ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

.1 Исследование депрессивных реакций младших школьников в отечественной и зарубежной литературе

.2 Понятие, механизм развития и причины депрессии в младшем школьном возрасте

.3 Признаки проявления депрессии у младших школьников

Глава 2. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

.1 Диагностика депрессии у детей младшего школьного возраста

.2 Лечение и профилактика депрессии у младших школьников

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность курсовой работы заключается в недостаточной изученности особенностей депрессивных реакций у детей младшего школьного возраста, на что и будет направлено данное исследование. Проблема аффективных расстройств в детском и подростковом возрастах является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии в связи с учащением и «омоложением» депрессивных нарушений.

В научной литературе много дискутируется о распространенности детской и подростковой депрессии. Если использовать диагностические критерии DSM-III-R или DSM-IV клиническая депрессия наблюдается у 2-3% детей и 4-8% подростков. П.М. Левинсон и др. утверждают, что после выполнения обследования всех детей одной популяции в возрасте до восемнадцати лет выяснилось, что депрессией болеет до 20% детей.

Депрессия - это очень тяжелое психологическое расстройство, которое развивается в основном на фоне различных стрессов или длительных травмирующих ситуаций. Иногда депрессия у детей может маскироваться под видом плохого настроения или объясняться индивидуальными особенностями характера. Поэтому, чтобы не возникло серьезных последствий и осложнений, нужно своевременно выявить депрессию и выяснить, что стало ее причиной.

Депрессивные реакции понимаются как душевный ответ на внешние травмирующие события, которые означают психическую нагрузку или реакцию на внутренние изменения. Они не выявляют значимых невротических перерабатывающих механизмов, по времени и по содержанию тесно связаны с вызвавшими их причинами.

Эмоциональные проявления во время депрессии весьма разнообразны. Среди них выделяют пониженную самооценку, чувство отчаяния и тревоги. Младший школьник, имеющий депрессивное расстройство, постоянно ощущает усталость, находится в печальном и грустном состоянии. Его поведение при этом тоже меняется. О наличии депрессии говорит также утрата ребенком способности совершать целенаправленные действия. Иногда доходит до того, что больной депрессией привязывается к наркотикам или алкоголю, чтобы облегчить приступы тревоги и тоски.

В целом, депрессия часто становится причиной развития наркотической или алкогольной зависимости, так как они способны помочь отрешению и появлению ложного ощущения хорошего настроения. Последствием депрессии могут быть и разнообразные социальные фобии. Поэтому тема актуальна.

Объект исследования - депрессия у младших школьников.

Предмет исследования - особенности депрессивных реакций у детей младшего школьного возраста.

Цель данной работы состоит в подробном рассмотрении особенностей депрессивных реакций у детей младшего школьного возраста.

Задачи работы:

Исследовать депрессивные реакции младших школьников в отечественной и зарубежной литературе.

Изучить понятие, механизм развития и причины депрессии в младшем школьном возрасте.

Рассмотреть признаки проявления депрессии у младших школьников.

Провести диагностику депрессии у детей младшего школьного возраста.

Теоретические аспекты данного исследования были рассмотрены Л.А. Александровой, Ю.А. Александровским, и далее Атаханов Р., Бардиер Г.Л., Никольская И.М., Божович Л.И., Бойко В.В., Голант М., Гуткина Н.И., Журавлев Д., Иовчук Н. М., Крутецкий В.А., Кулагина И.Ю., Мавлянова О.В., Максимова Г.В., Медведева А.А., Панфилова М.А., Хухлаева О.В., Шапошникова А.Ф. и т.д.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

.1 Исследование депрессивных реакций младших школьников в отечественной и зарубежной литературе

По мнению Нуллера Ю. Л. и Михаленко И.Н., депрессии детского возраста за последние годы стали чаще диагностироваться и отечественными и зарубежными психиатрами, но проблема детских депрессий остается темой еще незавершенных научных изысканий. О возможности возникновения депрессии в 10 лет писали уже многие зарубежные психологи. По их наблюдениям, небольшой процент больных маниакально-депрессивным психозом (МДП) заболевают в 10 - 15 лет, и, как правило, первой фазой является депрессивная. В его руководстве 1904 г. приводится диаграмма распределения депрессивных дебютов МДП по возрастам. На первые 10 лет жизни приходится 1,5% всех случаев заболевания.

О частоте депрессий у детей в современном мире судить трудно, так как диагноз депрессии зависит и от контингента обследуемых детей, и от нестандартности диагностического подхода. В связи с переходом на новые классификации болезней нельзя сравнивать показатели разных стран: в научной литературе Европы (главным образом Австрия, Германия) по-прежнему используются определения «депрессивная фаза маниакально-депрессивной болезни», «невротическая депрессия», «депрессия истощения», в то время как в США с переходом на классификацию DSM-III депрессия у детей стала делиться на 3 класса: большая депрессия (major depressive disorder), дистимическое расстройство (disthymic disorder) и нарушения поведения с депрессивным настроением (adjustment disorder with depressive mood).

В РФ в отчетах используется международная классификация болезней IX пересмотра, но в научных исследованиях широко фигурируют синдромы, которые дробят основную нозологическую единицу на подвиды. Это позволяет провести некоторые сопоставления данных американских авторов с отечественными. Нарушения поведения с депрессивным настроением, по-видимому, соответствуют тому, что у нас выделяется как делинквентный вариант депрессивного состояния. И все-таки сопоставлять цифровые данные можно лишь тогда, когда работы проводятся в научно-исследовательских центрах со сходными диагностическими подходами, подобно исследованиям П. Кейлхольза, касающимся депрессии.

Е. Крепелин не описывал какой-либо особой картины детской депрессии, и лишь значительно позже к депрессивным состояниям стали относить самые разнообразные нарушения, возникающие у детей с первых лет жизни: кишечные колики, экземы, крики во время ночного сна, анорексию, головные боли, непослушание и лень у школьников, если они возникают периодически, ограничены во времени и сопровождаются неспособностью воспринимать радость, понижением настроения, выражающимся хотя бы в печальном выражении лица или плаксивости.

Некоторые авторы выделяют особую группу депрессивных детей с энурезом, подчеркивая не невротическую или органическую природу депрессии. Эти дети имеют сниженное настроение, склонность к плачу, проявляют незрелость в реакциях на окружающее, бывают злобными и с раннего детства склонны к асоциальным поступкам.

Приступы этих депрессивных состояний бывают обычно затяжными. Такие картины стали называть скрытыми, маскированными депрессиями и депрессивными эквивалентами. Описание их в работах многих авторов убедительно показывает их родство с депрессиями (биохимические исследования, успешное лечение антидепрессантами).

Однако нерешенным остается вопрос, являются ли эти депрессии заболеванием, присущим детскому возрасту, не имеющим продолжения в жизни взрослого, или это первые фазы рано начавшегося МДП, которые в дальнейшем постепенно утратят черты, свойственные болезням раннего возраста, и примут форму одного из синдромов, характерных для эндогенной депрессии.

Проводились катамнестические исследования с наблюдением за детьми с раннего детского возраста до раннего взрослого. С. Чез изучил судьбу 133 больных детей с неопределенными депрессивными картинами. Шестерым из них были поставлены диагнозы (соответственно классификации DSM-III): большая депрессия, дистимия и нарушения поведения с депрессивным синдромом в 8, 12, 10, 17, 16 и 13 лет. В дальнейшем у всех этих людей возникали типичные депрессивные приступы, у остальных депрессивные состояния не повторялись.

О том, что это депрессия, в наибольшей степени свидетельствует постоянное печально-покорное выражение лица. Можно ли такое состояние расценить как депрессивную фазу МДП? Очевидно, только длительный катамнез может дать ответ.

Депрессия дошкольного и раннего школьного (до 10 лет) возраста наиболее трудна для диагностики. Она выражается, в основном, в соматовегетативных и двигательных нарушениях. В одних случаях преобладают вялость, пассивность, апатия, в других - тревога, беспокойство.

Наблюдаются расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез, сенестопатии, жалобы на неопределенные боли в разных органах. Депрессивность проявляется в страдальческом выражении лица, тихом голосе. О настроении эти дети говорят, что оно плохое, но не уточняют его, четких депрессивных высказываний нет; в семье они бывают грубы, агрессивны, непослушны, что уводит мысль от диагноза депрессии. Таким образом, сама депрессия маскируется детскими капризами и соматическими жалобами.

Н.М. Иовчук отмечает, что депрессиям данного возраста свойственна насыщенность клинической картины множеством расстройств, часто синдромально не завершенных и фрагментарных. В зависимости от основной симптоматики она выделяет следующие варианты депрессий этого возраста:

соматизированная депрессия;

тревожно-ажитированная;

депрессия со страхом;

дисфорическая;

депрессивная «псевдодебильность»;

вяло-адинамическая.

Выделение формы «псевдодебильность» совпадает с нашими наблюдениями о том, что депрессия детей раннего школьного возраста часто выражается внешне в беспричинно наступающем снижении способности к обучению, повышенной утомляемости, несостоятельности в учебе. Осмысление школьного материала становится непосильным, требует все большей затраты сил и времени, ночных занятий.

Возникающие соматические жалобы, соматоалгический синдром приводят к тому, что дети попадают к психиатру далеко не сразу. Депрессивные состояния у детей этого возраста длятся неделями, проходят сами собой и затем повторяются. Большая часть начавшихся в этом возрасте депрессий постепенно утрачивает периодичность течения, и формируется картина шизофрении. В других случаях, значительно реже, депрессивный аффект становится ведущим, и картина приступов болезни все больше приближается к наблюдаемой у взрослых.

У детей 10 лет впервые возникшие депрессивные состояния проявляются уже характерной триадой симптомов, но с некоторыми особенностями. В этом возрасте дети могут испытывать чувство тоски, но оно или сопровождается, или время от времени сменяется дисфорическим состоянием.

Дети недовольны не столько собой, сколько окружающими; возникают социальная отгороженность в школьном коллективе, нарушения поведения с агрессивными проявлениями, которых не бывало прежде. Явная двигательная заторможенность обычно отсутствует.

Продуктивная деятельность замедлена, общение затруднено, мимика застывшая, но в целом ребенок подвижен. Утром собирается в школу, однако плохое настроение удерживает его от входа в класс; он бродит по коридорам, выходит на улицу, чтобы куда-то деться, идет в кино и сидит там сеанс за сеансом, пока время не позволит ему вернуться домой. Это - бегство из среды, где он привык быть жизнерадостным и веселым, бегство от необходимости делать волевые усилия, напрягаться психически, но внешне это выглядит как делинквентность и затрудняет постановку диагноза.

Депрессивные идеи - самообвинения, малоценности - обычно переживаются, но они элементарны, наивны, лаконичны, без философствования (в отличие от депрессивных идей больных шизофренией): это высказывания о том, что у него плохой характер, слабая воля, он подвел класс; часто звучит мотив, что из-за его плохой учебы заболеют родители: «папа-машинист, нервничает из-за меня, на железной дороге будет авария», «стал плохо учиться - у папы случится инфаркт».

У мальчиков предметом идей малоценности часто становится недостаточное физическое развитие, у девочек - полнота. Если придирки к своему физическому образу приближаются к дисморфомании (прыщики на лице, плохая форма носа и т. п.), необходимо еще раз подумать о возможности шизофрении.

Специфика возраста выражается в частоте соматовегетативных проявлений. Дети часто жалуются на головную боль, обостряются или возникают такие психосоматические заболевания, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение или резкое похудание.

Отмечаются лабильность пульса, склонность к тахикардии, неопределенные болевые ощущения в области сердца при отсутствии его органического поражения.

Второе отличие - поведенческие реакции; при этом они имеют отчетливые половые различия: у мальчиков проявляется стремление сорвать зло, разрядить душевное напряжение агрессивным поступком, у девочек обнаруживается сексуальная распущенность, протест против внутреннего дискомфорта выражается в асоциальных действиях.

1.2 Понятие, механизм развития и причины депрессии в младшем школьном возрасте

Младший школьный возраст охватывает период жизни от 6 до 11 лет (1-4 классы, т.е. младшие школьники - это учащиеся начальной школы) и определяется важнейшим обстоятельством в жизни ребенка - его поступление в школу.

Учение для младшего школьника - значимая деятельность. В школе он приобретает не только новые знания и умения, но и определенный социальный статус. Меняются интересы, ценности ребенка, весь уклад его жизни.

Центральное событие младшего школьного возраста - это поступление ребенка в школу. Оно дает начало не только перевода познавательных процессов на более высокий уровень развития, но и возникновению новых условий для личностного развития ребенка. Психологи отмечают, что ведущей в это время становится учебная деятельность, однако игровая, трудовая и другие виды деятельностей влияют на становление его личности. Учение для ребенка - значимая деятельность. В школе он приобретает не только новые знания и умения, но и определенный социальный статус. Меняются интересы, ценности ребенка, весь уклад его жизни.

Поступление в школу сопровождается возникновением противоречий у ребенка двух определяющих мотивов его поведения: мотива желания («хочу») и мотив долженствования («надо»). Если мотив желания всегда исходит от самого ребенка, то мотив долженствования чаще инициируется взрослыми. У поступившего в школу ребенка появляется крайняя зависимость от мнений, оценок и отношений окружающих его людей.

Осознание критических замечаний в свой адрес влияет на его самочувствие и приводит к изменению самооценки. Если до школы некоторые индивидуальные особенности ребенка могли не мешать его естественному развитию, принимались и учитывались взрослыми людьми, то в школе происходит стандартизация условий жизни, в результате чего эмоциональные и поведенческие отклонения личностных свойств становятся особенно заметными. В первую очередь обнаруживают себя сверхвозбудимость, повышенная чувствительность, плохой самоконтроль, непонимание норм и правил взрослых. Ребенок начинает занимать новое место и внутри семейных отношений: он - ученик, он - ответственный человек, с ним советуются и считаются.

Депрессия - расстройство, характеризующееся классической триадой: снижением настроения (гипотимия), моторной и идеаторной заторможенностью.

Симптомы депрессии близки к тем расстройствам, которые наблюдают в зрелом возрасте, но имеет существенное отличие. В детском возрасте на первый план выступают соматовегетативные симптомы депрессии, тогда как аффективная составляющая представлена чувством подавленности, угнетенности, скуки, реже переживанием аффекта тоски.

Современные исследования позволяют сделать заключение, что депрессивные расстройства имеют мультифакторный патогенез - в него входят биохимические, психологические, социальные факторы, а также генетика и гормоны.

Часто депрессия у детей является реакцией на сложную жизненную ситуацию - эту форму депрессии называют реактивной.

Если остановиться исключительно на биологической причине депрессии, то таковой является дефицит моноаминов и уменьшение чувствительности рецепторов, из-за которого кругооборот моноаминов ускоряется (компенсируя утрату чувствительности), приводя к истощению нейрональных депо.

Дифференциация нейромедиаторных моноаминовых систем по функциональному признаку производится таким образом:

. Дофаминовая, которая регулирует моторную схему, отвечая за процесс развития психостимулирующего эффекта;

. Норадреналиновая, обеспечивающая поддержку уровня бодрствования и общее активирующее воздействие, а также формирующая когнитивные реакции, необходимые для адаптации;

. Серотониновая, контролирующая показатель агрессивности, регуляцию аппетита, импульсы, циклы бодрствования и сна, а также имеющая антиноцицептивный и тимоаналептический эффект.

Запуск такой душевной патологии, как детская депрессия, довольно хорошо изучен психологами. При этом речь идет о следующем механизме ее развития:

. Нарушение серотинового баланса. Очень часто именно данный фактор начинает образовывать цепочку, которая приводит в дальнейшем к началу депрессии.

. Дисфункция нейромедиаторов. Непосредственно они служат для связи между собой нервных клеток, что делает работу данной системы бесперебойной.

. Дисбаланс между функциями торможения и возбуждения. После перечисленных патологических этапов происходит подобное, что приводит к доминирующему процессу торможения.

Итог всего описанного - это начало прогрессирующей у ребенка депрессии. Психологи в данном случае советуют не шутить с описываемыми вещами, которые могут кардинально разрушить детскую психику.

Истоками озвученной проблемы могут быть самые разнообразные причины. Депрессия в младшем школьном возрасте начинается при таких провоцирующих факторах:

. Наследственность. В этом случае родители закладывают в организм ребенка своеобразный ген хронической усталости. Напрасно данному вопросу уделяется мало внимания, потому что наследственность - важная составляющая в формировании любого малыша.

. Внутриутробные патологии. Ошибочным будет то утверждение, что организм ребенка начинает подвергаться факторам риска исключительно после его появления на свет. Инфекции и гипоксия плода могут стать впоследствии серьезным толчком для развития детской депрессии.

. Тяжелая семейная обстановка. Далеко не каждый ребенок сможет спокойно реагировать на скандалы между папой и мамой. При этом вероятна ситуация, когда в неполной семье родитель начинает активно устраивать свою личную жизнь, ущемляя интересы малыша. Детская душа очень часто излишне ранима, поэтому экспериментировать над ней не стоит.

. Родители-тираны. Как ни печально это звучит, но порой самый страшный враг для детской несформировавшейся личности именно данный фактор. Причиной подобного может стать деспотичный характер родителей, которые, как им кажется, очень удачно создают из своего ребенка идеал. В итоге они получат не совершенную личность, а искалеченную детскую судьбу. Бывает и так, что родители просто не умеют любить. У них самих есть травмы из детства, у них самих были такие же родные. Поэтому примера любящей семьи и правильных отношений с малышом нет.

. Отсутствие родительского внимания. Чрезмерная забота бывает раздражающим фактором для маленьких личностей, но полное ее отсутствие - это уже прямой удар по психике ребенка. Нам нравится, когда о нас заботятся и любят, что вполне нормальное явление для каждого человека.

. Не восприятие детским коллективом. В любом возрасте бывает важно общественное мнение, потому что оно часто формирует нашу жизненную позицию. Взрослому человеку проще избежать подобного, но малышу бороться с невосприятием ровесниками становится проблематичным. Мнимые и реальные лидеры в любом сообществе - прямая угроза для несформировавшихся личностей с более тонкой душевной организацией.

. Эмоциональное потрясение. Горе, острое разочарование в близких становятся серьезными провокаторами начала депрессии у детей. По своему психологическому развитию они еще не готовы к подобным суровым жизненным ситуациям, которые способен с достоинством перенести далеко не каждый взрослый.

. Проблемы в школе. Частая смена учебных заведений или конфликт с некоторыми преподавателями в силах запустить механизм депрессии у ребенка. Школа - это место, где он проводит довольно большое количество времени, поэтому неприятности в ней являются угрожающим фактором при описываемой проблеме.

. Смерть домашнего любимца. Кошки, собаки, попугаи и даже рыбки часто бывают очень значимы в жизни ребенка. В этом случае гибель питомца может крайне негативно отразиться на состоянии детской психики, давая повод для начала депрессии.

. Хроническое заболевание. Все мы привыкли к тому, что в детском коллективе наше любимое чадо может подхватить какую-нибудь инфекцию. Все обстоит хуже при тяжелой болезни, которая мешает ему наслаждаться счастливым детством. Депрессия при этом - болезненная реакция организма на происходящее.

Психологи настоятельно рекомендуют быть очень внимательными к поведению ребенка в случае, если есть провоцирующие факторы. Именно родители способны проанализировать ситуацию и найти причины детской депрессии, заметить тревожные сигналы начала развития подобной патологии у сына или дочки. Ведь, как и с любым заболеванием, ее легче предотвратить в начале, чем бороться с последствиями.

.3 Признаки проявления депрессии у младших школьников

Психотические формы депрессий практически не встречают у детей до 10 лет. Депрессивные расстройства наблюдают в виде эпизодов рекуррентного или биполярного аффективного расстройства в виде фаз, разделенных светлыми промежутками.

Больные вялы, жалуются на физическую слабость, говорят, что им хочется полежать, что они устали, все надоело, ничего не радует, ничего не хочется делать и вообще «глаза не смотрели бы на белый свет». У них нарушен сон (трудности засыпания, неспокойный сон со сновидениями и пробуждением), снижен аппетит.

Падает когнитивная продуктивность за счет замедления ассоциативных процессов. Дети перестают справляться со школьной нагрузкой, отказываются посещать школу. Себя считают глупыми, никчемными, плохими. При выраженных депрессиях появляются рудименты идей самообвинения и виновности. Например, 5-летний П. мотивировал свой отказ от еды тем, что «он самый плохой мальчик в мире и его не надо кормить».

Периоды утяжеления депрессии проявляются в характерных состояниях ажитации или заторможенности. Состояния ажитации в виде двигательного беспокойства и суетливости сопровождаются внешне немотивированным долгим неутешным плачем, причитанием типа «ой, плохо, плохо мне», истерическими реакциями или агрессией на настойчивые попытки родственников их успокоить.

Следует отметить, что родители часто не понимают состояния своего ребенка, принимают его поведение за каприз, распущенность, в связи с чем используют неадекватные меры воздействия, что приводит к усилению ажитации ребенка и даже суицидальным попыткам.

Дети младшего школьного возраста часто не могут объяснить своего состояния во время плача, говорят: «не помню, не знаю». Периоды ажитации могут сменяться состоянием заторможенности, когда они часами сидят на одном месте со скорбным выражением глаз.

В младшем школьном возрасте при депрессии в рамках рекуррентного расстройства можно отметить особый суточный ритм депрессии с ухудшением состояния в вечернее время, в отличие от типичных для подросткового и зрелого возраста суточных колебаний с наибольшей выраженностью депрессии в первую половину дня.

Следует отметить, что нет прямой зависимости суицидального риска от тяжести депрессии. Наиболее суицидоопасными считают бредовые депрессии, которые редко наблюдают в детском возрасте. Возможно, с этим связана относительная редкость попыток самоубийств в детском возрасте, особенно младшем.

Однако это не исключает возможной суицидальной попытки при относительно легкой депрессии. Решению о суициде способствуют дополнительные условия в виде ссор, обид, незаслуженных обвинений и др. У подростков риск суицида многократно возрастает, что связано с преобладающей структурой депрессии в этом возрасте (резонерствующая депрессия) и стой сенситивностью, чувствительностью к внешним воздействиям, которая свойственна больным этого возраста.

Депрессии могут протекать атипично, маскируясь другими психопатологическими и соматопсихическими расстройствами. Особый тип маскированных депрессий-соматизированные формы.

У детей на фоне умеренного изменения аффекта развиваются разнообразные соматовегетативные расстройства, имитирующие различные соматические заболевания.

Внешние проявления снижения настроения - падение энергетического потенциала и соматического тонуса. Дети жалуются на вялость, слабость, скучное настроение. Окружающие отмечают, что ребенок капризен, плаксив, не интересуется игрушками, не реагирует на подарки. Эти особенности поведения и аффективного реагирования ребенка врачи и родители связывают с мнимым соматическим неблагополучием ребенка.

Как правило, детей в этих случаях помещают в соматический стационар, где результаты обследования не могут объяснить стойкий характер соматических жалоб больного. В течение длительного периода, в отдельных случаях до нескольких лет, больных продолжают обследовать в педиатрических и неврологических клиниках и направляют к психиатру нередко спустя годы после начала заболевания.

Основные типологические варианты соматизированных депрессий в первую очередь связаны с нозологической принадлежностью депрессии. Депрессивные синдромы можно наблюдать в рамках различных форм шизофрении, аффективных расстройств настроения, невротических и связанных со стрессом расстройств.

При рекуррентных депрессиях и депрессивных синдромах в рамках периодически протекающей шизофрении достаточно часто наблюдают вариант с гипертермией и скрытой депрессией. Особенность нарушений терморегуляции у больных - значительные колебания температуры от субфебрильных до высоких с падением до гипотермических показателей, специфических суточных колебаний (утренним пиком с последующим снижением в течение дня или вечерним пиком и падением ночью), сезонный периодический характер. Наряду с гипертермией больные жалуются на головные боли, головокружение, тошноту и рвоту, что требует исключения не только соматического, но и неврологического заболевания.

Наиболее частые проявления соматизации при эндогенных депрессиях - появление болевых симптомов, которые могут локализоваться в любых частях тела, носить приступообразный или постоянный характер. Как правило, неприятные телесные ощущения и боли не соответствуют проявлениям известных соматических заболеваний и не поддаются лечению симптоматическими средствами.

В одних случаях преобладают симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, в других - сердечно-сосудистой системы, в-третьих - органов дыхания и т.п.

В.Н. Мамцевой даны развернутые описания псевдоневрологических симптомов при скрытой эндогенной депрессии у детей, так называемые неврологические маски. Основное место в клинической картине занимают жалобы на головные боли, которые в начале заболевания носят приступообразный характер, но затем становятся почти постоянными. Часто жалобы носят вычурный, необычный характер - «жжет», «пузырьки больно лопаются», «кажется, что в сосудах вода вместо крови» и др. Нередко жалобы несут в себе оттенок бредовых или галлюцинаторных переживаний больного.

Например: больной С. охарактеризовал свои жалобы на головную боль как «кусают». На вопрос, кто кусает, ответил: «не знаю». Наряду с головными болями у больных отмечают головокружения, которые не носят обычного вращательного характера. Больные жалуются, что кружится внутри головы, при этом может иметь место ощущение полета, сопровождающееся деперсонализацией и дереализацией.

В.Н. Мамцевой в рамках неврологических масок описаны также приступы, напоминающие атипичные эпилептиформные, протекающие с ощущением резкой слабости, нарушением походки, иногда сопровождающиеся падением, но без потери сознания.

Для подростковых депрессий характерно значительное число атипичных фаз, затрудняющих диагноз. Для соматизированных депрессий характерно наличие массивных вегетативных дисфункций (потливость, зябкость, тахикардия, запоры, сосудистые дистонии и др.).

Достаточно часто в подростковом возрасте отмечают относительно неглубокие депрессии, которые маскируются нарушениями поведения, что затрудняет их диагностику. В МКБ-10 данный вариант депрессии выделен в отдельную рубрику - смешанные расстройства поведения и эмоций.

Депрессия у детей может проявляться по-разному - здесь все зависит от условий жизни ребенка, его возраста и прочих факторов. Первичными признаками начала депрессии являются - перепады в настроении, непонятная, ничем не объяснимая грусть, чувство безнадежности.

Прочие симптомы депрессии у младшего школьника:

Нарушения аппетита - повышение или наоборот его пропажа;

Сонливость или бессонница;

Раздражительность;

Регулярные перепады в настроении;

Ребенок чувствует себя никчемным, появляется чувство безнадежности;

Суицидальные мысли;

Скука и незаинтересованность;

Истеричность, капризность, слезы;

Постоянная усталость;

Нарушения памяти;

Потеря концентрации;

Заторможенность и неловкость;

Проблемы в учебе;

Слабость, появление беспричинных болей, тошнота и головокружение.

Также при депрессии у младшего школьника может наблюдаться высокая чувствительность и жалостливость, недовольство тем, как к нему относятся окружающие, сомнения в родительской любви.

Школьники младшего возраста, находясь в состоянии депрессии, боятся ответов у доски, не желают ходить в школу, забывают выученное, когда их об этом спрашивает учитель.

Возникновение депрессии у ребенка может произойти постепенно, но она также может появиться и внезапно. Он становится чересчур раздражительным, у него появляется постоянное ощущение скуки и беспомощности.

Окружающие отмечают, что ребенок стал либо перевозбужденным, либо наоборот слишком медлительным. У больных детей также появляется чрезмерная самокритичность или же они начинают думать, что окружающие поддают их несправедливой критике.

Первые признаки депрессии обычно малозаметны окружающим, им не придают особого значения. Именно из-за этого бывает сложно найти связь между возникшими симптомами и понять, что их причиной является именно депрессия.

Важным моментом является своевременное обнаружение у ребенка симптомов суицидального поведения - они обычно разнятся в зависимости от того, в каком возрасте находится больной. Депрессия у детей, а также подростков в этом случае выражается в виде прекращения общения с друзьями и одержимостью идеей смерти.

Многие дети, страдающие от депрессии, проявляют признаки чрезмерной тревожности - слишком переживают по любому поводу или боятся расставаться с родителями. Такие симптомы в некоторых случаях проявляются еще до того, как сама депрессия была у них диагностирована.

Депрессия у детей младшего школьного возраста имеет форму ступидной - при ней наиболее явным симптомом выступает умственная заторможенность. Проявляется она в виде резкого падения учебной успеваемости, так как ребенок теряет способность воспринимать новую информацию, у него возникают проблемы с памятью, ему трудно сосредоточиться и воспроизводить новый, недавно освоенный материал.

Если ступидная депрессия у детей становится затяжной, на ее фоне развивается депрессивная псевдодебильность, которая создает в подростках самоуничижительные идеи о собственной несостоятельности во всех сферах, как в школе, так и в отношениях со сверстниками.

Помимо этого, у детей младшего школьного возраста могут возникать агрессивные или истерические реакции на окружающих. Если у ребенка наблюдается такая депрессия, нужно обратиться к психиатру, чтобы установить показатель его интеллекта - это позволит исключить возможность умственной отсталости.

Депрессия в любой форме является серьезной проблемой и ее обязательно нужно лечить. При этом следует воспользоваться помощью квалифицированного врача - психиатра или психотерапевта. Лишь профессионал сможет за множеством различных поведенческих нарушений отыскать симптомы депрессии и подобрать оптимальное лечение, которое поможет больному.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1 Диагностика депрессии у детей младшего школьного возраста

Практикующие врачи считают, что для диагностики депрессии у младшего школьника очень полезным будет использование специальных опросников, а также оценочных рейтингов.

Среди них: рейтинг детских депрессий от Центра эпидемиологических исследований, опросник детских депрессий и самооценочный рейтинг депрессии. Но самым популярным и наиболее действенным методом диагностики считается проведение клинического интервью с самими ребенком, его родственниками, а также прочими взрослыми, которые знакомы с ним и знают о его состоянии и проблеме.

Депрессия у младших школьников не диагностируется при помощи специфических биологических тестов, хотя существуют некие биологические маркеры, которые сейчас изучают на предмет того, подойдут ли они в качестве диагностического метода.

К примеру, у некоторых больных на тяжелом депрессивном этапе проявляется гипосекреция гормона, отвечающего за рост. Такая реакция является ответом на инсулининдуцированную гипогликемию. Существуют также случаи, при которых секреция гормона роста находится на чрезмерном пике во время сна.

Но пока что по-настоящему чувствительные методы специфической диагностики, которые могут иметь большое значение в процессе выявления депрессивного состояния, все еще не разработаны, однако можно выделить диагностические критерии:

. Снижение настроения с мрачным пессимистическим видением будущего (бессмысленностью существования при так называемой резонерствующей депрессии).

. Идеаторная заторможенность (не всегда) со снижением способности к сосредоточению и вниманию.

. Моторная заторможенность (вялость, чувство необъяснимой усталости).

. Идеи самоуничижения и виновности (в легких случаях - заниженная самооценка, неверие в свои силы).

. Соматовегетативные расстройства, характерные для депрессии, - нарушение сна, снижение аппетита, запоры.

Дифференциальная диагностика

Для врача-педиатра наиболее актуальна дифференциальная диагностика между соматизированной депрессией и соматическим заболеванием с депрессивной реакцией на болезнь. Дифференциальная диагностика в первую очередь требует исключения соматического расстройства. Это оценивают по совокупности результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, врачебного наблюдения. Наличие признаков депрессивного расстройства требует дополнительной консультации психиатра, по заключению которого решают вопрос о месте и методах лечения.

Дифференциальную диагностику депрессии проводят с прочими аффективными нарушениями, например, дистимией, а также биполярным аффективным расстройством. Последнюю болезнь особенно актуально дифференцировать у молодых пациентов.

Также проводится диагностика с такими психическими заболеваниями, как шизофрения, шизоактивное нарушение, деменция. Помимо этого, нужно различать депрессию с зависимостью от различных психотропных препаратов (которые принимались как нелегально, так и по назначению врача) и состояниями, которые проявились как результат неврологических или соматических болезней.

Если депрессия у младших школьников имеет психотическую симптоматику, помимо антидепрессантов назначают ЭСТ или нейролептики. Если у больного проявляются такие атипичные симптомы, как повышение аппетита с большой тягой к сладостям и пище, насыщенной углеводами, а также чувство тревоги, перепады в настроении, сонливость и нежелание принимать отказ - нужно прописывать либо лекарства, которые усилят серотонинергическую активность, либо ингибиторы моноаминооксидазы.

Депрессия, имеющая психотические признаки (галлюцинации, бред), может по содержанию как совпадать с депрессивными мотивами, так и не совпадать. У кататонических проявлений наблюдаются такие признаки, как негативизм, психомоторные проблемы, эхопраксия и эхолалия.

2.2 Лечение и профилактика депрессии у младших школьников

Для лечения депрессии у ребенка применяют современные антидепрессанты следующей группы - селективные ингибиторы, действующие с обратным серотониновым захватом. В эту группу входят такие лекарства: пароксетиновый, флуоксетиновый препараты, циталопрам, сертралиновое лекарство, эсциталопрам. Они оказывают успокаивающее и обезболивающее воздействие на организм, помогая одолевать навязчивые страхи и справляться с приступами паники.

Эффективность у этих лекарственных веществ не хуже, чем у препаратов прочих групп, и при этом риск проявления побочных реакций вследствие их приема гораздо ниже, если сравнивать с трициклическими антидепрессантами.

Депрессия у детей и подростков также лечится при помощи терапии когнитивно-поведенческого типа. Она помогает ребенку справляться с возникающими у него психологическими проблемами и отрицательными эмоциями, благодаря чему он гораздо легче адаптируется в социуме.

Среди заданий индивидуальной психотерапии - обучение школьника правильно выражать собственные эмоции, рассказывать о каких-либо травмирующих моментах и преодолевать эти трудности.

Если в семье есть какие-либо проблемы во взаимоотношениях между родственниками, а у родителей не получается отыскать общий язык со своим чадом, здесь может помочь семейная психотерапия.

В процессе лечения депрессии весьма эффективными могут быть флуоксетиновые антидепрессанты. Но при этом следует понимать, что может пройти 1-3 недели, пока ребенку станет лучше. В некоторых случаях для возникновения улучшений должно пройти даже по 6-8 недель.

Нужно следить за тем, что ребенок принимает лекарства именно так, как ему предписал врач. Если есть какие-либо сомнения или вопросы насчет приема препаратов или же спустя 3 недели после начала их приема не произошло никаких изменений к лучшему, нужно обсудить это с лечащим врачом.

Депрессия у младших школьников лечится при помощи витаминов (особенно эффективен витамин С), часто применяют вещества группы В, витамин Е и фолиевую кислоту.

Хороший противодепрессивный эффект имеет магний (в виде магнерота и Магне В6).

Среди лекарств, помогающих при депрессии, отмечают БАД «5-НТР Power», «Сиренити», а также «Вита-Триптофан». В них содержится 5 гидрокситриптофан, который улучшает процесс синтеза серотонина в организме. Препарат является медиатором хорошего настроения и работает в качестве нелекарственного антидепрессанта.

Еще одним антидепрессивным средством является Зверобой, в котором есть гиперицин, который улучшает продуцирование в организме гормонов хорошего настроения.

Депрессия у младших школьников может лечиться также при помощи различных витаминов. Следует рассмотреть подробнее, какова потребность в витаминах:

. Необходимо принимать до 2 г витамина С ежедневно. Причем это должна быть не аскорбиновая кислота, а натуральный продукт, в котором помимо витамина будут содержаться биофлаваноиды. Без этой добавки усвоение полезного вещества будет не настолько эффективным;

. Группа В-6 - витамины в виде пиридоксаль фосфата либо пиридоксина (дозы необходимо разделять, постепенно увеличивая размер);

. Витаминный комплекс, в котором содержатся марганец и цинк;

. Кальциевый комплекс, внутри которого вместе с кальцием имеются такие элементы, как цинк, бор, магний, хром и хелатная форма витамина D-3, так как в ней этот витамин лучше усваивается организмом;

. Таблетки, содержащие прессованную морскую капусту, йодированная соль, либо ламинарии.

Помимо этого, следует принимать поливитаминный комплекс, в котором, кроме всего прочего, есть и железо, предотвращающее развитие анемии. Также там содержится очень полезный витамин молибден, способствующий нормализации баланса при росте костей во время полового созревания.

Также младшим школьникам рекомендуется пить травяной чай с добавлением ложки меда - он оказывает успокаивающий эффект - и съедать на ночь экстракт валерианы (по 2 таблетки).

Профилактика, а также лечение детских депрессий находятся в прямой зависимости от того, в какой микросоциальной среде такие дети живут. Самое важное - это обстановка в коллективе (садик, школьный класс, внеклассные секции) и семье. При тяжелых случаях нужно обязательно обращаться к специалистам-психиатрам, но при слабовыраженной депрессии ее можно вылечить и за счет толерантного и внимательного отношения родителей. аффективный школьный депрессия детский

Это и является основным - правильное отношение к ребенку со стороны его взрослых родственников. Следует проявлять к нему участие, демонстрировать свою любовь, интересоваться его делами и переживаниями, принимать его черты характера и желания, т.е., ценить таким, какой он есть.

Такое поведение будет самым действенным лекарством, благодаря которому депрессия у детей не появится - они не будут чувствовать себя ненужными и одинокими. Следует отвлекать детей от грустных мыслей, принимать активное участие в их жизни, развивать их таланты и умения.

Чтобы не допустить развитие депрессии, необходимо научиться справляться со стрессами. Этому способствуют здоровый образ жизни, постоянные зарядки, правильный режим, как в работе, так и в отдыхе. Все это помогает справляться со стрессами и сохранять психическое равновесие.

Так же необходимо отметить, что депрессия у младших школьников, проявляющаяся в тяжелой форме, может стать причиной появления проблем с учебой, а также злоупотребления запрещенным психотропными препаратами. У многих подростков на фоне депрессии появляются суицидальные мысли.

Если лечение отсутствует, спустя полгода/год возможна ремиссия, но после нее часто случаются рецидивы. К тому же, за время депрессивного периода дети сильно отстают по учебе, теряют связь со своими друзьями и попадают в группу высокого риска по возможному злоупотреблению психотропными препаратами.

По прогнозу вероятность возвращения депрессии у подростка после первого эпизода является достаточно высокой:

% подростков впадают в депрессию уже спустя год;

% - спустя 2 года;

% переживают новую депрессию спустя 5 лет.

У 20-40% детей из-за депрессии развивается биполярное нарушение. В большинстве таких случаев в процессе лечения выявляется отягощенная наследственность, т.е., психическое расстройство было/есть у какого-то родственника.

Детям и подросткам, впавшим в депрессивное состояние, нужна забота, участливость и внимание со стороны родственников и близких. Не подвергайте чрезмерным нагрузкам их психику, чтобы не ухудшить положение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя, из всего вышесказанного можно сделать вывод:

Депрессией называют подавленное, угнетенное настроение, которое сопровождает почти каждое психическое нарушение.

В основном депрессия у детей появляется в случаях, когда мозгу приходится столкнуться с серьезной психологической проблемой, занимающей его настолько сильно, что у него не получается справляться с прочими делами, которым необходимо уделить внимание.

В таком положении проблема начинает поглощать все наличные психические ресурсы, из-за чего через некоторое время человек уже не сможет мыслить здраво и совершать адекватные поступки. Как итог - из-за нервного перенапряжения начинаются когнитивные, эмоциональные и т.д. проблемы, которые демонстрируют сбой в мозговой деятельности.

Таким образом, причины депрессии у младших школьников всегда связаны с внешними негативными факторами, чаще всего механизм запускается под влиянием проблем социально-психологического характера.

Иногда родители, чаще мать, проявляют к ребенку сверхопеку. Дети, которых чрезмерно опекают, в будущем плохо адаптируются в обществе и окружающем мире. Лишенные материнской поддержки, они не способны принимать решения и абсолютно беспомощные.

Дети из неполных семей страдают от недостатка родительской заботы, лишены возможности делиться проблемами, получать советы от обоих родителей. Ребенок сам вынужден нести груз своих проблем, который иногда оказывается непосильным.

Если ребенок живет в полной семье, но постоянно находится в конфликтной ситуации, то начитает думать, что его жизнь - обуза для родных, возможно, без него родителям было бы лучше, что все проблемы из-за него.

Частые переезды также не идут на пользу психике ребенка. Дети нуждаются в друзьях, которым они могут довериться, общаться. Если родители часто переезжают у ребенка длительное время не сформируется полноценный круг общения. Он будет ограждать себя от новых привязанностей, боясь вновь потерять друзей.

Многие дети впадают в депрессию из-за проблем в школе. Современная система образования перегружает детей, не все успешно справляются с учебным процессом. Плохие оценки формируют мнение одноклассников о ребенке, снижают самооценку, изолируют от сверстников.

В младшем школьном возрасте диагностировать депрессию не просто в силу психологических возрастных особенностей. Чаще всего депрессия констатируется по наличию соматических признаков и двигательных расстройств.

Симптомами депрессии могут быть: пассивность, заторможенность, вялость, апатия, тревожность. Характерными признаками депрессивности являются: нарушения сна, энурез, снестопатия и др.

В таком состоянии у детей наблюдается унылый слабый голос. У ребенка плохое настроение. Младшие школьники проявляют грубость, неуправляемость, неадекватность, агрессивность. При этом характерных для депрессии высказываний не наблюдается.

Повышенная утомляемость и слабость часто приводят к ухудшению успеваемости, снижению обучаемости и адаптации. Дети тратят больше времени на подготовку к урокам. Часто незрезультативно используют время. Часто болеют. Депрессивные состояния наблюдаются неделями и могут просто проходить сами по себе, но позже проявляться снова.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Александрова Л.А. Внутренний мир младшего школьника в контексте возрастно-ориентированного подхода в образовании // Психология образования в XXI веке: теория и практика. Волгоград: Издательство ВГСПУ «Перемена», 2011. - С. 152-155.

Александровский Ю. А. Глазами психиатра. - М., 2011. - 356 с.

Атаханов Р. Педагогическая психология: психология обучения. Учеб. пособие для студ. Специальностей «психология» и «педагогика и психология». - Тюмень: Изд-во Тюменского государственного университета, 2014. - 260 с.

Бардиер Г.Л., Никольская И.М. Что касается меня...: Сомнения и переживания младших школьников. - СПб.: Речь, 2011. - 203 с.

Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Просвещение, 2011. - 464 с.

Бойко В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь. - СПб.: Союз, 2012. - 160 с.

Голант М. Что делать, когда тот, кого вы любите в депрессии. Помоги себе - помоги другому. - М.: Изд-во института психотерапии, 2011. - 175 с.

Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе в контексте проблемы преемственности между дошкольным и школьным образованием // Психологическая наука и образование, 2010. - №3. - С.106-115.

Давыдов В.В. Младший школьник как субъект учебной деятельности // Вопросы психологии. 2012. - № 3. - С. 14-19.

Депрессия // Под ред. Пери А., Руксталис М. и др. Пер. с англ. - М., Мир, 2012. - 215 с.

Журавлев Д. Причины депрессии в школе // Народное образование. - 2012. №6 - С.182.

Иовчук Н. М. Психология эмоций. - М., 2011. - 333 с.

Иовчук Н.М., Северный А.А. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников // Психологическая наука и образование. 2012. - № 1. С. 121-128.

Крутецкий В.А. Психологические особенности младшего школьника: Хрестоматия по возрастной психологии; Под. ред. Д.И. Фельдштейна. - М., 2014. - 253 с.

Кулагина И.Ю. Развитие мотивации в младшем школьном возрасте // Психологическая наука и образование. - 2011. - №2. - С.102-109.

Мавлянова О.В. Особенности эмоциональной компетентности детей 7-9 лет с разными формами агрессии // Молодые ученые - столичному образованию. Материалы IX научно-практической межвузовской конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. - М., 2010. - С. 51-53.

Максимова Г.В. Психолого-педагогические предпосылки формирования чувства компетентности в младшем школьном возрасте // Психология образования в XXI веке: теория и практика. - Волгоград: Перемена, 2011. - 474 с.

Медведева А.А. К вопросу о дидактогенном неврозе // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского Серия «Философия. Культурология. Политология. Социология». - Том 23 (62). - 2010. - №1. - С. 167-171.

Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития. - М.: Академия, 2014. - 656 с.

Обухова Л.Ф. Возрастная психология. - Режим доступа. - http://uchebniki.ws/149903145274/psihologiya/mladshiy\_shkolnyy\_vozrast

Панфилова М.А. Эмоционально-поведенческая коррекция детей. - М.: Издательство МГСМУ, 2013. - 80 с.

Психологические особенности обучения в младшем школьном возрасте. - Режим доступа. - http://www.grandars.ru/college/psihologiya/obuchenie-mshv.html

Хухлаева О.В. Младший школьный возраст как основа формирования учебной активности ребенка // Вестник практической психологии образования. - 2011. - №2. - С.73-79.

Шапошникова А.Ф. Детская депрессия таится под маской / А.Ф. Шапошникова // Аутизм и нарушения развития, 2011. - №2. - С.44-48.

Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М. М. Либлинг. - М.: Издательство Московского университета, 2011. - 198 с.