

---

# Vaikų ir paauglių depresijos: klinikos ir diagnostikos ypatumai

---

**V. Ribakovienė**

*Vilniaus universiteto  
Eksperimentinės ir klinikinės  
medicinos institutas*

**Santrauka.** Straipsnyje pateikiama vaikų amžiaus depresijų etiologijos modelių ir teorijų apžvalga. Atskleidžiami vaikų ir paauglių depresijos klinikos ypatumai. Vaikų ir paauglių depresija yra gana dažnas ir linkęs kartotis sutrikimas, kuris neretai tęsiasi ir suaugus. Vaikų depresijos raiška priklauso nuo vaiko amžiaus ir jo kognityvinės brandos. Vaikų ir paauglių nuotaikos sutrikimus neretai lydi ir kiti psichikos ir elgesio sutrikimai, tokie kaip nerimas, elgesio problemos, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis. Depresijos sutrikimas turi ryšį su savižudišku paauglių elgesiu. Depresija sergantys vaikai ir jaunuoliai patiria ir kitų psichologinių bei socialinių sunkumų, jiems kyla akademinė ir bendravimo problemų.

**Raktažodžiai:** vaikai ir paaugliai, depresija, elgesio sutrikimai, klinika.

Neurologijos seminarai 2005; 9(24): 78–84

---

## ETIOLOGINIŲ TEORIJŲ APŽVALGA

Vaikų ir paauglių depresija kaip sutrikimu pradedama domėtis jau nuo aštuntojo praėjusio amžiaus dešimtmečio. Nuo 1980 m. vaikų ir paauglių depresija tapo intensyvių mokslinių tyrimų objektu.

**Psichoanalitinis požiūris.** Ilgą laiką nebuvo pripažįstama, kad egzistuoja vaikų amžiaus depresija, psichoanalitikų darbuose ji buvo laikoma viena pagrindinių vaiko raidos stadijų [1]. XX a. pradžioje S. Freud apibrėžė depresiją kaip intrapsichinį reiškinį. Psichoanalitikė M. Klein (1934), nagrinėdama maniakinių ir depresinių būklių psichogenezę, ėmė vartoti terminą „depresinė nuostata“, kurią vaikas patiria pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais [1, 2]. Iš tiesų šis terminas buvo pasiskolintas iš suaugusiųjų psichopatologijos normaliai vaiko raidai aprašyti, todėl daugeliui autorių jis nepriimtinas. M. Mahler nurodė, kad vaikams depresija gali atsirasti tarp 16 ir 24 mėn., kai vyksta vaiko sąmonėjimo, jo separacijos, individualizacijos procesai, tuo pačiu metu kaip ir motinos omnipotencijos praradimas – vaiko požiūriu mama praranda sugebėjimą jį apsaugoti ir nėra visagalė [1, 2, 3]. Depresinis momentas sutampa su dviem procesais: reliatyviu nusivylimu motina kaip objektu ir tvirtesniu savojo Aš individualumo pajautimu, kartu suprantant ir savo bejėgiškumą. H. E. Rie (1966) teigia, kad vaikas negali sirgti depresija, nes jo super ego nėra susiformavęs. [1]

**Raidos modeliai.** Pagrindinė perspektyva, žvelgiant į vaikų distreso ir depresijos etiologiją, gali būti matoma iš raidos modelių, aprašančių kūdikių ir vaikų psichopatolo-

giją. Nebūdama formalia teorija raidos psichopatologija sukūrė naudingą modelį arba, M. Rutter (1988) teigimu, „vienijančią temą“, integruojančią ir konceptualizuojančią vaikų raidos, psichopatologijos ir susijusių sričių, praplečiančių mūsų supratimą apie normą ir patologiją vaiko amžiuje, tyrinėjimus. Raidos modeliais buvo remiamasi, tiriant vaikų depresijos ir jų tėvų nuotaikos bei kitų psichikos sutrikimų ryšį.

R. A. Spitz ir J. Bowlby analizavo ir aprašė specifines emocijas vaiko reakcijas, kai jis atskiriamas nuo motinos [1, 2]. Jų darbuose, lyginant su psichoanalitinėmis teorijomis, pirmiausia išskyla aiškus skirtumas – vaiko depresinę reakciją sukelia išoriniai įvykiai. Ji nekildinama iš vaiko brendimo proceso, kur dominuoja įsivaizduojami konfliktai. R. A. Spitz ir K. M. Wolf (1946) savo darbuose stengėsi paneigti M. Klein ir kitų psichoanalitikų sampratą, kur depresija buvo laikoma universaliu fenomenu. [4] R. A. Spitz ilgai stebėjo atskirtų nuo motinų ir patekusių į nepalankią aplinką 6–18 mėn. kūdikių elgesį. R. Spitz (1946) šią reakciją pavadino anaklitine depresija. Žodis *anaklitinė* kildinamas iš graikų kalbos ir reiškia „palinkti atgal“. R. Spitz teigia, kad normaliai vaiko raidai reikalinga motina kaip atrama, o staigus jos praradimas sukelia anaklitinę depresiją. Tačiau ne visi kūdikiai, patyrę atskyrimą ir netektį, susirgo depresija, todėl R. A. Spitz ir K. M. Wolf darė prielaidą, kad motinos atskyrimas yra būtina, bet nepakankama sąlyga anaklitinei depresijai atsirasti [1, 5, 6].

Jų aprašyti vaikų depresijos simptomai atitinka daugelį šiandienos literatūroje pateikiamų vaikų depresijos požymių, tokių kaip liūdnumas, verkšlenimas, disforinė nuotauka, socialinis atsiribojimas, apetito praradimas, svorio kritimas, insomnija, psichomotorinis sulėtėjimas, irzlumas.

**Biologiniai modeliai.** Pastaruosius keletą dešimtmečių intensyviai studijuojami biologiniai modeliai, aiškinantys depresijos sutrikimo atsiradimą. Tačiau šiuo metu nėra vieningos biologinės teorijos, kuri apjungtų experi-

---

### Adresas:

*Virginija Ribakovienė  
VU Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas  
Žygimantų g. 9, Vilnius  
Tel. 275 18 37, faks. 275 22 75  
El. paštas: riba@centras.lt*

mentinius tyrimus. Tai, kad egzistuoja genetinis komponentas, patvirtina dvynių, įvaikinimo ir šeimos studijos. Didelio mokslininkų susidomėjimo sulaukė hipotezė, kad depresijos atsiradimą sąlygoja pokyčiai noradrenerginėje ir serotoninerginėje sistemose. Moksliniai tyrimai tęsiami ieškant ryšio tarp pokyčių endokrininėje sistemoje ir vaikų, o ypač paauglių, nuotaikos sutrikimų [7].

**Šiuolaikinės psichologinės teorijos.** Daugeliu atvejų šios teorijos buvo plėtojamos suaugusiųjų depresijos modeliui paaiškinti. Teorijos teisingumą pagrindžia jos tinkamumas gydyti. P. M. Lewinsohn, H. M. Hoberman, L. Teri, Hautzinger ir kt. (1985) suformulavo integruotą depresijos teoriją, kuri apima kognityvinį, elgesio ir aplinkos komponentus bei jų sąveiką [4, 7, 8].

**Socialinio išmokimo teorija.** P. M. Lewinsohn ir kt. (1975) pasiūlė modelį, kuris atitiko socialinio išmokimo teoriją. Šis modelis rėmėsi teiginiu, kad depresiški asmenys mažiau įsitraukia į malonias ir teigiamą skatinimą teikiančias veiklas. L. P. Rehm (1977), sukūręs depresijos savikontrolės modelį, teigia, jog į depresiją linkę asmenys prasčiau save vertina, mažiau ir rečiau linkę patys save paskatinti ir palaikyti. Jie tendencingai linkę į negatyvius veiksmus ar rezultatus, ignoruoja teigiamus įvykius ir rezultatus. Jie kelia sau ir savo veiklai aukštus ir griežtus reikalavimus. Tokie aukšti standartai gali būti nepasiekiami, dėl to veikla atliekama prastai ir patiriama nesėkmė. Jie retai save skatina ir apdovanoja, tačiau dažnai baudžia [4, 7, 8, 9].

M. E. P. Seligman, **išmokto bejėgiškumo teorijos** kūrėjas, mano, kad individas, suvokiantis aplinką kaip neprognozuojamą, o save – kaip turintį mažai galimybių daryti įtaką įvykiams, nusivilia, nuleidžia rankas ir jo elgesyje pasireiškia išmoktas bejėgiškumas arba depresija [6, 7, 9].

Plėtojant ir tyrinėjant depresijos gydymą didžiausią įtaką turėjo **kognityvinė** A. T. Beck teorija. Pagal šį modelį išskiriamos trys esminės depresogeninio mąstymo sritys. Pirma sritis yra kognityvinė: neigiamas požiūris į save, į pasaulį ir į ateitį. 2-oji sritis yra schemos: depresyvūs asmenys turi schemas, kuriose veikia stabiliai iškreiptų minčių paternai, individo naudojami informacijai interpretuoti. Trečias komponentas sudarytas iš šešių tipų kognityvinių klaidų, daromų apdorojant informaciją, ir apima pasirenkamas išvadas, selektyvią abstrakciją, perdėtą generalizavimą, padidinimą arba sumažinimą, suasmeninimą, absoliutinį ar dichotominį mąstymą. Pagal A. T. Beck šie depresogeniniai kognityviniai modeliai laikomi santykinai stabiliais ir lemiančiais individo predispoziciją depresijai [4, 6, 7, 9].

**Asmenybės bruožai ir polinkis sirgti depresija.** Polinkį sirgti depresija turi vaikai su perfekcionistiniais asmenybės bruožais. Labiausiai pažeidžiami, pagal Kielholz, yra paklusnūs, užsisiklę savyje, paslankūs, linkę laikytis distancijos vaikai, tie, kurių ryšys su realybe yra silpnas [2]. Už šio jų fasado slypi stiprus prisirišimo, saugumo bei meilės poreikis. Sergančių depresija paauglių tyrimai parodė, kad jų savęs įsivaizdavimas buvo susijęs su

idealiu ir nerealiu autoportretu su nerealiais ateities planais [10].

**Maskuotos depresijos koncepcija.** Anksčiau egzistavo požiūris, kad vaikai apskritai neserga depresija, o paaugliai ja serga retai. Buvo manyta, kad vaikų depresija pasireiškia pralaimėjimo reakcija arba agresija. Ilgą laiką daugeliui priimtinausia dažniausiai minima buvo maskuotos vaikų depresijos koncepcija. Mintis, kad vienas sutrikimas gali maskuoti kitą, vaikų psichiatrijoje nėra nauja. Maskuotos depresijos koncepciją tyrinėjo G. Nissen (1968), L. Cytryn ir D. A. McKnew (1972, 1980). Buvo manoma, kad maskuotai depresijai nebūdingi nuotaikos pokyčiai, o nustatomi visai kiti simptomai, iš kurių reikėtų paminėti hiperaktyvumą, delinkventiškumą, agresyvių elgesį ir mokymosi problemas. Dabar maskuotos depresijos koncepcija jau pasenusi. Manoma, kad ji atsirado dėl sisteminio vertinimo trūkumo, prastos diagnostinės technikos ir vieno vyraujančio sutrikimo akcentavimo, kurį vis dėlto reikėtų laikyti komorbidine diagnoze. Kitas kraštutinis – kai bandoma teigti, kad vaikų depresijos yra panašios į suaugusiųjų. Pastaruoju metu dauguma autorių pripažįsta, kad vaikų depresijų klinika skiriasi nuo suaugusiųjų ir reiškiasi specifine simptomatika [2, 4, 6].

## PAPLITIMAS

Mokslinėje literatūroje daug diskutuojama apie vaikų ir paauglių depresijos paplitimą. Mokslininkų nuomonės skiriasi, kai kalbama apie depresijos paplitimą bendroje ir klinikinėse populiacijose. Epidemiologinių tyrimų rezultatai skiriasi ir dėl to, kad jiems pasirenkami skirtingi diagnostikos kriterijai, tyrimo objektai (depresiška nuotaika ir klinikinė depresija), tyrimo metodai (interviu ar psichologiniai testai), amžiaus grupės (mažesni vaikai ir paaugliai). Laikantis DSM-III-R ar DSM-IV (J. E. Fleming ir D. R. Offord, 1990; J. H. Kashani ir kt., 1987; P. M. Lewinsohn ir kt., 1994) diagnostikos kriterijų, klinikinė depresija nustatoma iki 2–3% vaikų ir 4–8% paauglių. P. M. Lewinsohn ir kt. (1993) teigia, kad atlikus tyrimus visų vaikų iki aštuoniolikos metų bendrojoje populiacijoje paauglių, kad depresija serga iki 20% vaikų. Pagal Rosenthal ir Rosenthal, DSM klasifikacijos diagnostiniai kriterijai negali būti taikomi vaikams iki 5 metų [11]. Autoriai rekomenduoja laikytis W. A. Weinberg nurodytų požymių. Pasiskirstymas tarp lyčių vaikystėje yra tolygus. Iki šiol nėra aišku, kodėl paauglystėje mergaitės depresija serga du kartus dažniau. Autoriai (J. R. Bemporad, 1994; S. Nolen-Hoeksema ir J. S. Girgus, 1994; H. Orvaschel ir kt., 1997; M. Rutter, 1991) nurodo, jog tai siejasi su biologiniais, psichosocialiniais ir kognityviniais veiksniais. Pasak kitų autorių (S. Nolen-Hoeksema ir J. S. Girgus, 1994), mergaitėms tenka daugiau rizikos veiksnių nei berniukams. Jau prieš paauglystę mergaitės labiau nei berniukai linkusios į apmąstymus ir egocentrizmą. Paauglės mergaitės dažnai nerimauja dėl savo išvaizdos, dažniau patiria seksualinę prievartą, jos patiria didesnę nei berniukai spau-

dimą atlikti joms priderančius socialinius vaidmenis [1, 6, 7, 12, 13, 14].

## DIAGNOSTIKA

Vaikų ir paauglių depresijos sutrikimui diagnozuoti dažniausiai naudojami įvairūs klausimynai ir skalės. Standartizuotos skalės leidžia įvertinti didesnę tiriamųjų skaičių, mažina tyrėjo subjektyvaus vertinimo galimybę, užtikrina visiems tiriamiesiems vienodą procedūrą. Tačiau įvairių diagnostikos metodų naudojimą lyginantys tyrimai rodo, kad jos labiau tinka tam tikrų simptomų ar sindromų (pvz., depresiškos nuotaikos) išreikštumui ir kitimui įvertinti, o ne sutrikimui diagnozuoti (B. Birmaher, N. D. Ryan, 1996 ir C. P. Schade, E. R. Jones, 1998). Standartizuotos skalės, kurios nustato, kad tiriamasis turi kliniškai išreikštą depresijos sindromą, jei jis surenka tam tikrą balų skaičių, nėra pakankamai tikslios ir labiau atspindi tiriamojo patirtą distresą nei klinikinę depresiją (C. P. Schade, E. R. Jones, 1998). Taip yra todėl, kad daugelio skalių klausimai ne visai atitinka psichikos sutrikimų klasifikacijų (TLK ir DSM) diagnostinius kriterijus. Jie neįvertina simptomų atsiradimo pradžios ir trukmės, o tai būtina sąlyga, nustatant depresijos diagnozę. Standartizuotos skalės neįvertina visos depresiją lydinčios psichopatologijos, kuri svarbi atsižvelgiant į tai, kad vaikams ir paaugliams dažnai būdingas psichikos sutrikimų komorbidiškumas [4, 7, 12].

TLK-10 ir DSM-IV klasifikacijose nepakankamai aiškiai apibrėžti vaikų ir paauglių depresijos kriterijai. Ne visi autoriai sutinka, kad vaikų ir paauglių amžiaus depresija gali būti diagnozuojama pagal TLK ir DSM suaugusiųjų depresijos diagnostinius kriterijus. G. A. Carlson ir Garber (1986) pasiūlė, kad DSM turėtų būti koreguojama atsižvelgiant į amžiaus tarpinių ypatumus. Suaugusiųjų depresijos geriau apibrėžtos TLK ir DSM, o aptariant vaikų depresijas neįtraukti svarbūs vaikų amžiaus simptomai, tokie kaip mokyklos nelankymas [7, 14, 15, 16].

Pagal DSM-IV (1994) didysis depresijos epizodas yra tada, kai pasireiškia mažiausiai penki iš devynių simptomai, trunkantys 2 savaites. Vienas šių simptomų – dažnai ar beveik kiekvieną dieną pasireiškianti prislėgta nuotaika ar disforija. Vaikams tai gali būti irzli nuotaika, interesų ir malonumo praradimas, anhedonija. Kiti simptomai – ryškūs svorio svyravimai (vaikams nepakankamas svorio prieaugis), miego sutrikimai, psichomotorinis sujaudinimas ar retardacija, nuovargis ar energijos praradimas, kaltės arba menkavertiškumo jausmai, sumažėjęs sugebėjimas mąstyti ar koncentruoti dėmesį, pasikartojančios mintys apie savižudybę ir mirtį. Šie simptomai nepriklauso nuo piktnaudžiavimo alkoholiu ar psichoaktyviomis medžiagomis, nuo medicininės būklės ir nėra sąlygoti skaudžios netekties [7, 14, 15, 16].

Diagnozuojant depresijos sutrikimą pagal TLK-10-MDK taip pat, kaip ir DSM-IV, nurodoma, kad depresinis sutrikimas turėtų trukti ne trumpiau kaip 2 savaites. Anamnezei nebūdingi maniakiniai ar hipomaniakiniai

simptomai, atitinkantys maniakinio ar hipomaniakinio epizodo diagnostinius kriterijus. Depresijos epizodas neturėtų būti diagnozuojamas, kai piktnaudžiaujama alkoholiu arba psichoaktyviomis medžiagomis, ar tada, kai yra organinis psichikos sutrikimas. Tam, kad būtų diagnozuotas depresinis sutrikimas pagal TLK-10 kriterijus, turi būti du pagrindiniai depresijos simptomai (liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau teikusia malonumą veikla, sumažėjęs aktyvumas, energijos trūkumas ir padidėjęs nuovargis) ir ne mažiau kaip du papildomi simptomai (sumažėjęs savęs vertinimas ir pasitikėjimas savimi, kaltės jausmas, pasikartojančios mintys apie mirtį ir savižudybę, dėmesio koncentracijos problemos, psichomotorinis sujaudinimas ar slopinimas, įvairūs miego sutrikimai, apetito ir svorio svyravimai). TLK-10 nėra atsižvelgta į amžiaus tarpinių specifika. TLK-10 ir DSM-IV klasifikacijose pagal sunkumą depresija skirstoma į lengvą, vidutinio sunkumo ir sunkią. TLK-10 išskiriamas „somatinis sindromas“, reiškiantis endogeniškumą. Kaip atskira diagnostinė kategorija TLK-10 išskiriama psichozinė depresija. Ji diagnozuojama, kai, be minėtų simptomų, esama kludiesių, haliucinacijų ar depresinio stuporo [7, 14, 15, 16].

M. Kovacs ir B. Devlin (1998) nurodo, jog DSM-IV ir TLK-10 depresijos kriterijai ne visai sutampa. Pagal DSM-IV labiau atsižvelgiama į simptomatologijos paterius ir sutrikimo prigimtį, mažiau dėmesio kreipiamas į streso veiksmus [7].

TLK-10 klasifikacijos 9-ame skyriuje, skirtame vaikystėje ir paauglystėje prasidedantiems elgesio ir emocijų sutrikimams, yra diagnostinė kategorija „depresinis elgesio sutrikimas“, kuris diagnozuojamas, kai vaikui ar paaugliui nustatomi ir elgesio, ir depresijos simptomai. Ši diagnostinė kategorija nėra pakankamai apibrėžta. Neaišku, ar tai vienas iš „maskuotos depresijos“ variantų, ar depresija yra elgesio sutrikimų komplikacija, ar tai dviejų sutrikimų komorbidiškumas. Tačiau toks simptomų derinys labai dažnai pasitaiko vaikų psichopatologijoje. M. Kovacs teigia, jog TLK-10 turėtų būti pakoreguota, atsižvelgiant į dabartinę vaikų depresijos klinikos sampratą ir mokslinius tyrimus [4, 7, 10, 14, 15, 16].

## KLINIKA

Depresinio sindromo struktūra (kaip ir bet kokio kito psichikos susirgimo) priklauso nuo vaiko ar jaunuolio asmenybės. Vaikai ir paaugliai blogiau nei dauguma suaugusiųjų suvokia ir verbalizuoja savo emocinę būseną bei subtilesnius jos niuansus. Diagnozuojant depresiją taip pat remiamasi laiko (trukmės) kriterijumi. Vaiko laiko trukmės suvokimas nėra tikslus ir patikimas. Norint tiksliai išsiaiškinti simptomų pradžią, reikia juos individualiai patikslinti. Depresijos turinys turi tiesioginį, nors dažnai ir deformuotą sąryšį su asmeninio gyvenimo istorija: su tėvais, mokykla, praeitimi bei dabartimi. Kliniškai stebima ilgai trunkanti bloga nuotaika, nuobodulys, gyvenimo džiaugs-

mo nebuvimas, instinktų susilpnėjimas, miego sutrikimai [4, 7, 6].

Nagrinėdamas vaikų amžiaus depresijas, W. A. Weinberg (1973) su bendraautoriais pateikė dešimt svarbių vaikų depresijos požymių bei jiems būdingas reiškimosi formas. Pagal W. A. Weinberg, vaikams ir paaugliams, sergantiems depresija, būtina turi pasireikšti du simptomai (disforinė nuotaika ir savo vertės praradimas) bei bent du iš aštuonių nepagrindinių požymių (agresyvus elgesys, miego sutrikimai, mokyklinių pasiekimų pasikeitimai, socialinis atsiribojimas, požiūrio į mokyklą pasikeitimas, somatiniai skundai, energijos praradimas, neįprasti svorio ir/ar apetito svyravimai). Pabrėžiama, kad simptomai turi trukti ne trumpiau kaip 1 mėnesį, taip pat turi būti aiškus vaiko elgsenos pasikeitimas [1, 4, 7, 6].

Depresijų klinika priklauso nuo vaiko amžiaus, jo kognityvinio subrendimo, kalbos išsivystymo lygio [4, 13].

**Kūdikiai ir maži vaikai (iki 24–30 mėn.)** dažniausiai turi psichosomatinių simptomų. R. Spitz nurodo psichotoksinius sutrikimus, kitaip tariant, tiesioginį kenksmingą motinos požiūrį į vaiką. Didelę įtaką depresiniam sutrikimui atsirasti ankstyvoje vaikystėje turi motinos emocinis nepastovumas, vaiko emocinė deprivacija, asmens, prie kurio būtų galima prisirišti, nebuvimas [1, 6, 7].

Anaklitinė depresija prasideda nerimu, besikeičiančiomis rėkimo-verkimo ir apatijos būsenomis. Ši depresijos forma reiškiasi ir somatiniais sutrikimais, kūdikio svoris nebedidėja, o vėliau ima kristi. Atsiranda miego-būdravimo ritmo sutrikimai, didėja pavojus susirgti infekcinėmis ligomis. Psichikos raida iš pradžių stabtelė, o vėliau gali netgi regresuoti. Jeigu išsiskyrimas su motina trunka ilgiau, verksmingumas praeina, tada prasideda sąstingio stadija. Vaikai guli plačiai atmerktomis akimis, jų žvilgsnis bereikšmis, jie nebendrauja ir nereaguoja į mėginimus užmegzti kontaktą. Jie nustoja čiauškti, nebežaidžia rankomis ar barškučiais, neberodo smalsumo. Dažnai gali pasireikšti autostimuliacija: svyravimas krūtinės-kelių pozicijoje, pavieniai ritmingi judesiai prieš užmiegant, taip pat ir dieną, būdraujant. Autostimuliacija gali reikštis ir autoagresyviais veiksmais. Sulėtėja psichomotorinė raida: vaikas vėliau pradeda sėdėti, vaikščioti, ypač vėluoja kalba. Toks psichomotorinis „vėlavimas“ primena raidos sutrikimus. Lustin ir Mazet (cit. pagal D. Marcelli, 1995) linkę manyti, kad ilgai simptoms švelnėja ir vėliau gali pereiti į narcisitinio lygio sutrikimus [1, 6, 7]. M. Kalinina ir kt. (1997) anaklitinės depresijos stadijas išskiria į atskiras ankstyvo amžiaus depresijos formas, kurias vadina vegetacine, somatine ir regresine-apatine, kartu pabrėždama jų tarpusavio kaitą ir galimybę transformuotis į endogeninę depresiją. M. Kalinina ir kt. (1997) nurodo, kad galimas raidos sutrikimų ir depresijos komorbidiškumas [5]. R. Spitz ir kt. teigia, kad analitinė depresija gali būti sėkmingai gydoma [1].

**Mažų vaikų depresijos (3–6 metų).** Šiame amžiuje depresija pasireiškia labai įvairiai. M. Kovacs (1986) įrodinėja, kad skirtingai nuo suaugusiųjų, vaikai negali pakankamai gerai apibūdinti kognityvinių simptomų. Vaikai nesugeba atskirti pagrindinių emocijų ir nusakyti jų truk-

mės. Manoma, kad vaikai apie menkavertiškumą ir gėdos jausmus gali pradėti kalbėti tik nuo 7–8 metų amžiaus [1, 6, 7]. Būdingas afektinės būsenos chaotiškumas. Tai pasireiškia intensyviu šiltų emocinių santykių ieškojimu, besikaitaliojančiu su orių elgesiu ir atsisakymu bendrauti, pykčiu bei irzlumu, agresyvumu, nukreiptu į save ir/ar į kitus. Šio amžiaus vaikų depresijai būdinga tai, kad dažniau vaikai būna pikti, irzlūs nei tylūs, užsisklendę ir atsiriboję. Gali būti stebimas euforinis sujaudinimas, kurį kai kada pakeičia tylus verkimas. Daugelis studijų pabrėžia (G. A. Carlson ir J. H. Kashani, 1988; J. Mitchell ir kt., 1988; I. Kalvin ir kt., 1991), kad mažų vaikų depresijai būdingi simptomai, susiję su šio amžiaus raidos ypatumais, tai yra atsiskyrimo nerimas, įvairios baimės, somatiniai skundai, miego bei mitybos sutrikimai ir, aišku, elgsio problemos [4, 6, 7]. Kaip nurodo D. Marcelli (1995), elgsio problemos gali būti suprantamos kaip depresijos ekvivalentas. Emocinės būklės pokyčiai atsispindi vaiko elgsenoje, galime pastebėti ilgą autostimuliacijas (pvz., masturbaciją). Vaikai nustoja žaisti, kartais būna nepaklusnūs, nesusiformuoja ar nyksta higienos įgūdžiai [1, 6]. Šio (3–6 m.) amžiaus depresija gali komplikuotis elgsio ir socialinės adaptacijos sutrikimais [1].

**Jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikų depresijai (7–12 metai)**, kaip ir ikimokyklinio amžiaus, daugiau būdingi psichosomatiniai skundai. Kaip nurodo N. D. Ryan ir kt. (1987) bei D. R. Rosenberg ir kt. (1992, 1994), vaikai dažniau nei paaugliai linkę nerimauti, turi įvairiausių baimių [4, 6, 7].

Vaikui augant vis labiau ryškėja depresijos simptomai. Vaikai dažnai būna irzlūs, nenoriai žaidžia, atsisako bendrauti, užsisklendžia, nekalba. Autoriai (F. C. Verhulst, 1989) teigia, kad nusivylimo ir beviltiškumo jausmus vaikai visiškai pradeda suvokti tik prieš pat paauglystę – formalijų operacijų stadijoje. F. C. Verhulst ir kt. (1985) atlikti tyrimai atskleidė 6–11 m. amžiaus vaikų depresinio sindromo būdingiausius požymius: jausmą, kad esi nemylimas, nelaimingas, liūdnas, menkavertiškumo ir vienišumo jausmus, nerimą, mokyklos baimę, nepasitikėjimą, kaltės jausmą ir įvairius įkyrumus. Šio amžiaus vaikai, sergantys depresija, dažnai atlieka įvairias manipuliacijas su genitalijomis, graužia nagus, gali atsirasti naktiniai košmarai ir/ar enurezė. Depresija sergantys vaikai dėl nestabiliaus ir sunkiai koncentruojamo dėmesio bei nuovargio nuolat patiria nesėkmių mokykloje. Taip pat pablogėja vaiko socialinė adaptacija [1, 4, 7].

Šiuo amžiaus tarpsniu jau galima išskirti dvi aiškias simptomų grupes. Vieni simptomai aiškiai susiję su depresine nuostata (save nuvertinančios mintys, save žeminantys poelgiai, tiesiogiai išreiškiamą moralinę kančią „aš negaliu“, „man nesiseka“, „nežinau“, „aš pavargęs“). Jiems būdingi dažni verksmo priepuoliai, žemas savęs vertinimas, įsivaizdavimas, kad broliai ir seserys yra labiau mylimi. Kitoje grupėje daugiau vyrauja elgsio simptomai (pyktis, impulsyvumas, agresyvumas, pasikartojančios vagystės, melas ir fantazavimas, taip pat dažni pabėgimai iš namų ir mokyklos) [1].

Reikia paminėti, kad skiriasi berniukų ir mergaičių depresijos klinika. Mergaitės dažniau jaučia baimę, susilpnėja kontaktai su bendraamžiais, atsiranda perdėtas gebėjimas prisitaikyti bei „ramaus vaiko“ sindromas. Kiti simptomai, daugiau būdingi mergaitėms, yra šie: mutizmas, agresija, verkimas bei rėkimas, enurezė ir saldumynų poreikis. Berniukų depresija reiškiasi kontaktų susilpnėjimu, baimė ir nerimu, uždaramu, nepasitikėjimu savimi. Iš kitų simptomų reikėtų paminėti agresiją, enurezę, nemotyvuotą verkimą, miego-būdravimo ritmo sutrikimus ir nagų graužimą. Mergaitės dažniau būna tylios, liūdnos bei prislėgtos („pelenės sindromas“), o berniukai – labiau agresyvūs, pikčiurnos, suirzė, nelinkę bendrauti [6].

**Paauglių depresijų** klasifikacija ir nozologinė priklausomybė sukelia daug diskusijų. Įvairių autorių duomenimis, paauglių depresija panaši į suaugusiųjų [7, 8, 10]. Kiti nurodo, kad paaugliams būdinga savita depresinė simptomatika, pasireiškianti elgesio sutrikimais ir turinti aiškų ryšį su gyvenimo įvykiais [17, 18, 19, 20]. Daugumos autorių paauglių depresija pateikiama kaip specifinė šio amžiaus psichopatologija. A. Kepinski (1974) pabrėžė, kad labai svarbūs kūno funkcijų, formų bei hormonų pasikeitimai (biologinis lygmuo), taip pat akcentavo visai naujo požiūrio į save ir į pasaulį atsiradimą (psichinis ir socialinis lygmuo) [10].

R. Jouvent ir kt. (1986) palygino paauglių ir suaugusių depresijos struktūrą. Autoriai nustatė, kad paaugliams būdinga disforija, ryškesnis nuotaikos nestabilumas. Itin dažni miego sutrikimai, kurie reiškiasi padidėjusiu mieguistumu, o psichomotorinis sulėtėjimas – fiziniu nuovargiu. Anot I. V. Oleičik (1998), paaugliams būdingas psichinis ir fizinis nuovargis bei energijos stoka yra ne kas kita, kaip jaunatvinio asteninio nepajėgumo simptomai [21]. Vienas būdingiausių simptomų yra elgesio sutrikimai, tokie kaip impulsyvumas, polinkis į delinkventinį elgesį, netvarkingas seksualinis gyvenimas, piktnaudžiavimas alkoholiu ir psichoaktyviomis medžiagomis, dažni bėgimai iš namų ir mokyklos. Esant depresiniam epizodui paaugliai dažnai blogai mokosi ir sunkiai bendrauja, jautriai reaguoja į tarpasmeninius santykius [7, 12, 20]. Lyginant vaikų ir paauglių depresijos kliniką, paaiškėjo (N. D. Ryan ir kt., 1987), kad vaikai dažniau skundžiasi psichosomatiniais negalavimais, jiems būdinga ryškesnė psichomotorinė ažitacija, fobiniai ir atsiskyrimo nerimo simptomai. Ryškesnė būna paauglių anhedonija, hipersomnija, svorio pokyčiai, beviltiškumas ir padidėjęs letališkumas po suicidinio mėginimo. A. Angold ir E. J. Costello (1993) teigia, kad paauglės mergaitės turi ryškesnių vegetacinių simptomų (mažėjantis ar didėjantis svoris, insomnija ar hipersomnija) nei ikipubertatinio amžiaus mergaitės [23].

Reikia atkreipti dėmesį, kad elgesio sutrikimai, sunkumai mokykloje nėra specifiški, nes jie stebimi ir kitų sutrikimų atvejais. Literatūroje diskutuojama, ar tai yra depresijos simptomas, ar jos komplikacija [12]. Yra ir tokių nuomonių, kad vaikų ir paauglių dėmesio koncentracijos susilpnėjimas, asocialumas yra natūralus gynybos mechanizmas, užkertantis kelią sunkiai depresijai atsirasti, kad taip vengiama vidinio konflikto tarp menko savo vertės pojū-

čio ir kontroliuojančios aplinkos (tėvų, mokytojų, bendraklasų) [6].

## EIGA, PROGNOZĖ, KOMORBIDIŠKUMAS

Vaikų ir paauglių klinikinės ir epidemiologinės studijos [5] parodė, kad depresinio epizodo vidutinė trukmė yra 7–9 mėn. Apie 90% depresinių epizodų pasikartoja praėjus 1,5–2 metams po pirmo depresijos epizodo, 6–10% atvejų depresijos yra užsitęsios. Kitų autorių duomenimis, depresija gali pasikartoti 40% atvejų po 2 metų ir 70% – po 5 metų [12, 23, 24].

20–40% paauglių, sergančių depresija, turi bipolinio afektinio sutrikimo (BAS) riziką. Literatūroje nurodomi tokie BAS atsiradimą lemiantys klinikiniai rizikos veiksniai, kaip ankstyva depresijos pradžia, sezoniniai nuotaikos sutrikimai, užsitęsęs depresinis epizodas, psichoziniai simptomai, psichomotorinė retardacija, šeimos anamnezė – je buvę bipoliniai nuotaikos sutrikimai [12].

Klinikiniai ir epidemiologiniai tyrimai rodo, kad 40–70% vaikų ir paauglių, sergančių depresija, gali turėti ir kitų psichikos susirgimų. 20–50% turi 2 ir daugiau susirgimų. Labiausiai paplitę diagnozių deriniai yra depresija su nerimo sutrikimais (30–80%); elgesio sutrikimai ir depresija (10–80%); piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis ir depresija (20–30%). Elgesio sutrikimai gali būti depresijos komplikacija ir išlikti išnykus depresijai [1, 12, 24, 25].

Daugiau kaip 60% paauglių, sergančių depresija, turi ir asmenybės sutrikimų. Kelių susirgimų komorbidiškumas didina suicido tikimybę ir blogina socialinę adaptaciją [12, 24, 25].

## NUOTAIKOS SUTRIKIMAI IR SAVIŽUDIŠKAS ELGESYS

Literatūroje depresinis sutrikimas apibūdinamas kaip vienas svarbiausių rizikos veiksnių, susijusių su savižudišku paauglių ir jaunuolių elgesiu. R. F. W. Diekstra (1993) pabrėžia, jog studijuoti savižudiško paauglių elgesio ir nuotaikos sutrikimų ryšius svarbu dėl dviejų priežasčių. Pirmiausia dėl to, kad jaunuolių savižudybių skaičius siejamas su didėjančiu sergamumu depresija. Antra, kad nuotaikos sutrikimus galima gydyti [28].

Afektiniai sutrikimai nustatyti 51–76% nusižudžiusių paauglių ir jaunuolių (D. A. Brent ir kt., 1988; M. Shafii ir kt., 1988; M. J. Marttunen ir kt., 1991). W. Rutz (1996) nurodo, kad nuo 50–70% savižudžių turėjo depresinių sutrikimų [12].

Nustatyta, kad yra skirtumų tarp nusižudžiusių berniukų ir mergaičių [29, 30]. Atliktuose psichologinės autopsijos tyrimuose (D. Shaffer ir kt.; M. J. Marttunen ir kt., 1993) nustatyta, kad didžiaja depresija (pagal DSM-IV) dažniau serga mergaitės nei berniukai. D. Shaffer (1996) duomenimis, berniukams dažniau nei mergaitėms buvo

nustatyta distimijos diagnozė (17% vs. 0,0%). O iš J. A. Andrews ir P. M. Lewinsohn (1992) atliktų tyrimų matyti, kad distimija dažnesnė tarp bandžusių žudyti vaikų [32, 33].

Mokslinių tyrimų rezultatų nesutapimus gali lemti keletas veiksnių: pasikeitęs požiūris į vaikų ir paauglių depresinius sutrikimus, geresnė diagnostika, metodologiniai atliktų mokslinių tyrimų skirtumai. Ieškant skirtumo tarp lyčių, tyrimo rezultatams įtakos gali turėti ir tai, kad berniukai nusižudo dažniau negu mergaitės. Tačiau neabejotina, kad depresinis sutrikimas randamas vidutiniškai pusei nusižudžiusių vaikų ir paauglių.

D. Shaffer ir kt. (1988) bei M. Shafi ir kt. (1988) palygino nusižudžiusius jaunuolius su to paties amžiaus bendros populiacijos duomenimis. Paaiškėjo, kad nusižudžiusiesiems kur kas dažniau konstatuoti afektiniai sutrikimai, jie dažniau piktnaudžiaudavo alkoholiu ir narkotikais. Be to, nusižudžiusiems jaunuoliams dažnai nustatomos dvi diagnozės. D. A. Brent ir kt. atliko tyrimus, kur lygino nusižudžiusiuosius su bandžusiais žudyti, ir nustatė, kad afektinių sutrikimų maždaug vienodai dažnai aptinkama abiejose grupėse (63% nusižudžiusių ir 68% mėginusių žudyti) [30, 31, 32].

Daugelis autorių (K. Smith ir S. Crawford, 1986; C. Velez ir P. Cohen, 1988; C. Z. Garrison ir kt., 1991) nurodo, kad tarp mėginusių žudyti yra nuo 3 iki 18 kartų daugiau depresišku paauglių nei kontrolinėje grupėje. Rezultatai ryškiai skiriasi, atsižvelgiant į pasirinktą imties dydį ir tiriant taikytas metodikas. Kai kurie autoriai (Marks ir Haller, 1977; E. A. Taylor ir S. A. Stansfeld, 1984) pateikia duomenų, kad mėginę žudyti vaikai yra depresiškesni nei psichiatrijos skyrių pacientai, iš kurių buvo sudaryta kontrolinė grupė. Tačiau kitų autorių tyrimai tokių rezultatų nepatvirtino (C. R. Pfeffer ir kt., 1980; C. R. Pfeffer, 1981; R. Cohen-Sandler ir kt., 1982; A. Spirito ir kt., 1987; D. A. Brent ir kt., 1988). D. A. Brent ir kt. (1991) teigia, kad tarp nusižudžiusių paauglių afektinių sutrikimų buvo mažiau nei tarp mėginusių žudyti psichiatrijos skyrių pacientų. Bettles ir Walker (1986) ir C. R. Pfeffer (1988) atlikti moksliniai tyrimai akivaizdžiai įrodo, jog esama teigiamo ryšio tarp depresijos sunkumo ir savižudiško elgesio rizikos laipsnio [33, 34, 35, 36].

Moksliniais tyrimais (I. W. M. Kienhorst ir kt., 1992; Wolfersdorf, 1995; Fawcirt ir kt., 1987, 1990) mėginta išskirti tuos depresijos simptomus, kurie koreliuoja su savižudišku elgesiu. Pastebėta, kad anhedonija ir beviltiškumas sergant depresija turi ryšį su savižudišku elgesiu. O insomnija būdingesnė suaugusiesiems negu paaugliams, turintiems savižudiškų ketinimų [37].

Ne kiekvienas depresija sergantis paauglys turi savižudiškų ketinimų ar mėgina žudyti ir ne kiekvienas bandęs žudyti žmogus serga depresija [34, 37]. Būtų klaidinga manyti, kad tyrinėjant nusižudžiusius paauglius psichologinės autopsijos metodu, ryšys, randamas tarp nuotaukos sutrikimų ir savižudybės, galėtų būti tiesiogiai siejamas su visais įvykdžiusiais nefatalinį suicidinį bandymą ar turinčiais savižudiškų minčių. Klinikinėje praktikoje labai svarbu suvokti depresijos ir kitų veiksnių įtaką suicidiniams

procesui, kad galėtume sukurti reikiamus prevencijos mechanizmus.

Gauta:  
2005 05 16

Priimta spaudai:  
2005 06 23

#### Literatūra

1. Marcelli D. Psychopathologie de l'enfant. Paris. Milan. Barcelone, 1995.
2. Rutter M. Developmental psychiatry. Washington, 1980.
3. Hoare P. Essential child psychiatry. London, 1993.
4. Goodyer IM. The depressed child and adolescent. Goodyer IM, ed. Cambridge University Press, 2001.
5. Калинина МА и др. Депрессивные состояния в раннем возрасте. Журнал неврологии и психиатрии 1997; 8: 8–12.
6. Remschmidt H. Kinder und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band-3, 1985.
7. Internalizing disorders in children and adolescents. Reynolds WM, ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994.
8. Laederach J, Ladame F. Suicide des jeunes et dépression. La dépression avant 20 ans. Sous la direction de Lemperrière. Paris: Masson, 1998.
9. Child and adolescent psychological disorders. Netherton SD, Holmes D, Walker CE, eds. Oxford University Press, 1999.
10. Bomba J. La depression chez l'adolescent. Specia 1987; 29: 161–81.
11. Оудснорн ДН. Детская и подростковая психиатрия. Социальная и клиническая психиатрия. Москва, 1993; 200–21.
12. Birmaher B, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I, II. Child Adolesc Psychiatry 1996; 1427–39, 1575–83.
13. Canoui P, Messerschmitt P, Ramos O. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, 1994; 205–14, 399–403.
14. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. WHO Geneva; 1993.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, DC: APA, 1987; 27–97, 213–35.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA, 1994; 37–123, 317–93.
17. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. J Abnorm Psychol 1993; 102: 133–44.
18. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 809–18.
19. Berney TP, et al. The context of childhood depression. British Journal of Psychiatry 1991; 159: 28–35.
20. Braconnier A. Psychopathologie différentielle de la dépression de l'adolescent, Visage de la dépression. Revue scientifique trimestrielle Roche, 8–10.
21. Олейчик ИВ. Синдром юношеской астенической несостоятельности. Журнал неврологии и психиатрии 1998; 13–9.
22. McClure E, Rogens GA, Thompson NM. Characteristics of adolescent girls with depressive symptoms in a so-called normal sample. J Affect Disord 1997; 42: 187–97.

23. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 1779-91.
24. Lewinsohn PM, Rhode P, Seeley JR. Adolescent psychopathology, III: the clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 510-9.
25. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 579-90.
26. Flament MF, Cohen D, et al. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 1070-8.
27. Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Jackson KL. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 458-65.
28. Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M. Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 403-8.
29. Blumenthal SJ. Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Adolescence: psychopathology, normality and adolescents. Psychiatric Clinics of North America* 1990; 13: 511-56.
30. Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Adolescence and suicide: review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 2: 10-8.
31. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 915-23.
32. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 167-73.
33. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America* 2001; 20: 499-517.
34. Kienhorst CWM, De Wilde EJ, Diekstra RFW. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85: 222-8.
35. Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 7: 96-104.
36. Shaffer D, Piacentini J. Suicide and attempted suicide. *Child and adolescents psychiatry*; 407-24.
37. Kienhorst CWM, de Wilde EJ, van den Bout J, et al. Two subtypes of adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 87: 18-22.

## V. Ribakoviene

### DEPRESSIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: PECULIARITIES OF CLINICAL PHENOMENOLOGY AND DIAGNOSTICS

#### Summary

This article reviews etiological models and theories on depression in children and adolescents. The article shows clinical peculiarities of depression in children and adolescents. In adolescents, depression disorder is quite frequent, recurrent, and often tends to continue into adulthood. The pattern of depressive symptoms is likely to vary according to the age and stage of cognitive development of the child or adolescent. Depression is frequently associated with other psychiatric disorders, such as anxiety, behaviour problems, abuse of psychoactive substances, and suicidal behaviour. The depressed child also has other psychological and social difficulties, decrease in academic outcomes, and more communication problems.

**Keywords:** children, adolescents, depression, clinical phenomenology.