

# **ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

## **Организация-разработчик:**

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

## **Коллектив авторов:**

Доктор медицинских наук, профессор **Макушкин Евгений Вадимович**, доктор медицинских наук **Портнова Анна Анатольевна**

Москва – 2015

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### Оглавление

МЕТОДОЛОГИЯ.....	2
ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	5
ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ.....	13
ЛЕЧЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	16
Медикаментозная терапия.....	16
Психотерапевтическая помощь .....	18
Длительность лечения .....	19

### МЕТОДОЛОГИЯ

**Методы, использованные для сбора доказательств:** поиск в электронных базах данных. Поиск проводился в Кокрановской библиотеке, в ресурсах MEDLINE, EMBASE, BioMedCentral, NCBI, NICE.

**Глубина поиска** составляла 5-10 лет.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

Консенсус авторов.

Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

**Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций в исследовании методология изучалась для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат определял уровень доказательств, присваиваемый публикации, что повлияло на силу вытекающих из нее рекомендаций. Оценка силы рекомендаций в настоящей работе проводилась только в разделе, касающемся лечения детей с непсихотическими депрессиями.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Таблица 1

<b>Классификация</b>	<b>Описание</b>
А	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким и низким риском систематических ошибок
В	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
С	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной

	взаимосвязи
<b>D</b>	Мнение экспертов

### **Рекомендации по дальнейшей валидации рекомендаций:**

На процесс оценки в данных рекомендациях сказывался субъективный фактор. Проект рекомендаций составляла малая группы авторов-экспертов из двух человек. Для минимизации ошибок необходимо создание рабочей группы с привлечением независимых экспертов и дальнейшее обсуждение рекомендаций в полной группе.

Проект рекомендаций нуждается в рецензировании квалифицированными специалистами.

Необходимо получение оценки врачами первичного звена и участковыми детскими психиатрами в отношении доступности изложения рекомендаций и их оценки удобства как рабочего инструмента в повседневной практике.

Безусловно необходимым является получение комментариев с точки зрения пользователей психиатрической помощи и экспертов в сфере защиты прав пациентов.

Комментарии, полученные от вышеперечисленных экспертов, будут тщательно систематизированы и проанализированы председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт замечаний и предложений будет обсужден. Внесённые в результате этого обсуждения изменения в рекомендации будут зарегистрированы. Если же изменения не учтутся, то будут объяснены причины отказа от изменений.

### **Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия выставлена для широкого обсуждения на сайте РОП, она также будет обсуждаться на профессиональном конгрессе.

**Экономический анализ:** Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Цель** настоящих рекомендаций – унифицировать в практической деятельности психиатров диагностические и лечебные подходы при оказании помощи детям и подросткам с НД.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**ДЕПРЕССИЯ** - аффективный синдром, основными проявлениями которого служат сниженное настроение, потеря интересов и способности получать удовольствие.

В детском возрасте депрессия редко соответствует классическим описаниям депрессия, выступая в атипичной либо в маскированной форме, и сопровождается коморбидными нарушениями психической деятельности и поведения.

Депрессия у детей и подростков является серьезным психическим расстройством с высокой степенью хронизации и суицидальным риском [Fleming J.E., et al., 1989; AACAP, 1998]. Лишь у половины подростков диагноз устанавливается своевременно [Kessler R.C., et al., 2001]. Таким образом, значительное количество пациентов не получает надлежащей помощи. По данным Kessler R. C. и соавт., только половина из пациентов с установленным диагнозом получают подходящее лечение.

В настоящих рекомендациях рассматриваются, согласно определению в МКБ-10, легкая депрессия, умеренная и тяжелая депрессия без психотических симптомов, то есть непсихотические депрессии.

Клинические рекомендации предназначены для диагностики и лечения пациентов детского возраста с непсихотическими депрессиями на различных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Клинические рекомендации «Непсихотические депрессии» разработаны с целью нормативного обеспечения Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и Федерального закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Проект клинических рекомендаций «Непсихотические депрессии» разработан для решения следующих задач:

- Установления единых требований к порядку диагностики и лечения больных детей с непсихотическими депрессиями.

- Унификации разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизации медицинской помощи детям с непсихотическими депрессиями.

- Унификации разработки в медицинских учреждениях стандартных операций и процедур для ведения детей с непсихотическими депрессиями.

- Обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на его территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения требований настоящего стандарта - лечебно-профилактические учреждения психиатрического профиля всех уровней.

Актуальность разработки клинических рекомендаций обусловлена следующими проблемами:

- Широкой распространенностью непсихотических депрессий среди детского и подросткового населения

- Трудностями выявления и диагностики депрессий в детском и подростковом возрасте.

- Атипичностью (по сравнению с проявлениями у взрослых пациентов) и полиморфизмом клинической картины.

- Высокой коморбидностью депрессий с другими психическими нарушениями.

- Ограничением доступности фармакотерапии возрастными рамками.

**Права ребенка.** При оказании психиатрической помощи врач должен руководствоваться законом РФ о психиатрической помощи, согласно которому обследование и лечение пациента младше 15 лет проводится с согласия одного из родителей либо опекуна.

Необходимо помнить, что причиной депрессивных симптомов в детском возрасте могут служить различные формы злоупотребления, в том числе жестокое обращение. При выявлении этих случаев врач должен проинформировать органы внутренних дел и органы опеки о том, что вред здоровью ребенка причинен в результате противоправных действий.

### **Эпидемиология**

Депрессией страдает до 8% всех подростков [Kessler R.C., et al. 2012]. По данным Copeland W. с соавт., у 14,8% лиц до 21 года обнаруживаются диагностические критерии расстройства настроения [Copeland W. et al., 2011]. Отечественные исследования распространенности депрессий в детско-подростковой среде немногочисленны и в целом подтверждают данные зарубежных исследований.

Депрессия у детей и подростков может иметь значительные долгосрочные последствия в будущем, заключающиеся в трудностях межличностных взаимоотношений, в снижении учебной и профессиональной успешности, и в расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ [Hammen C., et al., 2011; Fergusson D.M., Woodward L.J., 2002].

**Этиология.** Причины детской депрессии до конца не изучены. Депрессия может быть вызвана сочетанием как внешних факторов (стрессовые события, взаимоотношения в семье, взаимоотношения со

сверстниками), так и внутренних факторов (физическое здоровье, генетическая предрасположенность и биохимические нарушения).

**Патогенез.** Патогенез депрессий детского возраста также, как и в других возрастных группах связан с нарушениями в системе нейротрансмиттеров, приводящих к нехватке серотонина, норадреналина и дофамина в отделах головного мозга, связанных с генерацией эмоций (гиппокамп, прозрачная перегородка, миндалина, поясная извилина). Определенную роль в формировании симптомов депрессии также играет нарушение функции ГАМКергической и глутаматергической систем.

**Выявление и оценка.** В первичном звене здравоохранения выявление депрессии обычно основано на жалобах родителя и пациента, однако этого недостаточно для достоверной оценки состояния пациента. Помимо клинического обследования с выявлением и констатацией депрессивных симптомов, согласно диагностическим указаниям МКБ10, рекомендовано использовать психометрические методики – Шкалу депрессии Бека [*US Preventive Services...*, 2009].

Выявление психиатрических сопутствующих заболеваний (в том числе расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, тревожных расстройств, дефицита внимания, гиперактивности может иметь важное значение в оценке депрессии у ребенка, учитывая высокую степень коморбидности этих состояний [*Zuckerbrot R.A., et al., 2007*].

### **Диагностика**

Диагностика депрессивного расстройства у детей основывается на клинических проявлениях (симптомах), которые можно выявить с помощью психиатрического обследования, включающего сбор жалоб у пациента и сведений о состоянии ребенка у родителей; изучении анамнестических сведений, клинической беседы.

В МКБ-10 предложены следующие симптомы депрессии:

Основные симптомы:

- 1) сниженное настроение;
- 2) утрата интересов и способности получать удовольствия;
- 3) снижение активности, повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- 4) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- 5) сниженная самооценка и чувство уверенности в себе;
- 6) идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода);
- 7) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 8) идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
- 9) нарушенный сон;
- 10) сниженный аппетит.

Первые три симптома рассматриваются как ключевые, наличие хотя бы 2-х из которых необходимо для постановки диагноза.

### **Тяжесть расстройства**

Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) диагностируется, когда у пациента наблюдаются 2 основных симптома и, хотя бы один дополнительный.

Депрессивный эпизод средней тяжести (F32.1) рекомендовано определять при наличии не менее 2 основных и нескольких дополнительных (чтобы в сумме было не менее 6 симптомов).

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2) -- присутствуют все три основных симптома и не менее 5 дополнительных.

Если у пациента выражены такие симптомы как агитация или заторможенность, и он затрудняется либо отказывается сообщить о значительной части симптоматики, то необходимо расценивать состояние как тяжелое.

В детском и подростковом возрасте на психическое состояние значительное влияние оказывают микросоциальные факторы – семья, школа и др. Поэтому без учета воздействия этих факторов и уровня

функционирования ребенка не следует определять тяжесть заболевания, опираясь лишь на количественную оценку симптомов.

Для диагностики депрессии симптомы должны наблюдаться по крайней мере 2 недели и присутствовать в течение большей части дня. В анамнезе не должно отмечаться гипоманиакальных или маниакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода F30.-Депрессию нельзя связать с употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством (F00-F09).

Пятый пункт используется для определения наличия соматического синдрома, например, F32.X0 – без соматических симптомов, F32.X1 – с соматическими симптомами.

*Самоповреждающие действия* должны регистрироваться дополнительным кодом из Класса XX МКБ-10 (X60 - X84 -- Преднамеренное самоповреждение). Эти коды описывают суицидальные и парасуицидальные действия.

Категория легкого (F32.0x), умеренного (F32.1x) и тяжелого (F32.2 и F32.3x) депрессивного эпизода должна использоваться для квалификации единичного (первого) депрессивного эпизода. Повторные депрессивные эпизоды должны быть квалифицированы в разделе рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-)

### **Особенности проявления клинической симптоматики у детей**

*Сниженное настроение.* Маленький пациент далеко не всегда умеет описать свое эмоциональное состояние, поэтому важную информацию можно получить от родителей, которые могут охарактеризовать состояние ребенка. Ребенок с депрессией может выглядеть излишне серьезным, в нем нет обычных для его возраста живости, непосредственности, любознательности и болтливости. Близкие могут отмечать, что он не такой веселый как его сверстники. Окружающие считают, что он серьезен не по

годам, держится как «маленький старичок». Он часто капризничает, плачет из-за незначительных поводов, обижается на других.

В подростковом возрасте проявления депрессивного аффекта более отчетливы и типичны. Дети уже в большинстве могут дифференцировано описывать свои переживания и охарактеризовать свое настроение как грустное, унылое, скучное.

*Утрата интересов и способности получать удовольствия.* Прежние увлечения становятся неинтересными ребенку. Например, он перестает играть с любимым домашним животным, отказывается под разными предлогами посещать кружки, на которые раньше ходил с удовольствием. Ребенок становится менее общительным и не стремится поиграть со сверстниками. Скука как частая жалоба у депрессивных детей любого возраста может рассматриваться в качестве патогномичного симптома депрессии, и определяется утратой интересов к прежним увлечениям и окружающему миру в целом.

*Снижение активности, повышенная утомляемость.* Родители могут обратить внимание на то, ребенок чаще стал жаловаться на усталость от привычной нагрузки, капризничает, как им кажется, без причины. После школы ребенку хочется отдохнуть, полежать; его с трудом удастся посадить выполнять домашние задания.

*Сниженная способность к сосредоточению и вниманию.* Этот симптом больше всего беспокоит родителей, поскольку снижается успеваемость ребенка, возникают трудности в усвоении программы, неусидчивость на занятиях. Окружающие могут упрекать тем, что он ленится. Сам пациент может жаловаться на ухудшение памяти, трудности сосредоточения.

*Сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе.* Проявляются прежде всего в общении со сверстниками. Ребенок начинает избегать ситуаций, носящих проверочный или соревновательный характер; заранее настроен на неуспех. Сравнивая себя с другими отмечает свои недостатки (глупый, ленивый, слабый, некрасивый и пр.).

*Идеи виновности и уничтожения* могут наблюдаться даже при легкой депрессии. Ребенок задает вопросы родителям, хотели они, чтобы он родился, не бросят ли его, если он будет плохо учиться и т.п. Часты высказывания «меня никто не любит», «мама, роди меня обратно», «уйду от вас». Депрессивный ребёнок отказывается от подарков, просит не покупать ему новые вещи.

*Мрачное и пессимистическое видение будущего.* Ребенок может высказывать опасения, направленные в будущее: страх никогда не вырасти, не стать взрослым или желание всегда оставаться маленьким. В более старшем возрасте у пациента возникает неуверенность в своей социальной успешности в будущем.

*Идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид* характерны в большей степени для пациентов подросткового возраста. Чтобы заглушить болезненные переживания, душевную боль пациенты наносят себе порезы, прижигают кожу. При этом суицидального смысла эти самоповреждения не несут. Как правило, аутоагрессия характерна для подростков с алекситимией, а также находящихся в ситуации эмоциональной депривации. Суицидальный риск в подростковом возрасте достаточно высок даже не при глубокой депрессии и может быть спровоцирован неправильным поведением близких, обидами от сверстников, учителей, отсутствием в нужный момент поддержки близкими. Знаки пресуицидального поведения перечислены ниже.

В разговорах звучит тема смерти, смысла жизни; посещает сайты, где обсуждаются суициды; раздаривает свои вещи; быстрые и внезапные смены настроения; бессонница, ранние пробуждения; приступы тревоги, беспокойства; отказ от общения, уход в себя

*Нарушенный сон.* Нарушение сна может быть одним из инициальных проявлений депрессии. Для детей дошкольного возраста характерны трудности засыпания, вызванные страхами разнообразного содержания (чаще темноты, одиночества), сокращение общей продолжительности сна,

страшные сновидения, ранние пробуждения. В более старшем возрасте при диагностике нарушения сна необходимо исключить фактор компьютерной зависимости и связанное с ней нарушение режима.

*Сниженный аппетит* встречается с одинаковой частотой во всех возрастных группах при депрессивном расстройстве. При этом снижение аппетита может избирательностью в еде, когда при отказе от регулярных приемов пищи ребенок не отказывает себе в лакомствах и сладостях. в подростковом возрасте при жалобах на сниженный аппетит и отказы от еды необходимо исключать дисморфофобические переживания, нервную анорексию.

*Соматические симптомы* при депрессии наблюдаются во всех возрастных группах, но чаще в младшем возрасте. Порой эти симптомы маскируют проявления депрессии, и родители, прежде чем обратиться к психиатру, неоднократно обследуют ребенка у врачей-интернистов по поводу болей в животе, рвоты, запоров, субфебрильной температуры, головных болей или других физических симптомов.

**Дифференциальный диагноз** при непсихотической депрессии необходимо проводить с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, шизофренией, нарушением поведения, тревожным расстройством, злоупотреблением психоактивными веществами.

## ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Эффективная помощь детям и подросткам с непсихотической депрессией должна включать три вида: психосоциальная, медикаментозная и психотерапевтическая.

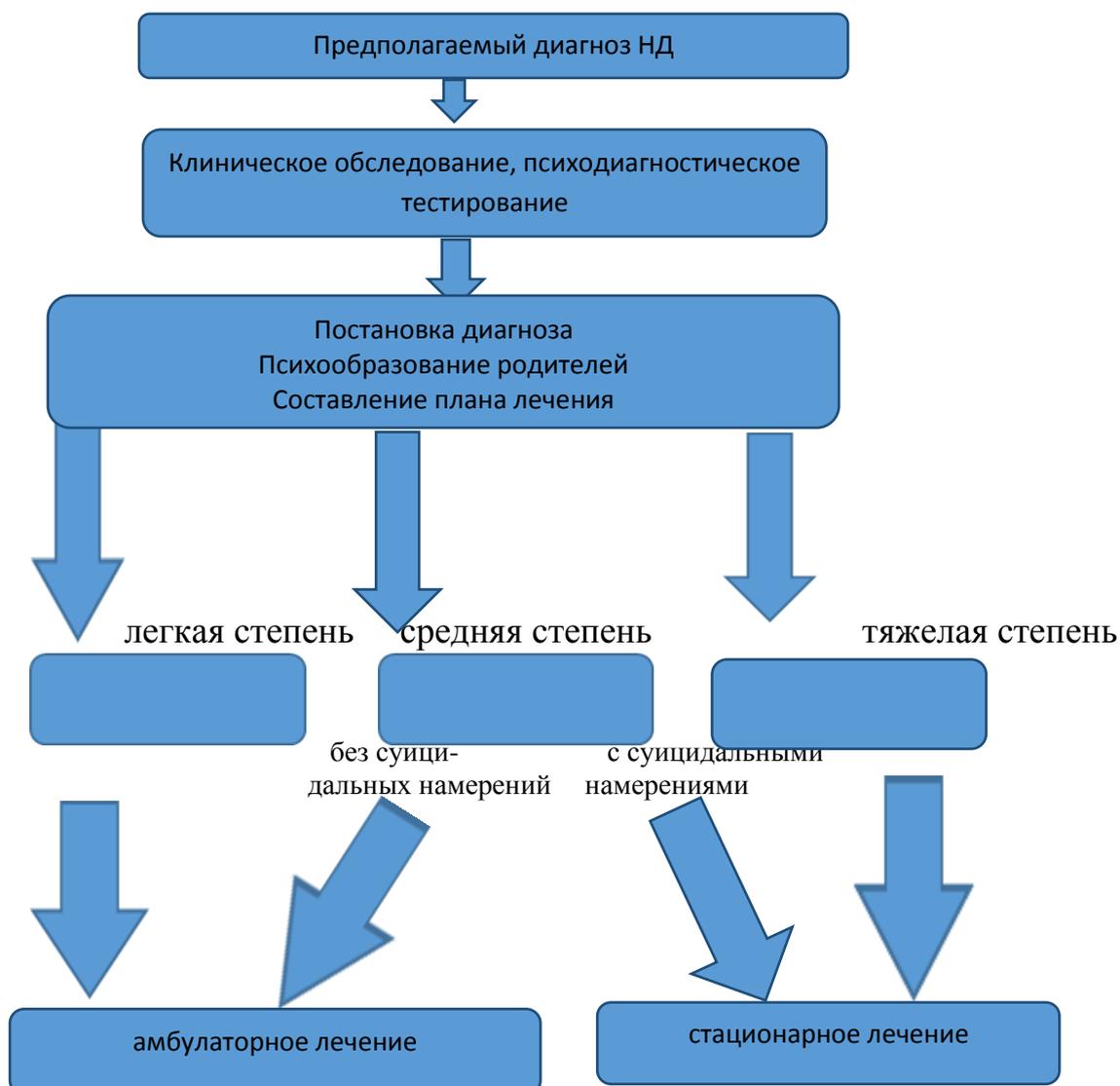
Психосоциальная помощь подразумевает выявление и коррекция имеющихся микросоциальных проблем, прежде всего внутрисемейных, в том

числе конфликтных отношений между значимыми родственниками, неправильных воспитательных подходов, применяемых к ребенку, трудностей в детском коллективе.

**Психообразование.** Для достижения максимальной комплаентности при лечении детей и подростков необходимо наиболее предоставление полное информации родителям и опекающим лицам. При подозрении на НД врач должен проинформировать родителей и самого ребенка (в доступной для него форме) о выявленных симптомах депрессии, о существующих методах, и длительности лечения. Необходимо рассказать о том, какие используются медицинские подходы, имеющие научно доказанную силу, о возможных рисках и осложнениях лечения, о необходимости семейной поддержки пациенту. Родителям необходимо объяснить, какие симптомы могут свидетельствовать о суицидальном риске и в каких случаях необходимо стационарное лечение.

**Форма оказания помощи.** При лёгких и умеренных типах НД при отсутствии у пациента суицидальных намерений рекомендовано оказание помощи в амбулаторных условиях. При тяжелой степени, а также выявленных суицидальных мыслях необходимо лечение в условиях стационара. Наличие суицидальной попытки в анамнезе свидетельствует о безусловной необходимости надзора и лечения пациента в условиях стационара.

## Алгоритм оказания помощи пациенту с НД



При легких формах НД рекомендовано наблюдение за пациентом в течении 5-6 недель и оказание ему не протяжении этого времени психотерапевтической помощи [NICECG28].

НД средней и тяжелой степени требуют назначения комплексной терапии –медикаментозного и психотерапевтического лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

### Медикаментозная терапия.

В настоящее время в современных зарубежных руководствах рекомендовано в качестве препаратов первой линии антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата **СИОЗС**. Доказанную клиническую эффективность для применения в детском возрасте имеет флуоксетин (с 8 лет) [Amaya M. M., Reinecke M. A., Silva S. G., March J. S., 2011)]. Этот препарат наряду с эсциталопрамом (разрешенным к применению с 12 лет) рекомендован FDA<sup>1</sup> для лечения депрессий в детском и подростковом возрасте

В отношении других СИОЗС - пароксетина и циталопрама, а также венлафаксина (относящегося к группе СИОЗСН) в Великобритании существует рекомендация не применять их в возрасте до 18 лет [NICE, *Depression in children and young people Evidence, Update June 2013*]. Вместе с тем в США эти препараты относятся к наиболее эффективным и часто назначаемым в детском и подростковом возрасте [].

Систематизированные обзоры [Hetrick S.E. et al., 2012], впрочем, определяют клиническую эффективность СИОЗС при лечении депрессии у детей и подростков как невысокую и сравнимую с плацебо эффектом, и авторы осторожно делают вывод о том, статистически значимые результаты остаются неопределенными. Также есть статистически неубедительные доказательства повышенного риска суицидальных исходов у пациентов, принимавших антидепрессанты (УД—В) [Tarek A. Hammad, 2004, 2008].

**Трициклические антидепрессанты** в большинстве стран, начиная с 2000 гг., были заменены на антидепрессанты нового поколения. [Hazell P,

---

<sup>1</sup> (англ. Food and Drug Administration, агентство Министерства здравоохранения и социальных служб США)

*Mirzaie M., 2013*]. Авторы, проведя анализ публикаций в Кокрановском центральном регистре контролируемых клинических испытаний за все годы, в EMBASE (с 1974 г.), MEDLINE (с 1950 г.) и в PsycINFO (с 1967 г.), сделали вывод о том, что трициклические антидепрессанты не имеют клинически значимой эффективности в детском возрасте и незначительно эффективны при лечении депрессии у подростков. В то же время количество побочных действий достоверно выше по сравнению с плацебо (УД – В).

В отечественной практике многие детские психиатры остаются приверженными к антидепрессантам старого поколения, считая их более эффективными. Это во многом предопределяет негативное отношение пациентов к лечению, при котором препараты имеют большое количество побочных действий, плохо переносятся, что в свою очередь удерживает от повторного обращения к врачу.

В настоящих клинических рекомендациях приведены препараты, традиционно используемые в практике отечественных детских психиатров. Однако, по нашему мнению, выбор тактики медикаментозной терапии каждый врач должен делать с учетом полученной информации.

Антидепрессанты, применяемые у детей с непсихотическими депрессиями в России и за рубежом

Таблица 2

№ П/п	Название препарата МНН (торговое название)	С какого возраста показан, (лет) в РФ	С какого возраста показан, (лет) за рубежом	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности
	Флуоксетин	безопасность для детей не установлена	8	10-20	60	В
	Эсциталопрам	безопасность не установлена	12	10	20	В
	Сертралин	6	6	50	200	В
	Флувоксамин	8	8	150	300	
	Пароксетин	18	8	20	40	
	Амитриптилин	6	не используется для лечения депрессий	75	200	D
	Имипрамин	6		50	200	D
	Кломипрамин	5		50	200	D
	Пирлиндол	нет указаний		100	200	D

Как было сказано выше, частым коморбидным состоянием НД у детей является тревога. При выявлении тревожной симптоматики необходимо купирование этого состояния одновременно с началом антидепрессивной терапии. Это связано с возможным усилением тревоги в первые дни после начала лечения СИОЗС повышением суицидальной активности.

Препараты, применяемые при лечении коморбидной НД тревоги, ажитации в детском возрасте

Таблица 3

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)
	Диазепам	0,5	5	15
	Гидроксизин	1	30	50
	Алимемазин	1	10	25
	Рisperидон	4	4	6
	Тиоридазин	1	50	200

### Психотерапевтическая помощь

Основными видами психотерапии, рекомендованными при НД, являются недирективная поддерживающая психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБП)[NICE CG28]. Психотерапия должна проводиться при выявлении признаков депрессии на амбулаторном этапе и продолжаться в случае недостаточного эффекта после присоединения медикаментозной терапии в том числе и на стационарном этапе. Краткосрочные формы семейной терапии и межличностной терапии.

В научном обзоре [ACochranereviewby Cox et al., 2012] проводилась сравнительная оценка антидепрессивной психологической терапии с медикаментозной как в комбинации, так и по отдельности у детей 6-18 лет. Было показано, что почти во всех исследованиях, приводимых в обзоре, не было получено достоверных различий как по скорости наступления ремиссии, так и по уменьшению суицидальности и по выходам из программы.

Вышеприведенное исследование свидетельствует о том, что нельзя недооценивать роль психотерапии в детской практике и необходимо использовать ее как обязательный компонент лечения.

Компоненты КБТ включают когнитивную реструктуризацию (уменьшение негативных мыслей), поведенческую активацию (деятельность, приносящая удовольствие), а также повышение уверенности в себе и обучение навыкам решения

проблем. КБТ для детей и подростков может включать в себя занятия с родителями/ опекунами для решения, связанных с основной проблемой.

Для разрешения межличностных проблем, которые могут вызвать или усугубить депрессию, (а депрессия, в свою очередь, может усугубить проблемы межличностные) используется межличностная (интерперсональная) психотерапия. Целью ее является решение межличностных проблем пациента, для улучшения и межличностного функционирования и настроения.

Компоненты интерперсональной психотерапии включают выявление проблемной области в сфере взаимоотношений с окружающими, улучшение навыков решения проблем и изменение коммуникационных моделей.

#### Длительность лечения

Лечение депрессии у детей и подростков должна продолжаться в течение четырех - шести месяцев после ремиссии [Hetrick S., et al, 2007, Emslie G.J., Mayes T.L., 2001]. Достоверно показано, что более краткие сроки лечения приводят увеличению риска рецидива депрессии.

### Список используемой литературы

Amaya M. M., Reinecke M. A., Silva S. G., March J. S., Parental Marital Discord and Treatment Response in Depressed Adolescents, *Journal of Abnormal Child Psychology*, April 2011, Volume 39, Issue 3, pp 401-411

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(10 suppl) :63S– 83S.

Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:252–61

Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, Hetrick SE. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD008324. DOI: 10.1002/14651858.CD008324.pub2.

Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care NICE guidelines [CG28] Published date: September 2005, updated in may 2015

Depression in children and young people Evidence Update may 2015. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 28 'Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care' (2005)

Emslie G.J., Mayes T.L.. Mood disorders in children and adolescents: psychopharmacological treatment. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1082–1090

Fergusson D.M., Woodward L.J. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:225–31

Fleming J.E., Offord D.R., Boyle M.H.P. Relevance of childhood and adolescent depression in the community. *Ontario Child Health Study. Br J Psychiatry*. 1989; 155 :647–654

Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care. Version 2, 2010. P. Jensen, R. Zuckerbrot, K. Ghalib, A. Levitt. *Pediatrics*, Vol. 120, Pages 1299-1326, Copyright 2007

Hammen C., Brennan P.A., Le Brocque R. Youth depression and early childrearing: stress generation and intergenerational transmission of depression. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79:353–63

Hazell P, Mirzaie M. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD002317. DOI: 10.1002/14651858.CD002317.pub2

Hetrick S., Merry S., McKenzie J., Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD004851

Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD004851. DOI: 10.1002/14651858.CD004851.pub3.

Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:372–80

Kessler R.C., Avenevoli S., RiesMerikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001;49 :1002– 1014

Tarek A. Hammad (September 13, 2004). "Results of the Analysis of Suicidality in Pediatric Trials of Newer Antidepressants" (PDF). Presentation at the Meeting of

*Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the Pediatric Advisory Committee on September 13, 2004. FDA. Pages 25, 28. Retrieved 2008-01-06.*

*Hughes C., Emslie G., Crismon M., Posner K., Birmaher B., Ryan N., Jensen P., Curry J., Vitiello B., Lopez M., Shon S., Pliszka S., Trivedi M. Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder.; J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jun;46(6):667-86.*

*US Preventive Services Task Force Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics. 2009;123:1223-8.*