, 17, 18].

Отличия клинической картины течения депрессивных расстройств и сопутствующие психические и соматовегетативные нарушения как в контингенте взрослых, так и в детском возрасте неоднократно подчеркивались многими авторами [3, 4, 5, 13], тем не менее данная проблематика требует более детального изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинико-динамические характеристики депрессий в зависимости от возрастного периода. Оценить вариабельность типичных депрессивных симптомов: пониженного настроения, адинами или гипердинамии, когнитивных нарушений, характер и выраженность коморбидных симптомов, таких как поведенческие нарушения, соматовегетативные, ипохондрические и аттенуированные психотические симптомы, возникающие на высоте аффективных нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование является фундаментальным в рамках научно-исследовательской работы отдела детской психиатрии. Клиническая выборка включала две возрастные группы больных с аффективными расстройствами, находившихся на лечении в 2019-2023 гг. в детском клиническом отделении ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Из общей клинической выборки ($n=33$) в зависимости от возраста сформированы две группы: 1-я группа – 12 мальчиков и 6 девочек 8-11 лет (детский возраст, средний возраст $9\pm 2,1$ года), 2-я группа – 7 мальчиков и 8 девочек 12-16 лет (подростковый возраст, средний возраст $13\pm 2,2$ года). Следует отметить, что 48% пациентов, включенных в выборку, предпринимали повторные попытки лечения депрессии как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, после преждевременного прерывания терапии.

Критерии включения: возраст от 8 до 16 лет, установленный диагноз депрессивного расстройства, соответствующий критериям «Депрессивный эпизод» (F32) по МКБ-10. Все пациенты подписали информированное согласие на использование в терапии препаратов off-label (до 15 лет законные представители, после 15 лет сами обследуемые).

Критерии невключения: наличие текущего органического заболевания ЦНС, расстройства галлюцинаторно-бредового регистра, наличие других расстройств шизофренического спектра, наличие соматической патологии, затрудняющей исследование.

Методы: клинико-психопатологический, ка-тамнестический, психометрический и статистический. Для оценки выраженности депрессии применялись шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS), тест-опросник самооценки депрессии Бека (BDI). Разделение состояний по степени тяжести в соответствии с критериями МКБ-10 основывалось на оценке количества имеющихся в клинической картине психопатологических симптомов и степени их выраженности по шкале HDRS: 0-7 баллов – норма, 8-13 баллов – легкое депрессивное расстройство, 14-18 баллов – средняя степень тяжести, 19-22 балла – тяжелая степень, более 23 баллов – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени. Субъективная оценка тяжести депрессии проводилась с использованием опросника BDI: 0-9 баллов – норма, 10-18 баллов – средняя степень тяжести, 19-29 баллов – умеренно тяжелая степень, 30-64 балла – крайне тяжелая степень.

Статистическая оценка полученных данных выполнена в лаборатории доказательной медицины и биостатистики ФГБНУ НЦПЗ и осуществлялась с помощью статистического пакета анализа Microsoft Statistic 18 после формализации и преобразования данных в электронные таблицы. Сравне-

ние частот данных проводилось с помощью критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Выраженность депрессии пациентов, включенных в выборку, составляла не менее 16 баллов по шкале депрессии Гамильтона (HDRS).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении анамнестических данных пациентов общей клинической выборки исследования выявлены следующие особенности: наследственная отягощенность эндогенными психическими заболеваниями в 24,2% случаев, в том числе шизофрения у родственников по линии отца ($n=1$), детский аутизм у младшего сибса ($n=1$), а также наличие в семейном анамнезе депрессивных расстройств ($n=2$), обсессивно-компульсивных расстройств и панических пароксизмов ($n=2$). Имели место легкие проявления осложнений перинатального периода, купировавшиеся на первом году жизни ($n=25$, 75,8%). На первом году жизни отмечались признаки эмоциональных нарушений раннего возраста, такие как плаксивость, тревожность, повышенная симбиотическая связь с матерью ($n=16$, 48,5%). Выявлен пролонгированный период грудного вскармливания – старше двухлетнего возраста ($n=6$, 18,2), что, вероятно, коррелировало с тревожно-депрессивными нарушениями в раннем возрасте. У трети пациентов обнаружены нарушения социализации в виде удлинения периода адаптации в детских дошкольных и школьных учреждениях с трудностями в общении со сверстниками, со снижением потребности в групповых взаимодействиях, предпочтением индивидуальных занятий и игр ($n=11$, 33,3%), что также свидетельствует о тревожно-депрессивной симптоматике. С редкой частотой зарегистрированы транзиторные эпизоды сверхценных игр с перевоплощениями в дошкольном возрасте от 4 до 6 лет, редуцировавшиеся без терапевтического вмешательства ($n=2$, 6,1%). В этом же возрасте наблюдались острые кратковременные депрессивные реакции как ответ на стрессовую ситуацию – развод родителей, смена места жительства и школы, требовавшие применения психофармакотерапии ($n=7$, 21,2%). При этом в ходе обследования детей не отмечалось задержки психоречевого развития, в ряде случаев развитие было диссоциированным с опережением развития речи. Как правило, компенсация имевшихся нарушений происходила к началу обучения в школе ($n=26$, 78,8%). Вместе с тем сохранялись трудности адаптации, сниженное настроение, повышенная плаксивость, гипердинамия, неусидчивость на уроках, невнимательность, быстрая истощаемость и утомляемость во время занятий ($n=7$, 21,2%). У всех обследованных пациентов отмечалось нарушение концентрации внимания.

Начало заболевания в общей клинической выборке больных относилось к возрасту 7-9 лет. Средние значения по психодиагностическим шкалам составили в 1-й группе: BDI – 22,7 балла, HDRS – 20,7 балла, во 2-й группе: BDI – 28,13 балла, HDRS-21 – 24,68 балла.

Начало заболевания соотносилось с изменениями поведения детей в возрасте 7-8 лет, типом реагирования с избеганием изменений, школьной дезадаптацией, когда на передний план выступали психопатоподобные нарушения поведения и двигательные расстройства в виде импульсивных разрушительных действий с агрессией, направленной на близких членов семьи. У больных появлялось стремление к жестоким играм и просмотру эпизодов насилия, отказы от учебы и домашних обязанностей, двигательная расторможенность, нарушение внимания. Возникали транзиторные тикозные и тревожно-фобические нарушения, ипохондрические и соматовегетативные симптомы: нарушения сна, аппетита, соматоалгии, термоневроз, диспептические явления, атопический дерматит. Аффективные феномены проявлялись в виде сниженного настроения и сопровождались фрагментарными психоэмоциональными кризисами – «истериками» на фоне стрессовых ситуаций с идеями самообвинения и собственной неполноценности. Следует отметить, что депрессивное настроение у пациентов носило ундулирующий характер, при снижении выраженности аффекта больные нередко испытывали временное эмоциональное «смягчение» в виде раскаяния в своих поступках, агрессивном поведении, причины которого ранее не могли аргументировать. Ведущими симптомами являлись апатия и быстрая истощаемость (n=12, 36,4%). Из наиболее распространенных жалоб в обеих группах пациентов выявлено преобладание жалоб на дискомфорт в органах ЖКТ: тошнота, рвота, потеря аппетита, снижение вкусовых ощущений. У трети пациентов зарегистрирована избирательность в еде, частое использование острой и соленой пищи, предпочтение фастфуда обычной пище, склонность к употреблению однообразных продуктов с отказом от животных белков (n=11, 33,3%). Кроме того, имели место расстройства приема пищи в связи с потерей витальных ощущений голода, жажды, насыщения (n=7, 21,2%). На фоне изменения пищевого поведения у больных случались эпизоды парадоксального переедания с чувством переполнения, распирающего и тошноты. Более чем у трети пациентов эпизоды переедания отмечались в ночное время и были вызваны нарушением суточного ритма «сон-бодрствование» (n=12, 36,4%). Были характерны нарушения ночного сна с перистальтическим смещением времени сна на дневные часы при устойчивой бессоннице в ночное время (n=12, 36,4%).

Большинство обследованных детей 1-й группы самостоятельно не высказывали жалоб на безысходность или безнадежность, чувство собственной малоценности, только при прямых вопросах соглашались, что испытывают эти чувства. При этом имели место проявления более тяжелые, выражающиеся невербально в однообразной утробной позе, скорбной мимике, тихом маломодулированном голосе (n=7, 38,9%). Чувство вины высказывали как обследованные 1-й группы (n=10, 55,6%), так и подростки 2-й группы (n=13, 86,7%). Суицидальные намерения в детском возрасте практически не отмечались, вместе с тем в рамках транзиторного расстройства имели место высказывания, что «может быть дальше жить не стоит» (n=2, 11,1%). Среди подростков 2-й группы зарегистрированы суицидальные мысли в виде замыслов (n=10, 66,7%), совершение суицидальных попыток (n=7, 46,7%). Более того, у подростков отмечались повторные суицидальные попытки (n=6, 40%). Нарушения сна с трудностью засыпания, частые ночные и ранние утренние пробуждения отмечали большинство пациентов общей выборки (n=29, 87,9%), причем с равной частотой в обеих группах. У пациентов обеих групп выявлена высокая частота (100%) соматовегетативных и желудочно-кишечных симптомов. Почти у всех больных отмечались нарушение работоспособности, снижение результативности деятельности, продуктивности и активности с идеаторной и моторной заторможенностью с большей степенью выраженности у подростков 2-й группы. У больных 1-й группы доминировала тревожная ажитация с компульсивными действиями (перебирание руками, обкусывание ногтей, манипуляция с волосами и кусание губ), суетливостью, неусидчивостью.

В общей выборке преобладали соматовегетативные и ипохондрические симптомы различной степени интенсивности (n=25, 75,8%), которые статистически значимо реже в детском возрасте и более часто в подростковом возрасте коррелировали со степенью тяжести депрессии по клиническим шкалам. Ипохондрия со сверхценной фиксацией на телесных ощущениях в подростковом возрасте отмечалась в 2 раза чаще. Симптомы дереализации-деперсонализации у детей до 11 лет отсутствовали, но появлялись в подростковом возрасте (n=7, 46,6%). Кроме того, у подростков имели место бредоподобные идеи отношения с подозрительностью в адрес окружающих (n=4, 26,7%). Критическое отношение к болезни отсутствовало у всех детей и у большинства подростков. Обсессивные и компульсивные симптомы, включая патологические привычки и ритуалы, навязчивые тревожные мысли, образы и идеи, отмечались в общей выборке без возрастных различий (n=11, 33,3%).

Встречавшееся с высокой частотой чувство вины у пациентов 1-й группы (55,6%) и 2-й группы (86,7%) имело специфические особенности. Испытываемое чувство вины быстро сменялось самооправданием себя и своих поступков, эмоциональный паттерн обвинения был перенаправлен на ближайшее окружение пациентов (члены семьи, одноклассники, преподаватели). У всех пациентов 2-й группы отмечалась ангедония с потерей удовольствия и отказом от ранее любимых занятий и увлечений, общения с близкими и друзьями. Большинство пациентов 2-й группы высказывали бредоподобные идеи отношения в адрес не только близких и членов семьи, но и случайных людей, сверстников и учителей, считая их причиной собственных неудач (n=12, 66,7%). У пациентов 1-й группы в ответ на воспитательные меры и требования родителей зачастую возникали эмоциональные кризы в виде «истерик», на высоте которых имели место физическая и чаще вербальная гетеро- и аутоагрессия (попытки ударить родителей, порча вещей, биевание головой о различные предметы, укусы, угрозы убийства родных и затем себя), протестно-негативное поведение в адрес родителей (n=9, 50%).

Во 2-й группе больных часто имели место замкнутость, отгороженность и малодоступность по отношению к родителям, суицидальные мысли, идеи и планы, поиск «единомышленников»: суицидальные замыслы (n=9, 60%), совершение суицидальной попытки (n=3, 20%), сокрытие от родителей суицидальных мыслей (n=2, 13,3%). Отмечалось самоповреждающее поведение с целью снятия психоэмоционального стресса, такие эпизоды не имели суицидальной направленности. Довольно часто (n=9, 60%) наносимые самоповреждения сочетались с симптомами деперсонализации-дереализации с нарушением болевой чувствительности (по словам пациентов, «невыносимое тягостное бесчувствие»). Имела место игровая зависимость с погружением в нереальный игровой мир (n=7, 46,7%), с отказом от продуктивной деятельности и эпизодами ухода из дома (n=4, 26,7%), избеганием общения со сверстниками и членами семьи (n=11, 73,3%). У большинства подростков манифестировали и нарастали трудности в обучении (n=13, 86,7%). Циркадный ритм с ухудшением состояния в утреннее время, после пробуждения выявлен более чем у трети подростков (n=6, 40%). Вместе с тем ухудшение настроения в утренние часы выявлялось только при тщательном расспросе. В общей клинической выборке пациентов встречались церебрастенические и апатические симптомы, цефалгии без определенной локализации, головокружения, отсутствие энергии в утренние часы, что создавало впечатление тяжелой соматоневрологической болезни (n=14, 42,4%).

Как правило, состояние пациентов улучшалось во второй половине дня, что свидетельствовало о наличии циркадного ритма в клинической картине расстройства. В отличие от больных 1-й группы, во 2-й группе на первый план выходили жалобы на сниженное настроение с тревогой, апатией и психоэмоциональным истощением. При этом происходила утрата интересов, выявлялись ангедония и сужение круга общения, нарастала депрессивная аутизация, частые отказы от учебы.

Среди большинства больных 2-й группы в клинической картине депрессии происходило нарастание полиморфизма симптоматики за счет транзиторного присоединения аттенуированных психотических симптомов, в основном субпсихотического уровня: бредоподобных идей отношения, транзиторных вербальных и зрительных галлюцинаций, симптомов дереализации-деперсонализации (n=9, 60%). Содержание вербальных псевдогаллюцинаций соответствовало депрессивному аффекту, больные слышали «голоса» или звучание собственных мыслей осуждающего характера. Имели место негативные симптомы в виде редукции энергетического потенциала, расстройств апатобулического спектра с утратой интересов и мотивации к деятельности, идеаторной и моторной заторможенностью (скованность в движениях, однообразие поз, отсроченность в реакциях). У пациентов 2-й группы депрессии носили атипичный характер, клиническая картина была маскирована особенностями онтогенетического периода, на первый план выходили патохарактерологические подростковые реакции, такие как дисморфофобия, реакции группирования и эмансипации, в ряде случаев (n=4, 26,6%) сопровождавшиеся импульсивным несистемным употреблением психоактивных веществ (алкоголь, курение), бродяжничеством и подростковым промискуитетом. Клиническая картина депрессий у больных 2-й группы характеризовалась неоднородностью, имели место как симптомы, характерные для пациентов 1-й группы с обвинением близких, так и депрессивные идеи собственной виновности с ощущением безысходности и несостоятельности.

При сравнении данных шкалы Гамильтона (HDRS) с результатами, полученными по опроснику Бека, обращали внимание следующие особенности. Анализ тяжести депрессивных эпизодов по опроснику BDI выявил определенное несоответствие между объективной и субъективной оценкой состояния. У пациентов общей выборки депрессивному эпизоду легкой степени по шкале Гамильтона соответствовало более тяжелое состояние по субъективному опроснику BDI: умеренно тяжелая степень (n=23, 69,7%) преобладала по сравнению с крайне тяжелой выраженностью депрессивной симптоматики (n=10, 30,3%).

Обнаруженное расхождение показателей психодиагностических шкал отражает, что субъективные переживания больных гораздо тяжелее, чем они демонстрируют в повседневной жизни. Это касается в первую очередь внутреннего ощущения подавленности, тоски, идей несостоятельности и вины, а также антивитаальных мыслей и самоповреждающего поведения. Кроме того, обращают внимание трудности осознания и вербализации

детьми 8-11 лет пониженного настроения, в особенности соотнесения своего состояния со своей же оценкой прошлого и будущего. Поэтому в оценках клинических шкал имеются показатели, статистически значимо отличающиеся в 1-й и 2-й группах. Так, коэффициент корреляции Пирсона между шкалами HDRS и BDI составил: 0,34 – у детей 1-й группы, 0,95 – у подростков 2-й группы (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Распределение обследованных больных по степени тяжести депрессии по шкалам HDRS, BDI

Степень выраженности депрессии	HDRS, n (%)		BDI, n (%)	
	1-я группа (n=18)	1-я группа (n=18)	2-я группа (n=15)	2-я группа (n=15)
Легкая	4 (22,2,1%)		1 (6,6%)	-
Средняя	10 (55,5%)	14 (77,7%)	4 (26,6%)	3 (20%)
Тяжелая и крайне тяжелая	4 (22,2%)	4 (22,2%)	10 (66,6%)	12 (80%)
Средний балл по выборке	20,7±5,4	22,7±4,3	24,68±7,2	28,13±7,9
Коэффициент корреляции Пирсона при оценке тяжести депрессии	r=0,34, p<0,05		r=0,95, p<0,05	

При анализе показателей опросника BDI также имеется ряд особенностей, связанных с возрастным восприятием собственной личности, симптомов депрессии при отсутствии внутренней картины болезни в большинстве случаев. Депрессивный аффект с ощущением безысходности и «несчастья» чаще отмечался у подростков 2-й группы. Больные сообщали о таких переживаниях, как пессимизм, невезучесть, невозможность изменить ситуацию самостоятельно. На «неудовлетворенность собой» часто указывали пациенты обеих групп, в то время как ангедония в основном отмечалась среди подростков. Чувство вины в большей степени испытывали подростки 2-й группы, среди детей 1-й группы по данным опросников чаще наблюдалось ощущение наказания. На разочарование в себе указывали подростки 2-й группы (n=9, 60%). Суицидальные мысли регистрировались только у больных подросткового возраста. Значительно чаще показатели социальной отчужденности зарегистрированы у подростков (n=12, 80%) по сравнению с детьми (n=5, 27,87%). Дистиморфобические переживания своего несовершенства имели место только в подростковом возрасте. Нарушение работоспособности было характерно для всех пациентов (100%) 2-й группы. Быстрая истощаемость и утомляемость встречались в обеих возрастных группах больных с небольшим преобладанием среди подростков. Потеря аппетита и потеря веса была более выражена у подростков (n=10, 66,7%). Плаксивость чаще наблюдалась среди детей 1-й группы (n=11, 61,1%), подростки же в большинстве случаев отмечали, что «хотели бы, но не могут плакать». Этот показатель в клиническом воплощении совпадал с проявлениями эмоционального дефицита, когда больные жаловались на равнодушие и бесчувственность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что особенности клинических проявлений депрессивных расстройств в детском и подростковом возрастах определялись как возрастом пациентов, так и длительностью течения заболевания, наличием перинатальной патологии и психопатологических нарушений раннего детского возраста, количеством субклинических эпизодов снижения настроения и тревоги в анамнезе больных, не требующих лечения. Обращает на себя внимание тяжесть психического состояния пациентов, что связано с набором в исследование пациентов, находящихся на стационарном лечении. В 75% случаев тяжесть депрессивного нарушения не была обусловлена психопатологической наследственностью, но при этом имела характерные для эндогенного заболевания признаки: аутохтонное начало, циркадный ритм, проявления ангедонии. В 48% случаев имели место тревожность и симбиотическая привязанность к матери в первые два года жизни. В дальнейшем у этих детей формировались нарушения социальной адаптации и сензитивность, высокая реактивность на триггерные раздражители, отмечались бредоподобные идеи отношения, ощущение собственной неполноценности и идеи вины. Полиморфизм клинической картины определялся не только клинической картиной аффективного расстройства, но и индивидуальным периодом онтогенеза с особенностями клинических проявлений. У части детей в раннем возрасте отмечались транзиторные эпизоды субпсихотических нарушений в виде игр с патологическим фантазированием и перевоплощением, эпизоды невротической депрессии в дошкольном возрасте, что коррелировало с тяжелым течением депрессии в подростковом возрасте и развитием аффек-

тивно-смешанного заболевания, в некоторых случаях с присоединением транзиторных аттенуированных психотических симптомов. Анализируя отдельные психические феномены, можно отметить, что нечеткая сформированность чувства вины в детском возрасте свидетельствует об аффективной незрелости детей до 12 лет. Таким образом, можно сделать вывод, что депрессия в детском возрасте чаще носит маскированный характер, что связано с большей выраженностью поведенческих нарушений и соматовегетативных симптомов, церебральных и ипохондрических проявлений при наличии смазанной картины аффективных расстройств. В 22% случаев депрессия приобретала черты затяжной, хуже поддавалась терапии и имела длительный астенический выход в ремиссию с быстрой утомляемостью и истощаемостью, когнитивными нарушениями (замедленность темпа мышления и снижение памяти), что нарушало обучаемость и снижало успеваемость детей и подростков.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Настоящее исследование является фундаментальным, было выполнено за счет бюджетного финансирования в рамках научно-исследовательской работы отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и её пересмотренного варианта 2000 г., одобрено этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (протокол № 314 от 21.10.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Institute of Health Metrics and Evaluation Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Seiffge-Krenke I. Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze [Depression in children and adolescents: prevalence, diagnosis, etiology, gender differences and therapeutic approaches]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2007;56(3):185-205. German. doi: 10.13109/prkk.2007.56.3.185. PMID: 17451150.
- Luxton R, Kyriakopoulos M. Depression in children and young people: identification and management NICE guidelines. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2022 Feb;107(1):36-38. doi: 10.1136/archdischild-2020-320020. Epub 2021 May 10. PMID: 33972346.
- Hazell P. Depression in children and adolescents. *BMJ Clin Evid.* 2009 Jan 7;2009:1008. PMID: 19445770; PMCID: PMC2907806.
- Beck A, LeBlanc JC, Morissette K, Hamel C, Skidmore B, Colquhoun H, Lang E, Moore A, Riva JJ, Thombs BD, Patten S, Bragg H, Colman I, Goldfield GS, Nicholls SG, Pajer K, Potter BK, Meeder R, Vasa P, Hutton B, Shea BJ, Graham E, Little J, Moher D, Stevens A. Screening for depression in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. *Syst Rev.* 2021 Jan 12;10(1):24. doi: 10.1186/s13643-020-01568-3. PMID: 33436094; PMCID: PMC7802305.
- Kalinowska S, Nitsch K, Duda P, Trzeźniowska-Drukała B, Samochowiec J. Depresja u dzieci i młodzieży-obraz kliniczny, etiologia, terapia [Depression in children and adolescents – symptoms, etiology, therapy]. *Ann Acad Med Stetin.* 2013;59(1):32-6. Polish. PMID: 24734332.
- Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord.* 2005 Dec;89(1-3):35-44. doi: 10.1016/j.jad.2005.05.020. Epub 2005 Oct 10. PMID: 16219362.
- Muha J, Schumacher A, Campisi SC, Korczak DJ. Depression and emotional eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite.* 2024 Sep 1;200:107511. doi: 10.1016/j.appet.2024.107511. Epub 2024 May 23. PMID: 38788931.
- Антропов Ю.Ф. Психогенная депрессия у детей. Психическое здоровье. 2023. Т. 18, № 1. С. 14-22. Antropov YuF. Psychogenic depression in children. *Mental Health.* 2023;18(1):14-22. doi: 10.25557/2074-014X.2023.01.14-22 (in Russian).
- Иовчук Н.М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: автореф. дис. ... д.м.н. М., 1989. 47 с. Iovchuk NM. Endogenous affective disorders in childhood: dissertation abstract D. Sc. (Medicine). Moscow, 1989:47 (in Russian).
- Иовчук Н.М. Депрессии у детей и подростков. М.: Изд-во Школа-Пресс, 1989. 80 с. Iovchuk NM. Depression in children and adolescents. Moscow: School-Press Publishing House, 1989:80 (in Russian).
- Барденштейн Л.М., Беглянкин Н.И., Казаковцев Б.А. Клиническая психиатрия. Избранные лекции. Учебное пособие. М.: Инфра-М, 2019. 432 с. Bardenstein LM, Beglyankin NI, Kazakovtsev BA. Clinical Psychiatry. Selected Lectures. Study Guide. Moscow: Infra-M Publishing House, 2019:432 (in Russian).
- Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, Thapar AK, Thapar A. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord.* 2019 Jan 15;243:175-181. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.015. Epub 2018 Sep 11. PMID: 30243197.
- Гедевани Е.В. Клинико-психопатологические особенности эндогенных адинамических депрессий. Психиатрия. 2016. № 71. С. 5-10. Gedevani EV. Clinical and psychopathological features of endogenous adynamic depressions. *Psychiatry.* 2016;71:5-10. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2016-71-5-10> (in Russian).

15. Каледа В.Г., Омельченко М.А., Мигалина В.В. Юношеские депрессии как группа риска эндогенных психозов. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023. Т. 123, № 11-2. С. 38-45. Kaleda VG, Omelchenko MA, Migalina VV. Juvenile depression as at-risk state for psychotic disorders. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2023;123(11-2):38-45. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312311238> (in Russian).
16. Олейчик И. В. Синдром астенической несостоятельности. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98, № 2. С. 13-19. Oleichik IV. Asthenic failure syndrome. S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry. 1998;98(2):13-19 (in Russian).
17. Сергеева О.Е. Доманифестный этап юношеского эндогенного приступообразного психоза: автореф дис. ... к.м.н. М., 2012. 24 с. Sergeeva OE. Pre-manifest stage of juvenile endogenous paroxysmal psychosis: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 2012:24 (in Russian).
18. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. Arch Gen Psychiatry. 1994 May;51(5):365-74. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950050025003. PMID: 8179460.

Поступила в редакцию 01.08.2024
Утверждена к печати 02.12.2024

Шушпанова Ольга Владимировна, к.м.н., н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 8979-9700. ResearcherID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447.

Голубева Наталья Ивановна к.м.н., с.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 6534-1543. Author ID РИНЦ 687687. ORCID iD 0000-0002-1700-5292. n_golubeva@mail.ru

Балакирева Елена Евгеньевна, к.м.н., в.н.с., заведующая отделом детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. Author ID РИНЦ 705839. Author ID Scopus 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. balakirevalena@yandex.ru

Никитина Светлана Геннадьевна, к.м.н., с.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0002-7775-1692. SPIN-код РИНЦ 2245-7703. Author ID РИНЦ 1045664. Nikitina.svt@mail.ru

Блинова Татьяна Евгеньевна, н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0001-8750-8824. Author ID РИНЦ 60583. blinova.tania2015@yandex.ru

Шалина Наталья Сергеевна, н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0002-2332-5591. SPIN-код РИНЦ 8220-0647. Author ID РИНЦ 1212236. shalinans@yandex.ru

✉ Шушпанова Ольга Владимировна, sertraline@list.ru

UDC 616.8-008.64-055.15-055.25|465*08/*16|:614.253.89

For citation: Shushpanova O.V., Golubeva N.I., Balakireva E.E., Nikitina S.G., Blinova T.E., Shalina N.S. Clinical features of depressive disorders in childhood and adolescence. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2024; 4 (125): 47-55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-47-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-47-55)

Clinical features of depressive disorders in childhood and adolescence

Shushpanova O.V., Golubeva N.I., Balakireva E.E., Nikitina S.G., Blinova T.E., Shalina N.S.

*Mental Health Research Center, Russian Academy of Sciences
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. Depressive disorders in children are highly prevalent, but are difficult to diagnose and remain unrecognized for a long time due to the atypical clinical picture and masking of depressive symptoms by other psychosomatic disorders. The structure of depression in children may include circadian rhythm and vital symptoms characteristic of endogenous depression. At preschool age, attention deficit syndrome, anxiety-phobic disorders, sleep and appetite disorders, and behavioral disorders within the family circle are the most common ones. The differences in the clinical picture

of the course of depressive disorders and concomitant mental and somatovegetative disorders in childhood require more detailed study. **Objective:** to study the clinical and dynamic characteristics of depression depending on the age period. To assess the variability of typical depressive symptoms, the nature and severity of comorbid symptoms that occur at the height of affective disorders. **Patients and Methods.** The sample included two age groups of patients with affective disorders who were treated in the Children's Clinical Unit of Mental Health Research Center (Moscow, Russia) between 2019 and 2023. From the total sample (n=33), two groups were formed depending on age: Group 1 – 12 boys and 6 girls aged 8-11 years (children, mean age 9 ± 2.1 years), Group 2 – 7 boys and 8 girls aged 12-16 years (adolescents, mean age 13 ± 2.2 years). To assess the severity of depression, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Beck Depression Inventory (BDI) were used. Statistical analysis was performed using the Microsoft Statistic 18 package. Data frequencies were compared using the Pearson test. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$. **Results.** The onset of depressive disorder in both groups of patients occurred at the age of 7-9 years. The average values for the psychodiagnostic scales were as follows: BDI – 22.7 points, HDRS – 20.7 points in the 1st group, and BDI – 28.13 points, HDRS-21 – 24.68 points in the 2nd group. A mild depressive episode according to the Hamilton scale corresponded to a more severe condition according to the subjective BDI questionnaire. The Pearson correlation coefficient between the HDRS and BDI scales was: 0.34 for the 1st group, 0.95 for the 2nd group. In patients of the 2nd group, anhedonia with loss of pleasure and refusal of previously favorite activities was documented – 100% of cases, suicidal thoughts (n=9; 60%), suicide attempts (n=3; 20%), concealment of suicidal thoughts from parents (n=2; 13.3%), manifestations of self-injury behavior and compulsive actions (n=11; 73.3%), circadian rhythm with worsening of the condition in the morning, after awakening (n=6; 40%). In patients of the general clinical sample, leading symptoms were apathy and fast exhaustion (n=11; 35%), learning difficulties due to decreased processing of cognitive information (n=30; 90.9%), the most frequent complaints of discomfort in the gastrointestinal tract (100%), eating disorders due to the loss of vital sensations of hunger, thirst, satiety (n=7; 21.2%), nocturnal sleep disorders with peristaltic shift of sleep time to daytime hours with persistent insomnia at night (n=12; 36.4%), cerebrastrhenic and apathetic symptoms, cephalgia without a specific localization, dizziness, lack of energy in the morning, which created the impression of a severe somatoneurological disease (n=14; 42.4%). **Conclusion.** In most cases, depression in childhood and adolescence is masked, which is associated with greater severity of behavioral disorders and somatovegetative symptoms, cerebrastrhenic and hypochondriacal manifestations in the presence of vague clinical manifestations of affective disorders. In 22% of cases, depression acquired a protracted course and had a long asthenic exit to remission with fast fatigue and exhaustion, cognitive impairment, which reduced the cognitive and educational abilities of children and adolescents.

Keywords: affective disorders, depression, childhood and adolescence, mental and behavioral disorders, somatovegetative symptoms, self-injury.

Received August 01, 2024

Accepted December 02, 2024

Shushpanova Olga V., Cand. Sc. (Medicine), researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. SPIN-code RSCI 8979-9700. ResearcherID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447.

Golubeva Natalia I., Cand. Sc. (Medicine), senior researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. SPIN- code RSCI 6534-1543. Author ID RSCI 687687. ORCID iD 0000-0002-1700-5292. n_golubeva@mail.ru

Balakireva Elena E., Cand. Sc. (Medicine), acting head of Department, lead researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. SPIN-code RSCI 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. Author ID RSCI 705839. Scopus Author ID 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. balakirevalena@yandex.ru

Nikitina Svetlana G., Cand. Sc. (Medicine), senior researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. SPIN-code RSCI 2245-7703. Author ID RSCI 1045664. ResearcherID AAN-3145-2021. Scopus Author ID 57205876434. ORCID iD 0000-0002-7775-1692. nikitina.svt@mail.ru

Blinova Tatiana E., researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-8750-8824. Author ID RSCI 60583. blinova.tania2015@yandex.ru

Shalina Natalia S., junior researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-2332-5591. SPIN-code RSCI 8220-0647. Author ID RSCI 1212236. shalinans@yandex.ru

✉ Shushpanova Olga V., sertraline@list.ru