

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ  
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда»  
(ГБУ АО «Центр «Надежда»)

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Депрессия у детей и подростков**

г. Архангельск  
2021

## **Составители:**

**Леус Эльвира Викторовна** – педагог-психолог отделения сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр «Надежда»;

**Воронцова Ирина Сергеевна** – педагог-психолог отделения сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр «Надежда»;

**Соколова Кристина Александровна** – врач-психотерапевт ГБУ АО «Центр «Надежда»;

**Иванникова Наталья Александровна** – заведующий отделением сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр «Надежда».

Методические рекомендации «Депрессия у детей и подростков» / сост. Э.В. Леус, И.С. Воронцова, К.А. Соколова, Н.А. Иванникова / Архангельск, 2021. – 29 с.

Методические рекомендации адресованы специалистам образовательных организаций и специалистам системы профилактики с целью изучения вопросов возникновения и протекания депрессии у детей и подростков, диагностики, лечения, коррекции и профилактики. Методические рекомендации не ставят своей целью обучение специалистов самостоятельной постановке диагноза.

## СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	4
1 Депрессия – это болезнь .....	5
2 Симптоматика депрессии .....	7
3 Причины развития депрессии .....	10
4 Виды депрессий.....	13
5 Особенности проявления депрессии у детей и подростков.....	15
6 Лечение депрессий.....	20
7 Профилактика депрессий .....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	27
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	28

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Депрессии представляют собой актуальную проблему психического здоровья подростков в связи с увеличением распространенности заболевания, более ранним началом возникновения, ростом числа суицидов. По данным ВОЗ, депрессия является ведущей причиной заболеваемости и нетрудоспособности среди подростков 10-15 лет. Распространенность депрессии в юношеском возрасте достигает от 15 до 40%.

Депрессия представляет собой аффективное расстройство (расстройство настроения) и является наиболее распространенным психическим расстройством среди людей всех возрастов. В подростковом возрасте депрессивные расстройства чаще проявляются под «масками» нарушенного поведения, соматического неблагополучия, снижения интеллектуальной деятельности. Чем младше возраст ребенка, тем более нетипично протекает депрессия.

Подростковый возраст характеризуется как период гормональной и физиологической перестройки организма, повышенной эмоциональности и возбудимости, что создает благоприятные условия для возникновения аффективных расстройств. Агрессивность, депрессивность, повышенная тревожность возникают как реакции на невозможность самореализации, на непонимание отношений с людьми. Это приводит к школьным проблемам: адаптации, успеваемости, мотивации, социализации.

Методический материал адаптирован для широкого круга читателей и адресован специалистам образовательных организаций с целью психологического просвещения.

## 1 Депрессия – это болезнь

*Депрессия* – это аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения; при этом человек испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние [4].

*Депрессия* – это болезнь всего организма. Это не слабость, отсутствие воли или самодисциплины. Депрессия приводит к чувству грусти, безнадежности, к неспособности испытывать радостные переживания, снижению энергии и воли. От обычной грусти или огорчения депрессия отличается тем, что она более интенсивна, длится дольше и мешает адаптации к жизненным обстоятельствам. Человек пассивен, в плохом настроении и упрекает себя за это, не может выполнять повседневные обязанности, сосредоточиться, не в состоянии получать удовольствие от вещей, которые раньше его радовали, он чувствует пустоту в своей душе.

«Здоровое» плохое настроение в отличие от депрессии возникает вполне закономерно, как ответ на объективные внешние обстоятельства, и играет роль корректировки собственного поведения: грусть, разочарование возникают, когда человек сделал что-то неправильно, например, ожидания не совпали с реальностью, и необходимо пересмотреть свои действия и убеждения.

*Депрессия* – это заболевание, которое характеризуется постоянным состоянием уныния и потерей интереса к видам деятельности, которые обычно приносят удовлетворение, а также неспособность делать повседневные дела, в течение, по меньшей мере, двух недель [13].

Депрессия у детей и подростков в диагностическом смысле означает психическое заболевание, основным критерием которого выступают эмоциональные нарушения. Депрессия воспринимается зачастую как самим ребенком, так и родителями, как проявление лени, плохого характера, эгоизма, природного пессимизма. Родителям следует помнить, что депрессия является не просто плохим настроением, это заболевание, которое нуждается в лечении специалистами. Чем раньше у ребенка поставлен диагноз и начато соответствующее правильное лечение, тем гораздо выше вероятность быстрого выздоровления, тем меньше будут последствия, в том числе с уходом в суицидальное поведение.

В 20-50% случаев депрессия у детей со временем отягощается другими расстройствами настроения и поведения. 30-80% заболевших имеют тревожное расстройство, 10-80% – нарушения поведения, 20-80% – хроническое расстройство настроения в виде уныния, подавленности, печали, 18-30% – компьютерные, игорные, эмоциональные зависимости, созависимости, трудо- или работоголизм. Наиболее опасным исходом депрессии является суицид. Примерно у 60% больных детей появляются мысли о самоубийстве, 30% совершают попытки, часть из них завершается

летальным исходом. Своевременная диагностика, периодический контроль врача, систематическая работа с психологом снижают вероятность возникновения осложнений [13].

Существенные отличия депрессии от плохого настроения [8] представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Существенные различия между плохим настроением и депрессией

<b>Плохое настроение</b>	<b>Депрессивное состояние</b>
1. Подавленность обычно вытекает из тяжелых жизненных обстоятельств и вполне <i>объяснима</i> .	1. Подавленность может вытекать из тяжелых жизненных обстоятельств, но иногда <i>необъяснима</i> , ни с чем определенным напрямую не связана.
2. <i>Подавленность</i> затягивается вместе с продолжающимися неблагоприятными обстоятельствами жизни, но <i>проходит</i> по мере привыкания к этим обстоятельствам, а тем более, если они меняются к лучшему.	2. <i>Подавленность принимает затяжной характер</i> , несмотря на то, что жизненные обстоятельства меняются к лучшему или вопреки тому.
3. <i>Подавленность</i> время от времени <i>сменяется</i> другим настроением, например, агрессивным, но все же активным, а иногда даже умиротворенным или радостным.	3. <i>Подавленность статична</i> , «несменяема»; в ней может быть агрессивный компонент, но переживания радости и умиротворения кажутся человеку недостижимыми.
4. Подавленность <i>«продуктивна»</i> : она побуждает к выводам, решениям, действиям, в ней угадывается предчувствие перемен.	4. Подавленность <i>непродуктивна</i> , не несет в себе каких-либо побуждений и не «обещает» ничего, кроме продолжения или нарастания все той же подавленности.
5. Подавленность <i>может быть преодолена</i> , когда необходимо мобилизоваться для работы, для выполнения своих обязательств или долга перед другими людьми.	5. Подавленность деструктивна: ее <i>невозможно преодолеть</i> , когда требуются усилия для концентрации внимания, включения в работу, исполнения повседневных обязанностей.

## 2 Симптоматика депрессии

Депрессия является нервно-психическим расстройством, которое характеризуется триадой признаков [17]:

- патологически сниженным настроением (гипотимией), продолжающимся более двух недель;
- интеллектуальной заторможенностью;
- заторможенностью моторной деятельности (двигательной активности).

Характерными для депрессивных состояний являются также снижение интереса к жизни и общей энергичности личности, чувство вины, невозможность на чем-либо сосредоточиться, нередко – отсутствие аппетита, появление мыслей о смерти (как способе избавления от страданий) и самоубийстве [13]. В том числе нарушаются межличностные отношения – семейные, романтические, дружеские и другие.

Помимо замедления мыслительного процесса и как следствие – снижения умственной работоспособности, *симптомами депрессивного мышления* являются фиксация на негативных переживаниях и неадаптивные представления о себе, мире и будущем («я плохой, мир плохой, будущее плохое») [3]. В тяжелых случаях это могут быть не «отгоняемые» никакими усилиями мысли о неприятном: о возможности тяжело заболеть, попасть в аварию, провалиться на экзамене, оказаться несостоятельным [5], а также суицидальные мысли. С мышлением связана речь человека, поэтому трудности формулирования высказываний также могут стать показателем депрессивного состояния.

*Симптомы депрессивного настроения* отражают весь спектр негативных переживаний: от подавленности, чувства неудовлетворения, чувства вины до невыносимой тоски и душевной боли, непрекращающихся в течение двух недель. Человек также может испытывать тревогу, панику, у него могут появиться различные страхи и фобии. При тяжелой или умеренной депрессии может возникнуть такое состояние, как *ангедония* – утрата способности испытывать радость и удовлетворение, утрата стремления к получению удовольствия.

*Симптомы двигательной заторможенности* могут проявляться следующим образом: физическая слабость, неловкость движений, усталость. При этом могут сопутствовать нарушения волевых процессов: как невозможности заставить себя выполнять привычную деятельность, а в тяжелых случаях – встать с кровати. Также депрессию может сопровождать ухудшение физического самочувствия: наблюдаются различные боли или неприятные ощущения в теле.

Симптомы депрессии варьируются от степени тяжести заболевания и от конкретного случая. Обобщенные симптомы представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Симптомы депрессии

Психические проявления	Физиологические проявления
<p>Угнетенное и подавленное настроение, отчаяние, страдание. Тревога, чувство ожидания беды, внутреннее напряжение. Раздражительность, недовольство собой, снижение самооценки. Утрата или снижение способностей переживать удовольствия от занятий, которые раньше были приятны. Больному не интересны развлечения. Нет интереса к окружающим, частые самообвинения. Нарушение концентрации внимания. Невозможность принять решение. Будущее представляется мрачным, бессмысленным, пессимистичным. Человек считает себя беспомощным и ненужным. Мысли о самоубийстве.</p>	<p>Изменение аппетита. Нарушения сна (повышенная сонливость или, наоборот, бессонница). Снижение сексуальных потребностей. Повышенная утомляемость, слабость. Неприятные ощущения и появление боли в различных областях тела. Изменение массы тела (увеличение или уменьшение). Запоры. Сухость кожных покровов. Отсутствие целенаправленной активности. При употреблении спиртных напитков и психоактивных веществ – усугубление состояния или временное облегчение.</p>

В зависимости от количества симптомов и степени их тяжести депрессивный эпизод может быть квалифицирован как *легкий*, *умеренный* или *тяжелый*.

Пациенты, страдающие депрессией, могут попасть на прием к врачу-психиатру в разном состоянии. Человек может прийти самостоятельно или его приводят родственники, это зависит от критического отношения к своему состоянию и степени тяжести депрессии.

Лёгкая и умеренная депрессия – это наиболее частые аффективные расстройства, которые встречаются в амбулаторной практике врачей [12, 18]. При легкой степени человек обеспокоен симптомами, затрудняется выполнять обычную работу, однако так же социально активен. При умеренной депрессии человек испытывает значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел и своей работы. При этих формах состояние больных субъективно оценивается всегда тяжелее, чем есть на самом деле, однако имеются более тяжелые случаи. Тяжелая клиническая депрессия встречается в популяции гораздо реже и имеет генетическую предрасположенность. Такое состояние описывают как невыносимую душевную боль, поглощенность тягостными переживаниями и мыслями, равнодушие к окружающему вокруг, сильное желание умереть при отсутствии физических сил. Люди с тяжелой формой депрессии нуждаются в особом уходе и лечении, они – пациенты психиатрического стационара.



Таким образом, при депрессии страдают все виды психической деятельности:

- волевая сфера (снижение побуждений): апатия, астения, безынициативность;
- вегетативные нарушения: головные боли, головокружения, боли в сердце, сердцебиения, потливость, боли в желудочно-кишечном тракте;
- когнитивная сфера: жалобы на снижение памяти, трудности концентрации внимания, рассеянность, негативная оценка окружающего.

Проявления депрессивных состояний также затрагивает все сферы личности [10], которые представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Влияние депрессии на сферы личности

<b>Сферы личности</b>	<b>Проявления / изменения</b>
Эмоциональная сфера	Человек испытывает чувства печали и уныния, которые проявляются в форме, гораздо более устойчивой и интенсивной, чем обычные переживания этих чувств. Этим чувствам могут сопутствовать раздражительность, вина и стыд.
Поведение	Может наблюдаться усиление беспокойства и тревоги, снижение активности, замедленная речь или чрезмерная плаксивость. Наряду со снижением активности наступает ограничение социальных контактов, утратой интересов. Иногда депрессивное состояние может приводить к агрессивным действиям – язвительные злые замечания, крик, деструктивное поведение. Угнетаются также первичные биологические мотивации: нарушается сон, аппетит, сексуальная функция, степень расстройств которых зависит от тяжести состояния. В других случаях может наблюдаться обратная картина: человек становится социально активным, ведет себя как будто с ним все в порядке, «душа компании».
Изменение жизненных установок	Развивается чувство собственной никчемности и низкая самооценка. Человек считает себя неадекватным и думает, что другие люди оценивают его так же. Может измениться отношение к работе, учебе, и в связи с этим ухудшается рабочая эффективность и успеваемость. Люди начинают бояться будущего и убеждают себя в том, что обречены в жизни на неудачи, часто задавая следующие вопросы: «Что толку беспокоиться об этом?», «Какой смысл пытаться это делать?» Когда такие переживания становятся интенсивными, возрастает риск суицида.

### **3 Причины развития депрессии**

Современная наука рассматривает депрессию как заболевание, в происхождение которого вносят вклад разные причины или факторы – биологические, психологические и социальные [15].

#### **1) Биологические причины**

- наследственность (психические заболевания близких родственников, например, биполярное аффективное расстройство);
- внутриутробные патологии (инфекции, асфиксия и др.);
- злоупотребление наркотиками или алкоголем;
- органические заболевания;
- побочные эффекты лекарств;
- гормональные изменения (гормональные изменения в подростковом возрасте, эндокринные заболевания);
- нарушения нейрхимических процессов (обмена нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и др.).

#### **2) Психологические причины**

- особый стиль мышления, негативного мышления, для которого характерна фиксация на отрицательных сторонах жизни и собственной личности;
- специфический стиль общения в семье с повышенным уровнем критики, повышенной конфликтностью;
- повышенное число стрессогенных жизненных событий в личной жизни (разлуки, развод родителей, алкоголизация близких, смерть близких);

#### **3) Социальные причины**

- социальная нестабильность в семье, трудные экономические условия, неуверенность в завтрашнем дне;
- семейный климат: конфликты в семье, неполная семья, гиперопека либо полное отсутствие родительской заботы, отсутствие полового воспитания со стороны родителей;
- частая смена места жительства, что не позволяет ребенку успевать заводить друзей, с которыми он проводил бы все свободное время и делился секретами;
- социальная изоляция с малым числом теплых, доверительных контактов, вынужденное одиночество;
- проблемы с учебой, а также отставание по школьной программе, что является причиной отдаления от сверстников, делая в психическом плане уязвимым;
- культ ценностей, обрекающих людей на постоянное недовольство собой (физическое и личностное совершенство, сила, превосходство над другими людьми, материальное благополучие);
- достижения технологии – компьютеризация и интернет объединили целый мир, сузив его до монитора компьютера, что очень плохо отразилось на способности общаться.

На возникновение депрессии также влияет тип личности человека, а именно – личностные установки и философия жизни. В развитии *депрессогенных черт личности* участвуют следующие онтогенетические факторы [3]:

1) Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп. Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие после себя неизлечимые травмы.

2) Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система взглядов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, ребенок может приобщиться к некоторым неадаптивным убеждениям на основе родительского примера.

3) Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут сформировать негативные установки в отношении себя и других людей.

4) Физический дефект (например, детское ожирение) способствует формированию образа «я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать нормальной социализации среди сверстников.

Часто депрессии возникают на фоне стрессов или длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций (так называемые *«реактивные»* депрессии). Иногда они возникают без видимых причин (*«эндогенная»* депрессия). Депрессия может сопутствовать соматическим заболеваниям (сердечно-сосудистым, желудочно-кишечным, эндокринным и т.д.) или стать причиной их развития (*«соматизированная»* депрессия). В таких случаях она существенно утяжеляет течение и прогноз основного соматического заболевания. Однако при своевременном выявлении и лечении депрессии отмечается быстрое улучшение психического и физического самочувствия.

Иногда депрессия ограничивается в основном телесными симптомами или другими психическими расстройствами без отчетливых эмоциональных проявлений, причем собственно симптомы сниженного настроения скрываются (маскируются) за какими-либо соматическими симптомами или другими психическими расстройствами (так называемая *«маскированная»*, *«скрытая»*, *«ларвированная»* депрессия). «Маски» скрытой депрессии могут варьироваться.

1. «Маски» в форме болевого синдрома проявляются в форме головных болей, мигреней, боли в области лица, позвоночника, конечностей, сердечных болей, учащенного сердцебиения, болей в животе, заболеваний кожных покровов. Такой пациент, как правило, обращается к различным узким специалистам (кардиологам, хирургам, неврологам и т.д.), но при диагностике никакой конкретной причины для проявления такой боли не выявляется.

2. «Маски» в форме вегетативных, эндокринных расстройств (функциональные нарушения внутренних органов, половых функций, без органических нарушений).

3. «Маски» в виде нарушения биологического ритма (бессонница, отсутствие отдыха после ночного сна, гиперсомния).

4. Депрессии, скрытые другой психопатологической симптоматикой, тревожно-фобические расстройства, расстройства влечений (сексуальные девиации, алкоголизм, наркомании и токсикомании).

Скрытые депрессии в подростковом и юношеском возрасте могут маскироваться под расстройство пищевого поведения, головные, сердечные боли, кожные заболевания, а также часто приводят к различным вариантам зависимого поведения, куда могут быть отнесены: несоответствующая возрасту повышенная апелляция к заботе родителей, злоупотребление алкоголем, другими психоактивными веществами (ПАВ), зависимость от компьютерных игр и интернет-зависимость. Скрытые депрессии в этом возрасте также могут проявляться в форме асоциального поведения (агрессия), сексуальных нарушений (например, беспорядочные половые связи) и «ситуациях ухода» (из дома, школы, вуза, своей возрастной или социальной группы и, как крайний вариант – уход из жизни).

#### 4 Виды депрессий

В медицине до последнего времени депрессии разделяли на следующие виды [13]:

- связанные с наследственной предрасположенностью, или биологически обусловленные, и мало зависящие от внешних (социально-психологических) факторов. Это так называемые «эндогенные» или «психотические» депрессии», как правило, проявляющиеся как бы спонтанно и имеющие более тяжелые проявления и течение;
- возникающие в результате конкретных психических травм и стрессов, имеющие более мягкие клинические проявления и более благоприятное течение, их еще именуют «реактивными» или «невротическими» (еще одно название – «психогенные» депрессии).

Такое разделение условно, так как то, что касается представлений о так называемых «эндогенных депрессиях», может рассматриваться лишь как следствие биологических (эндогенных) изменений в организме при отсутствии внешней видимой причины, что является в корне неверным суждением, так как тело по отношению к психике является ее внешней оболочкой.

Так же возможен такой вариант, что депрессия, возникшая у человека в ответ на сильный стресс (реактивная депрессия), может запустить процессы изменения в организме на генетическом уровне, что приведет к развитию эндогенной депрессии.

В МКБ-10 депрессивные состояния со сходной клинической картиной сейчас объединены, и такие термины, как «эндогенная» и «невротическая», практически уже не используются [12].

Всегда очень сложно провести четкую грань между невротическими и психотическими депрессиями. И это зависит не столько от присутствия или отсутствия того или иного симптома, сколько от уровня их проявления и развития, а также – глубины страдания человека. [13].

Однако для понимания природы и степени тяжести заболевания в методических рекомендациях приводится условное разделение на виды, представленные в таблице 4.

Таблица 4 – Виды депрессии

<b>Психогенная (Экзогенная)</b>	<b>Эндогенная</b>
Причина: внешние факторы	Причина: наследственность (существует ген депрессии)
Имела место конкретная стрессовая ситуация	Беспричинные стойкие перепады настроения, часто в определенное время года. Стресс может спровоцировать начало депрессии, однако позже связь утрачивается. Депрессия протекает как самостоятельное заболевание.
Степень депрессии зависит от силы стресса и реакции на него человека	Степень депрессии не зависит от степени провоцирующего стресса
В вечерние часы депрессивное состояние ухудшается	Вечером состояние улучшается
Двигается в обычном темпе	Двигается в замедленном темпе
Быстро утомляется	Постоянное чувство усталости
Склонен обвинять окружающих	Склонен обвинять себя, предается самоуничижению
Часто сочетается с соматическими хроническими заболеваниями	Не свойственно сочетание с соматическими заболеваниями (не считая варианта с маскированной депрессией)
Фокус внимания: человек фиксируется на проблемах, на заботах, на нагрузке. Человек сначала видит мир и уже потом самого себя.	Фокус внимания: человек фиксируется на собственных слабостях, только потом он смотрит на мир.
Доминирующее чувство – нагрузка, давление жизни, истощение.	Доминирующее чувство – ощущения неудачника, которое происходит изнутри: «Я плохой».
Реакция: истощение вызывает сильную тревогу. В ответ человек стремится еще больше чего-то делать, во что-то вкладываться.	Реакция: для того, чтобы не стало еще тяжелее, человек стремится тщательно и добросовестно выполнять дела.

## 5 Особенности проявления депрессии у детей и подростков

Депрессии наиболее подвержен подростковый возраст. Специалисты сферы психического здоровья по времени появления заболевания выделяют раннее начало (12-13 лет), среднее начало (13-16 лет) и позднее начало (старше 16 лет).

Вероятность повторных эпизодов депрессии, возникшей у подростка, довольно велика: у 25% подростков депрессия возобновляется через год, у 40% подростков – через 2 года, у 70% - через 5 лет.

***В качестве ведущих причин возникновения депрессии в подростковом возрасте является:***

- гормональная перестройка в организме детей;
- неудачи в школьной жизни;
- социальный статус;
- несчастная первая любовь;
- высокие требования родителей.

Депрессивное состояние также проявляется классической триадой симптомов: ***снижение подвижности, снижение настроения*** на протяжении большей части дня, ощущение пустоты, тоски, подавленности, ***снижение мыслительной деятельности***: ребенок часто рассеян, ему сложнее сосредоточиться.

Депрессия в подростковом возрасте может сильно отличаться от депрессии у взрослых. Подростки не всегда выглядят грустными, и не всегда избегают других людей [18]. Для некоторых подростков, наоборот, характерны симптомы агрессии, раздражительности и ярости.

Симптоматика заболевания раскрывается в основном в поведении: меняется активность ребенка: пропадает интерес к друзьям, играм, учебе, появляется ежедневная усталость и состояния бессилия. Наблюдается крайняя чувствительность подростка к критике, неудачам. Помимо этих признаков могут наблюдаться физиологические нарушения, такие как: прибавление или уменьшение массы тела, нарушения сна, могут присутствовать необъяснимые боли и недомогание в организме.

***Признаки и симптомы депрессии у подростков:***

- чувство печали и безысходности, апатия;
- потеря интереса к ранее интересной деятельности;
- сниженная концентрация внимания и неспособность сосредоточиться;
- отсутствие аппетита (распространяется на все продукты, в том числе сладости и любимые раньше блюда);
- постоянные несильные, но навязчивые боли, преимущественно по типу вегетососудистой дистонии – головные, сердечные, желудочные боли;
- равнодушное отношение, безответственное поведение, забывчивость;
- мысли о смерти или самоубийстве (прямое высказывание или косвенное – шутки, творчество, рискованные безрассудные поступки, несущие угрозу жизни, нанесение себе увечий);

- бессонница в ночное время, сонливость в дневное (ребенок долго не засыпает с вечера, или засыпает, но часто просыпается ночью);
- избегание общения, тяга к одиночеству;
- употребление алкоголя, наркотических веществ, курение;
- беспорядочные сексуальные связи;
- беспокойство, тревога, возбужденность;
- отсутствие энтузиазма и мотивации;
- резкое снижение успеваемости в школе;
- избегание сверстников;
- отсутствие мотивации к выполнению каких-либо обязанностей;
- нарушения питания.

Если нет уверенности в том, находится подросток в депрессии или просто является «нормальным подростком», необходимо вспомнить, как давно появились симптомы, насколько серьезными они являются, и насколько сильно поведение подростка отличается от обычного [18]. Некоторые «болезни роста» ожидаемы, так как являются способом подростка справиться с проблемами взросления, но серьезные и продолжительные изменения в личности, настроении или поведении являются показателями, указывающими на наличие более глубокой проблемы.

Депрессию в детском возрасте ставят в исключительных случаях, обычно врачи могут поставить диагноз «эмоциональные расстройства и расстройства поведения».

***Симптомы детской депрессии. Основные признаки [9]:***

- ночные кошмары;
- бессонница;
- потеря аппетита;
- снижение успеваемости;
- проблемы во взаимоотношениях с учителями и сверстниками: отдаление, агрессивность, «надутость».

***Дополнительные признаки [17]:***

- существенное снижение получения удовольствия от деятельности или интереса ко всем или почти всем видам деятельности и хобби;
- наличие депрессивного настроения у детей может проявляться в виде раздражительности;
- сонливость или бессонница;
- снижение веса и аппетита или усиление аппетита и, как следствие, увеличение веса;
- психомоторное торможение или возбуждение;
- повышенная быстрая утомляемость и снижение энергичности;
- чувство собственной никчемности, неадекватное чувство вины, сниженная самооценка;
- заторможенность мышления или снижение способности концентрировать внимание;
- суицидальные мысли, разговоры о смерти.



Выделяют различия в протекании депрессии в зависимости от возраста детей и подростков [6] (таблица 5).

Таблица 5 – Особенности поведения при депрессии в зависимости от возраста

<b>Поведение</b>	
Младшие подростки (до 12 лет)	Становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям и играм, жалуются на скуку и усталость и крайне редко на грусть или тоску.
Средние подростки (12-15 лет)	Академическая неуспеваемость и нарушения школьной дисциплины нередко маскируют депрессивное состояние. Ответные меры школы и родителей убеждают подростка в его никчемности и несостоятельности, вызывают и фиксируют страх порицания и часто приводят к тотальному отказу от школы. Девиантное поведение, маскирующее депрессию.
Старшие подростки (16-18 лет)	Переживания утраты смысла, «экзистенциальный вакуум». Размышления о смысле жизни и смерти приобретают самодовлеющий характер, превращаются в навязчивое и бесплодное мудрствование, лишают подростка способности к продуктивной интеллектуальной деятельности.
<b>Соматические симптомы</b>	
Младшие подростки (до 12 лет)	Общее недомогание, различные аллергии, расстройства пищеварения, нарушения аппетита, астенизация организма.
Средние подростки (12-15 лет)	Нарастающая мыслительная заторможенность, которая постепенно блокирует способность осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти. Коммуникативные расстройства (маска школьной фобии). Негативное представление о своих физических данных, застенчивость. Физические симптомы: чрезмерная усталость, упадок жизненных сил, потеря аппетита, нарушения сна. Одиночество, чувство вины, появляется ощущение собственной никчемности, мысли о суициде и его попытки

Окончание таблицы 5

<b>Соматические симптомы</b>	
Старшие подростки (16-18 лет)	Проявления метафизической интоксикации, наиболее ярко очерченные у подростков психастенического и шизоидного склада. Становится одиноким и отрешенным, дезадаптация постепенно нарастает, приводя его нередко к полному социальному краху

Типичные признаки подростковой депрессии могут наблюдаться в разных сочетаниях [4] и представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Признаки подростковой депрессии в разных сочетаниях

<b>Уровни проявления</b>	<b>Основные черты</b>
Эмоциональные проявления	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние;</li> <li>- тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды;</li> <li>- раздражительность;</li> <li>- чувство вины, частые самообвинения;</li> <li>- недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки;</li> <li>- снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий;</li> <li>- снижение интереса к окружающему.</li> </ul>
Физиологические проявления	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушения сна (бессонница, сонливость);</li> <li>- изменения аппетита (его утрата или переедание);</li> <li>- нарушение функции кишечника (запоры);</li> <li>- нарушения сексуальных потребностей;</li> <li>- снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость;</li> <li>- боли и разнообразные неприятные ощущения в теле (например, в сердце, в области желудка, в мышцах).</li> </ul>
Поведенческие проявления	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пассивность, трудности вовлечения в целенаправленную активность;</li> <li>- избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к другим людям);</li> <li>- отказ от развлечений;</li> <li>- алкоголизация и злоупотребление психоактивными веществами, дающими временное облегчение.</li> </ul>

Окончание таблицы 6

<b>Уровни проявления</b>	<b>Основные черты</b>
Ассоциативные проявления	<ul style="list-style-type: none"> <li>- трудности сосредоточения, концентрации внимания;</li> <li>- трудности принятия решений;</li> <li>- преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом;</li> <li>- мысли о самоубийстве (в тяжелых случаях депрессии);</li> <li>- замедленность мышления.</li> </ul>

## 6 Лечение депрессий

Подростковая депрессия – это не просто плохое настроение – это серьезная проблема, которая влияет на все аспекты жизни подростка. Подростковая депрессия может привести к проблемам дома и в школе, наркомании, отращению к себе, даже насилию или самоубийству. Поэтому очень важно вовремя увидеть и распознать симптомы депрессии, а также обратиться к психологу или психотерапевту.

***Как понять, что ребенку необходима специализированная помощь?***

- 1) Заметные следы самоповреждений (порезы на руках, сбитые кулаки).
- 2) Отказ подростка от пищи в течение нескольких дней.
- 3) Высказывание напрямую или через продукты творчества суицидальных идей и мыслей, следы суицидальных попыток.
- 4) Деструктивное асоциальное поведение (драки, агрессивные конфликты, грубые нарушения закона).
- 5) Грубые формы школьной дезадаптации.
- 6) Конфликтная ситуация в семье.
- 7) Изоляция от окружающих.
- 8) Прогрессирующая апатия.

Работа с депрессиями должна быть комплексной, включающей медикаментозный и немедикаментозный уровни:

- медикаментозное лечение назначает врач в виде антидепрессантов. Большинство современных антидепрессантов не вызывают привыкания и развития синдрома отмены. После начала приема препарата эффект наступает не сразу, а спустя 1-2 недели. Если через 4-6 недель улучшения не наблюдается, врач назначает другой препарат;

- немедикаментозное лечение является прерогативой психотерапии и консультирования. Психотерапия является не альтернативой, а важным дополнением к медикаментозному лечению депрессий. Психотерапия помогает больным развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию.

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях (за исключением диспансерного наблюдения) оказывается при добровольном обращении [1]. Показания для амбулаторного лечения: стабильное состояние, благополучная семейная обстановка, правильное отношение родителей к заболеванию ребенка, взаимопонимание между родителями и специалистами.

В амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

Необходимым ***условием эффективности*** лечения является сотрудничество ребенка с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях [15].

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи [1].

Основаниями для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, являются наличие у ребенка психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи [1].

Показания для помещения в стационар:

- депрессии с суицидальными тенденциями, выраженными тревогой, страхом, психомоторным возбуждением или заторможенностью;
- отсутствие критики родителей к состоянию ребенка;
- устойчивость депрессивного расстройства к медикаментозному лечению;
- необходимость введения больших доз медикаментов.

Несовершеннолетние могут быть госпитализированы в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без согласия одного из родителей или иного законного представителя, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а его состояние является тяжелым и является одним из трех вариантов:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи [1].

Поддержка близких людей, даже когда больной не выражает заинтересованности в ней, очень важна для преодоления депрессии. В связи с этим можно дать следующие рекомендации родственникам больных:

- помните, депрессия – это болезнь, при которой нужно сочувствие, но ни в коем случае нельзя погружаться в болезнь вместе с больным, разделяя его пессимизм и отчаяние. Нужно уметь сохранять определенную эмоциональную дистанцию, все время, напоминая себе и больному, что депрессия – это преходящее эмоциональное состояние;
- исследования показали, что депрессия особенно неблагоприятно протекает в тех семьях, где делается много критических замечаний в адрес больного. Старайтесь дать понять ребенку, что его состояние – это не его вина, а беда, и он нуждается в помощи и лечении;

- старайтесь не концентрироваться на болезни близкого человека и приносить положительные эмоции в свою жизнь и в жизнь семьи. По возможности старайтесь вовлечь больного в какую-то полезную активность, а не отстранять его от дел.

## 7 Профилактика депрессий

При профилактике депрессий необходимы психолого-педагогические меры, направленные на восстановление отношений с одноклассниками и устранение учебной дезадаптации.

**Основная задача** профилактической работы при депрессии у детей и подростков – реализация природных способностей в период активного течения болезни и после его завершения для достижения максимальной адаптации ребенка в обществе по достижении зрелости [9].

**Необходимым условием** для этого является непрекращающееся, вопреки болезненным расстройствам, приобретение навыков, знаний, обучение на доступном для данной стадии болезни уровне, в щадящих условиях.

### **Недопустимо:**

- обесценивание тяжести состояния ребенка;
- неверная диагностика и неадекватное лечение;
- неверные психолого-педагогические рекомендации;
- академический отпуск;
- дублирование классов;
- жесткие меры принуждения;
- перевод в школу для «трудных» детей – при депрессии с поведенческими нарушениями.

Результат – нарастающая, непоправимая дезадаптация. Прекращение обучения недопустимо даже при тяжелых формах депрессии!

Профилактика депрессии представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Организация профилактики депрессии

	<b>Цель</b>	<b>Задачи и меры</b>
Первичная (не страдает)	Предупреждение возникновения депрессии и воздействия факторов риска развития (рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность и т.д.).	1) Изучение особенностей социально-психологического статуса и адаптации подростков. 2) Получение знаний: - о ценности здоровья, жизни человека; - об эффективных способах поведения, решения проблем. 3) Формирование навыков: - навыки рефлексии, осознания себя; - умение принять себя; - социальные навыки, способствующие эффективному взаимодействию с окружающими; - навык решения собственных проблем.

Окончание таблицы 9

	<b>Цель</b>	<b>Задачи и меры</b>
Вторичная (легкая степень)	Устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, критическая ситуация, чрезмерные нагрузки на психику) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.	<p>1) Работа с ближайшим окружением подростка, группы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- психологическая и воспитательная работа с семьей;</li> <li>- оптимизация психологического климата в классе;</li> <li>- тренинг сплоченности в классе.</li> </ul> <p>2) Работа с подростком:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование позитивного образа я, уникальной и неповторимой личности;</li> <li>- формирование коммуникативной компетентности;</li> <li>- формирование ценностного отношения к жизни;</li> <li>- формирование навыков саморегуляции.</li> </ul> <p>3) Медикаментозное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применение легких седативных препаратов в стрессовых ситуациях;</li> <li>- антидепрессанты растительного происхождения.</li> </ul>
Третичная (средняя и тяжелая степень)	Социальная (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовая (возможность восстановления трудовых навыков), психологическая (восстановление поведенческой активности) и медицинская (восстановление функций органов и систем организма) реабилитация.	<p>1) Работа с подростком:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- способствовать осознанию своей жизненной перспективы, позитивных жизненных целей, путей и способов их адекватного достижения;</li> <li>- сформировать умения управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций;</li> <li>- создать условия для личностного роста, создать условия для формирования у подростка стремления к самопознанию, погружения в свой внутренний мир и ориентация в нем.</li> <li>- Наблюдение у психотерапевта и психолога: когнитивно-поведенческая терапия.</li> </ul> <p>2) Медикаментозное лечение.</p>



Профилактика депрессий у подростков является важной для *профилактики суицидов* [8]. В профилактике очень важную роль играет семья и родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния, необходимо сразу же, немедленно, принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния. Необходимо помочь родителям выстроить взаимодействие со своим ребенком, для этого рекомендации родителям следующие:

Во-первых, необходимо разговаривать с ребенком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести беседы о будущем, строить планы. Эти беседы обязательно должны быть позитивными. Нужно «внушить» ребенку оптимистический настрой, вселить уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не обвинять ребенка в «вечно недовольном виде» и «брюзгливости», лучше показать ему позитивные стороны и ресурсы его личности. Не надо сравнивать его с другими ребятами – более успешными, бодрыми, добродушными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку подростка. Можно сравнить только подростка сегодняшнего с подростком вчерашним и настроить на позитивный образ подростка завтрашнего.

Во-вторых, заняться с ребенком новыми делами. Каждый день узнавать что-нибудь новое, делать то, что никогда раньше не делали. Внести разнообразие в обыденную жизнь. Записаться в тренажерный зал или хотя бы завести привычку делать утреннюю гимнастику, прокладывать новые прогулочные маршруты, съездить в выходные на увлекательную экскурсию, придумывать новые способы выполнения домашних обязанностей, посетить кинотеатр, выставки, сделать в доме генеральную уборку. Можно завести домашнее животное – собаку, кошку, хомяка, попугая или рыбок. Забота о незащищенном существе может мобилизовать ребенка и настроить его на позитивный лад.

В-третьих, подростку необходимо соблюдать режим дня. Необходимо проследить за тем, чтобы он хорошо высыпался, нормально питался, достаточно времени находился на свежем воздухе, занимался подвижными видами спорта. Депрессия – психофизиологическое состояние. Необходимо поддерживать физическое состояние подростка в этот период.

И в-четвертых, обратиться за консультацией к специалисту – психологу, психотерапевту или психиатру.

Отличия работы специалистов представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Различия в деятельности специалистов в области психического здоровья

<b>Критерий</b>	<b>Психиатр</b>	<b>Психотерапевт</b>	<b>Психолог</b>
Образование	Высшее медицинское	Высшее медицинское	Не медицинское, высшее гуманитарное
Право на лечение	Есть	Есть	Нет
Право на диагностику заболевания	Есть	Есть	Нет
Главный метод работы	Медикаментозное лечение, диагностическая беседа	Психотерапия	Психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическая диагностика
Сфера профессиональной компетенции	Психические заболевания и расстройства (шизофрения, эпилепсия, депрессия), нарушения в психическом развитии (ранний детский аутизм)	Психосоматические заболевания, неврозы, аффективные нарушения (тревожные состояния, депрессии, панические расстройства, тревога), энурез, тики, заикания, кризисные состояния	Личностные проблемы, эмоциональные трудности, неудовлетворенность собой и своей жизнью, трудности адаптации

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности, снижается учебная мотивация. В некоторых случаях человек может начать злоупотреблять алкоголем и психоактивными веществами.

Депрессивное расстройство имеет разную природу возникновения (биологически, генетически, социально обусловленную) и протекать в разной степени тяжести. Однако сопровождение детей и подростков в разных случаях одинаково, это: лечение и наблюдение у психиатра, получение психологической помощи и психолого-педагогическая профилактика в образовательной среде с включением в профилактические мероприятия родителей (например, беседы классного руководителя с родителями).

Депрессия успешно поддается лечению при своевременной квалификации состояния и оказании комплексной помощи.

Обратиться самостоятельно или направить семьи с детьми и подростками за консультативной и специализированной помощью можно в следующие организации Архангельской области:

- Детское психиатрическое отделение ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» (диспансерное отделение). Адрес: г. Архангельск, ул. Набережной Двины, д. 95. Телефон регистратуры: 8 (8182) 20-68-10;

- ГБУ АО «Центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения несовершеннолетних «Надежда». Адрес: г. Архангельск, ул. Попова, д. 43. Телефон для записи: 8 (8182) 20-18-37.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Закон РФ от 02 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от 08.12.2020 № 429-ФЗ).

2 23 ответа о депрессии от профессионального психиатра Максима Малявина [Электронный ресурс] // Харб. 2020. 9 января. URL: <https://m-habr.com.cdn.ampproject.org/c/s/m.habr.com/ru/amp/post/482216/>

3 Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. – 304 с.

4 Белоусова, А. С. Подростковая депрессия и энергетический вампиризм. Способы борьбы / А. С. Белоусова, А. А. Горлова // Потенциал Российской экономики и инновационные пути его реализации : материалы международной научно-практической конференции студентов и аспирантов, Омск, 12 апреля 2016 года / Финансовый университет при Правительстве РФ, Омский филиал. – Омск: Региональный общественный фонд «Фонд региональной стратегии развития», 2016. – С. 142-146.

5 Добрович А. Выбраться из депрессии. Самара. – Бахрах-М, 2010. – 188 с.

6 Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Кривулин Е.Н. Клинические особенности депрессий в детском возрасте: Монография. – Челябинск, 2014. – 102 с.

7 Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития : учебник для вузов. – СПб. : СпецЛит, 2013. – 481 с.

8 Методические рекомендации по профилактике суицида среди детей и подростков в образовательных учреждениях / Арапова С.Л., Иванченко А.А., Селюкова Т.Л. [Электронный ресурс]. URL: [http://iro23.ru/sites/default/files/2.\\_metod\\_rekomendacii\\_po\\_profilaktike\\_suicida\\_sredi\\_podrostkov\\_nipkipro.pdf](http://iro23.ru/sites/default/files/2._metod_rekomendacii_po_profilaktike_suicida_sredi_podrostkov_nipkipro.pdf)

9 Меринов А.В. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук, Е.А. Шитов; ФГБОУ ПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – 132 с.

10 Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка — СПб.: ПРАЙМ\_ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.

11 Психиатрия и медицинская психология. Электронный учебник // по ред. Мартынихина И.А., Павличенко А.В., Федотова И.А. – Совет молодых ученых Российского общества психиатров [Электронный ресурс]. URL: <https://psychiatr.ru/textbook>

12 Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.

13 Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003.

14 Сосунова, Н. А. Депрессия: найти и обезвредить / Н. А. Сосунова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации, № 3, 2015. – С. 5-9.

15 Что необходимо знать о депрессии? [Электронный ресурс] // Победишь.Ру. URL: <https://pobedish.ru/main/depress?id=113#ixzz4dYiZXEEB>

16 Шнейдер Л.Б. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Лекция 6 // Школьный психолог, № 22 (452), 2009.

17 Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. СПб. – Питер, 2004. – 1120 с.

18 Parent's Guide to Teen Depression / M. Smith, M.A., L. Robinson, J. Segal, Ph.D., S. Reid. [et all] // HelpGuide. Last updated: September 2021. URL: <https://www.helpguide.org/articles/depression/parents-guide-to-teen-depression.htm>