

Особливості діагностики та психологічної допомоги дітям, які переживають депресію

Когут О. О.

Анотація. Стаття присвячена аналізу депресивних розладів у дитячому віці. Констатовано, що депресивні розлади передаються генетично, набуваються в конфліктних сім'ях, формуються після переживання дитиною травматичної ситуації. З метою висвітлення важливих аспектів виникнення, діагностики та профілактики депресивних розладів використані такі методи дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел, спостереження за пацієнтами, бесіда з дітьми, які переживають депресію, у процесі індивідуального консультування. З огляду на теоретичний аналіз та емпіричний досвід індивідуального консультування дітей, які пережили депресію, у статті виокремлено особливості діагностики депресії, засоби профілактики та психолого-фармакологічних інтервенцій. Доведено, що для вчасного надання дитині допомоги лікарі, психологи первинної ланки повинні вміти діагностувати симптоми депресії, відрізняти їх від соматичних захворювань, від манії та поведінкових розладів.

Ключові слова: депресія, психологічна травма, норадреналінова гіпотеза, антидепресанти, психічне здоров'я, депресивні епізоди, манія, поведінкові розлади, глюкокортикоїди.

Постановка проблеми

Надзвичайні стани, до яких призводять збройні конфлікти, стихійні лиха, пандемії, вплинули на формування значних і різноманітних психічних проблем. Не всі люди самостійно спроможні подолати надмірні страждання, спричинені травматичною подією. Особливо вразливою категорією осіб, яка страждає від дистресів, є діти — 5%, підлітки — 10%. Лише 20% дітей із психічними розладами, за показниками західних дослідників, вчасно отримують психологічну допомогу.

Серед важких реакцій на дистрес є депресивний розлад, який може призвести до серйозних порушень повсякденного функціонування людини. За даними ВООЗ, пережита депресія в молодому віці найсильніше впливає на якість життя дорослої людини. Депресію, яка не закінчувалася, за часів Фройда називали

меланхолією. Депресія — агресія спрямована на себе. У когнітивній психології депресія трактується як заучене безсилля та безпомічність. Відсутність якісної допомоги молоді та дітям, які переживають депресію, зумовлює формування девіантної поведінки, соціальної й академічної дезадаптації, зловживанню психоактивними речовинами, суїцидальності.

Метою нашої статті є висвітлення важливих аспектів виникнення, діагностики, профілактики депресивних розладів, надання вчасної психологічної допомоги дитині, що потерпає від депресії.

Викладення основного матеріалу дослідження

Уряд України у 2017 році затвердив документ «Концепція розвитку психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», який є національною стратегією напряму руху. Стратегіями підтримки психічного здоров'я є:

- превентивні заходи;
- вчасне виявлення психічних захворювань на етапі первинної ланки надання медичних послуг;
- реалізація психотерапевтичної допомоги дитині;
- надання ефективних і безпечних ліків;
- доказова база надання психотерапевтичної допомоги відповідно до протоколів надання допомоги дітям із депресіями.

ВООЗ зазначає, що «психічне здоров'я є невід'ємною частиною загального здоров'я особи та впливає на те, як ми відчуваємося, думаємо та поведимося. Воно також тісно пов'язане з фізичним здоров'ям. Психічне здоров'я — це не просто відсутність страждань чи захворювань, але і почуття добробуту та задоволення собою, здатність підтримувати стосунки, відчуття змістовної продуктивності та користі у громаді, а також вміння впоратися з повсякденним життєвими стресами» [4].

За дослідженнями ВООЗ, депресія в сучасному світі займає четверте місце серед інших захворювань, які утворюють умови непрацездатності людини. Люди з депресією переживають низку симптомів, до яких належать стійкий пригнічений настрій або відсутність інтересу та відчуття задоволення впродовж принаймні двох тижнів. Люди з депресією мають значні труднощі в повсякденному функціонуванні в таких сферах життя, як особиста, родина, соціальна, освітня, професійна та інші.

Багато людей із депресією також страждають від симптомів тривоги та симптомів фізичного аспекту здоров'я, що не можуть бути пояснені. А також слід бути пильними до додаткових симптомів упродовж принаймні двох тижнів:

- брак сил, втома;
- численні постійні симптоми порушення фізичного здоров'я без явної причини;
- порушення сну або надмірний сон;
- значні зміни в апетиті або вазі (набір або втрата ваги);
- переконання в нікчемності або надмірне відчуття провини;
- знижена концентрація уваги;
- помітна ажитація або фізичне занепокоєння;
- повільніша ніж зазвичай мова або рухи;
- нерішучість, відчуття безнадії;
- думки про суїцид або відповідні дії.

Щоб правильно встановити діагноз «депресія», слід виключити порушення фізичного здоров'я, історію манії в людини, нормотипову реакцію на втрату, яка сталася нещодавно. Також, встановлюючи діагноз «депресія», важливо звернути увагу на анемію, погане харчування, гіпотиреоз, зміни настрою через вживання психоактивних речовин і побічні реакції на медикаменти. ВООЗ рекомендує виключити наявність симптомів манії протягом одного тижня: підвищений настрій та / або гнівливість; зменшення потреби у сні; підвищення активності, відчуття збільшення енергії; підвищена балакучість або швидке мовлення; імпульсивна або необачна поведінка (наприклад, зависокі фінансові витрати); прийняття важливих рішень без попереднього планування; сексуальна нерозбірливість; втрата нормального соціального гальмування, що призводить до неприйнятної поведінки; легке відволікання; нереалістично підвищена самооцінка. Якщо ж означені симптоми є, то це, ймовірно, депресивний епізод при біполярному розладі.

ВООЗ рекомендує з'ясувати в потерпілого, чи переживав він горювання впродовж останніх шести місяців. Чи наявні такі симптоми, як суїцидальне мислення, переконаність у власній нікчемності, психотичні симптоми, повільніші ніж зазвичай мовлення та рухи. Важливо розуміти чи є в людини попередня історія депресій, провести

оцінку на наявність супутніх ПНПР-розладів згідно з «Головним алгоритмом» Керівництва mhGAP. У людей із депресією вищий ризик розвитку більшості інших пріоритетних ПНПР-розладів [4].

ВООЗ пропонує два протоколи лікування депресії: 1) депресія та 2) депресивний епізод при біполярному розладі.

За протоколом роботи з депресією рекомендовано:

- 1) провести психоосвітню роботу з особою та її доглядачами;
- 2) працювати над зниженням рівня стресу та посиленням соціальної підтримки;
- 3) посилити функціонування в повсякденній діяльності та в житті спільноти;
- 4) розглянути можливість призначення антидепресантів;
- 5) пройти психологічний курс міжособистісної терапії (МОТ), когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), поведінкової активації та консультиування за методом вирішення проблем;
- 6) регулярний подальший супровід.

Згідно із другим протоколом перед лікуванням депресивного епізоду при біполярному розладі необхідно проконсультуватися зі спеціалістом, дотримуватися порядку лікування депресії за попереднім протоколом, але не призначати антидепресанти без стабілізаторів настрою (літію, карбамазепіну або вальпроатів), оскільки антидепресанти можуть спричинити манію в людей із цим захворюванням.

Важливо пам'ятати, що психосоціальним втручанням у лікуванні депресії буде психоосвіта, як приклад, це можуть бути деякі ключові повідомлення для особи та її доглядачів. Адже часто до депресивних людей застосовується стигма з боку суспільства. Депресія — дуже поширений розлад, який може трапитися в будь-кого. Наявність депресії не означає, що людина слабка або ледача. Депресія — це не такий видимий розлад, як перелом або рана. Також існує помилкове уявлення про те, що люди з депресією з легкістю можуть контролювати свої симптоми силою волі. Проте часто вони мають нереалістично негативне ставлення до себе, свого життя та майбутнього. Їхня поточна ситуація може бути дуже складною, але депресія здатна спричинити невинуваті думки про безпорадність і нікчемність. Такі погляди зазвичай змінюються на краді з полегшенням симптомів депресії.

Поширеними для людей у стані депресії є також думки про самоушкодження або суїцид; у таких випадках їм варто поділитися

проблемою з особою, якій вони довіряють, та одразу ж звернутися за допомогою до фахівця. Якщо симптоми зберігаються або погіршуються, незважаючи на психосоціальні втручання, ВООЗ рекомендує призначення флуоксетину (але не інших селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або трициклічних антидепресантів (ТЦА)). Антидепресанти за наявності симптомів манії можуть посилити суїцидальне мислення, особливо в підлітків і молоді. Р. Сапольські [5] зазначає, що антидепресантів недостатньо, щоб вилікувати депресію.

Щодо психосоціальних інтервенцій, то необхідно провести оцінку стресогенних чинників і спробувати зменшити інтенсивність їхнього впливу. Задля активізації діяльності необхідно сприяти відновленню попередньої соціальної мережі людини. Необхідно виявити соціальну діяльність, якою людина займалася раніше та яка в разі відновлення потенційно буде джерелом прямої або непрямой психосоціальної підтримки. Важливу роль відіграє також заохочення людини знову почати (або продовжити) займатися діяльністю, яка раніше приносила задоволення, регулярно засинати та просинатися в один і той самий час, бути якомога активнішим (-ою) фізично, регулярно їсти, незважаючи на зміни апетиту, проводити час із друзями та членами родини, брати участь у заходах, які проводяться в її спільноті, або іншій соціальній діяльності.

Слід пам'ятати, що важка форма депресії, на думку Р. Сапольські, може легко виникнути повторно. Серед важких ознак глибинної депресії науковець [5] виокремлює такі:

- ангедонія (нездатність отримувати задоволення від життя);
- почуття провини та жалю;
- самоушкодження та суїцид;
- психомоторна загальмованість;
- вегетативна симптоматика (проблема зі сном, раннє пробудження; зниження апетиту; прискорений метаболізм; підвищений тонус м'язів).

Пояснюючи механізм виникнення депресії, Р. Сапольські запроваджує норадреналінову гіпотезу. На його думку, в утворенні депресії беруть участь норадреналін, глюкокортикоїди, ферменти, які переробляють і розщеплюють норадреналін. Якщо процес переробки норадреналіну порушений, елемент накопичується в синапсі і депресія припиняється. Норадреналін учений пов'язує з ангедонією, із центром

задоволення, дофаміном. Депресія, як вважає дослідник, виникає, коли людині занадто сумно, за наявності проблем гормонів щитовидної залози, за надмірного синтезу глюкокортикоїдів, коли людина думає про щось погане. У жінок частіше зустрічається глибока депресія (наприклад, післяродова). Стрес вражає рівень дофаміна, сприяє втраті самоконтролю. Якщо в дитинстві людина пережила важкі стресові ситуації, ризик до захворювання на депресію збільшується. Якщо до 10 років пережити сильну травму — людині гарантована депресія в подальшому житті. Вона ходить по краю вивченої безпомічності. Депресія частіше передається у спадок, тож виокремлюють ген важливий для утворення депресії. Функція гена депресії регулюється глюкокортикоїдом [5].

Значні втрати та стрес, що їх люди переживають під час гуманітарних надзвичайних станів, можуть призвести до горя, страху, провини, сорому та безнадії, підвищуючи ризик розвитку помірнього / важкого депресивного розладу. Утім, ці емоції також можуть бути нормальною реакцією на жорстокість, із якою людина зіткнулася нещодавно. Розглядати можливість того, що в особі є помірний / важкий депресивний розлад, який необхідно вести, потрібно тільки в тому випадку, якщо в неї є стійкі симптоми впродовж кількох тижнів, і вони призводять до значних труднощів із виконанням повсякденної роботи [6].

Особливості депресивних розладів у дітей

ВООЗ рекомендує дітям молодше 12 років не призначати антидепресантів, підліткам у віці 12–18 років — не розглядати антидепресанти як лікування першої лінії. Спочатку варто запропонувати психосоціальні втручання. Дорослим: якщо в особі є супутнє соматичне захворювання, яке може нагадувати депресивний розлад, радять спочатку лікувати саме це захворювання. Антидепресанти рекомендовано назначати, якщо депресивний розлад не покращується після лікування супутнього соматичного захворювання. Якщо вищеозначені симптоми є реакцією на вагому втрату, також не радять призначати антидепресанти [4].

Великий депресивний розлад найпростіше діагностувати в дітей у фазі загострення хвороби. Він виникає без попередніх психічних симптомів. Часто початок є підступним, і розлад проявляється в дитини, яка перенесла труднощі, пов'язані з гіперактивністю, тривожним розладом, втратою або періодичними симптомами депресії.

Великий депресивний епізод у препубертатному віці, ймовірно, проявляється через соматичні скарги, психомоторне збудження та відповідні настрою галюцинації. Ангедонія також часто трапляється в дитячому віці, але ангедонія, як і безвихідь, психомоторна відсталість і марення частіше зустрічаються в підлітків і дорослих із депресивними епізодами, ніж у маленьких дітей. У дорослих більше проблем зі сном і апетитом. У підлітковому віці з депресивними розладами частіше спостерігається негативістська чи асоціальна поведінка, вживання алкоголю, психоактивних речовин. Підлітки у стані депресії проявляють неспокій, дратівливість, агресивність, небажання співпрацювати в сім'ї, вони не беруть активної участі в соціальній діяльності й ізолюються від однолітків, мають шкільні труднощі, не приділяють увагу особистій зовнішності, виявляють підвищену чутливість до неприйняття однолітками та в романтичних стосунках. Діти можуть легко повідомляти про свої емоції, стосунки та труднощі психосоціальних функцій. Клініцисти повинні вміти відрізнити депресивний розлад у підлітка від реакції на фрустрацію. Депресія в дітей і підлітків може починатися із тривалих розладів настрою. Розлади настрою мають тенденцію бути хронічними, якщо вони починаються рано, особливо в сім'ях, де вживають алкоголь.

Функціональні порушення, пов'язані з депресивним розладом у дитинстві, поширюються практично на всі сфери психосоціального світу дитини; на успішність і поведінку в школі, на сімейні стосунки.

У дітей із депресією виникають труднощі в когнітивній сфері: поєднання труднощів зосередження, сповільненого мислення, відсутність інтересу та мотивації, втома, сонливість, депресивні роздуми та занепокоєння. Діти та підлітки з важкими формами великого депресивного розладу можуть мати галюцинації або марення. Також спеціалісти радять відрізнити галюцинації (наприклад, голоси розмови та голос коментування), які є специфічними для шизофренії. Депресивні галюцинації зазвичай складаються з одного голосу, який розмовляє з людиною зневажливо, має часто суїцидальний зміст.

Депресивні марення дітей зосереджені на темах провини, фізичної хвороби, смерті, нігілізмі, заслуженому покаранні, особистої неадекватності, переслідування. Ці марення рідко зустрічаються в препубертатному віці, ймовірно, через когнітивну незрілість, але присутні приблизно в половини психотично депресивних підлітків. Вживання алкоголю або наркотиків може ускладнити підліткову депресію.

У дітей і підлітків стійкий депресивний розлад (дистимія) складається з пригніченого або дратівливого настрою протягом більшої частини дня, протягом принаймні одного року. У DSM-5 зазначається, що в дітей і підлітків дратівливий настрій може замінити критерій депресивного настрою для дорослих і що критерієм тривалості є не два роки, а один рік. Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5, два або більше з наступних симптомів повинні супроводжувати депресивний або дратівливий настрій: низька самооцінка, безнадія, поганий апетит або переїдання, безсоння або гіперсомнія, низька енергія або втома, погана концентрація або труднощі прийняття рішень. Протягом року захворювання ці симптоми не зникають більше двох місяців. Окрім того, діагностичні критерії дистимічного розладу визначають, що протягом першого року не виникає великого депресивного епізоду. Щоб відповідати діагностичним критеріям DSM-5 для стійкого депресивного розладу, дитина не повинна мати в анамнезі маніакального або гіпоманіакального епізоду. Стійкий депресивний розлад також не діагностується, якщо симптоми виникають виключно під час хронічного психотичного розладу або якщо вони є прямим впливом речовини чи загального захворювання. DSM-5 надає специфікатори для раннього початку (до 21 року) або пізнього початку (після 21 року). Дитина або підліток зі стійким депресивним розладом, можливо, мала великий депресивний епізод до розвитку стійкого депресивного розладу; однак це набагато частіше зустрічається в дитини зі стійким депресивним розладом, що продовжується більше одного року для розвитку одночасного епізоду великої депресії. У цьому випадку застосовуються обидва депресивні діагнози (подвійна депресія). Відомо, що стійкий депресивний розлад у молодості має середній вік початку. Це на кілька років раніше, ніж типовий початок великого депресивного розладу. Інколи молоді люди відповідають критеріям стійкого депресивного розладу, за винятком, якщо їх епізод не триває цілий рік або вони відчувають ремісію від симптомів більше двох місяців. Ці прояви настрою в молодості можуть передбачити додаткові епізоди розладу настрою в майбутньому [3].

Сучасні науковці припускають, що, чим триваліший, більш повторюваний і не пов'язаний із соціальним стресом епізод, тим вище ймовірність майбутнього серйозного розладу настрою. Коли незначні депресивні епізоди слідує за значною стресовою подією в житті, менше, ніж три місяці, швидше за все, це розлад адаптації.

Втрата — це стан скорботи, пов'язаний зі смертю близької людини, який супроводжується накладанням симптомів, характерних для

великого депресивного епізоду. Типові депресивні симптоми, пов'язані з важкою втратою, включають почуття смутку, безсоння, зниження апетиту та в деяких випадках втрату ваги. Скорботні діти можуть замкнутися, виглядати сумними й уникати навіть своїх улюблених занять. У DSM-5 втрата не є психічним розладом; однак неускладнена втрата є станом, який може бути в центрі клінічної уваги. Діти під час типового періоду втрати близьких також можуть відповідати критеріям великого депресивного розладу. Симптоми, які вказують на великий депресивний розлад і перевищують типову втрату, включають: інтенсивне почуття провини, пов'язане з проблемами, що не пов'язані зі смертю близької людини; стурбованість смертю, окрім думок про смерть; думки про те, щоб бути з померлою людиною; хворобливе почуття нікчемності; виражена психомоторна відсталість; тривалі важкі функціональні порушення та галюцинації, окрім тимчасового сприйняття голосу померлої людини. Тривалість тяжкої втрати різна; у дітей вона може частково залежати від наявної системи підтримки. Наприклад, дитина може відчувати себе спустошеною та покинутою, якщо їй доводиться покинути свій дім після смерті одного з батьків. Діти, які втрачають близьких, можуть відчувати почуття провини за те, що смерть могла настати через те, що вони були «поганими» або не працювали так, як очікувалося.

Діагностика та психотерапія дитячої депресії

Для діагностики дитячої депресії застосовують тестову методiku «Scale-Revised (CDRS-R)» — це інструмент із 17 пунктів, яким керує клініцист. Окремо для батьків і дитини або підлітка клініцист виставляє оцінку для кожного елемента, використовуючи інформацію як від батьків, так і від дитини. За шкалою оцінюються афективні, соматичні, когнітивні та психомоторні симптоми. Так, 40 балів є маркером помірної депресії, а 45 балів або вище — значної депресії. Тривожні симптоми та розлади часто співіснують з депресивними розладами. Особливе значення в диференційній діагностиці полягає в розрізненні ажитативного депресивного або маніакального епізодів і СДУГ, за яких спостерігається постійна надмірна активність і неспокій. Діти препубертатного віку зазвичай не виявляють класичних формзбудження при депресії, натомість спостерігається непосидючість, дратівливість, часті істерики. Іноді правильний діагноз стає очевидним лише після ремісії депресивного епізоду.

Протікання великої депресії в молодому віці залежать від тяжкості хвороби, від швидкості втручань і ступеня відповіді на втручання.

Загалом 90% молоді одужують після першого епізоду великого депресивного розладу середнього або важкого ступеня протягом 1–2 років. Чим раніше починається депресія, тим вище рецидив кількох епізодів. Діти з депресією, які живуть у сім'ях із високим рівнем хронічного конфлікту, мають більше шансів на рецидиви. Молоді люди з великою депресією мають більший ризик розвитку майбутнього біполярного розладу, порівняно з дорослими. Ризик самогубств, на які припадає близько 12% смертності підлітків, значний серед тінейджерів із депресивними розладами.

Депресію в дітей лікують за техаським проектом алгоритму лікування дітей (ТМАР). Означений протокол включає психонавчання та підтримку, втручання для молоді з легкими формами депресії, для молоді з помірною та важкою формами депресії, із порушенням з активними суїцидальними думками чи поведінкою, психозами, включає фармакотерапію, КПТ, міжособистісну терапію (ІРТ) для помірної депресії [1; 2; 6].

Ми повинні оцінити суїцидальні думки, поведінку та суїцидальний анамнез поведінки кожної дитини чи підлітка з великою депресією. Довгостроковий КПТ ефективний у лікуванні депресії та має перевагу пом'якшення суїцидальної думки. Міжособистісна психотерапія (ІРТ) зосереджена на покращенні депресії за допомогою обговорення тем про те, як вона заважає міжособистісним стосункам і спрямована на подолання цих викликів. Основні модулі PCIT — Child-Directed Interaction (CDI), взаємодія, керована батьками (PDI). Ці модулі спрямовані на зміцнення стосунків між батьками та дітьми й навчають батьків техніці позитивної гри, також надавати ефективні вказівки дитині та реагувати на руйнівну поведінку твердо, але не карально.

У комплексі депресивних розладів варто зважати також на виявлення суїцидальних сценаріїв.

Суїцидальні думки виникають у всіх вікових групах і найбільш часто в дітей і підлітків із важкими розладами настрою. Більше 12 тисяч дітей і підлітків щороку госпіталізують у Сполучених Штатах через суїцидальні загрози або поведінку. Але завершене самогубство рідко зустрічається в дітей молодшого віку. Завершені самогубства трапляються приблизно в п'ять разів частіше у підлітків-хлопців, ніж у дівчат, хоча серед них рівень спроб суїциду принаймні втричі вищий, ніж серед хлопців.

Діалектична поведінкова терапія (DBT), тривале поведінкове втручання корисні для окремих осіб або групи пацієнтів можуть зменшити суїцидальну поведінку в дорослих [2], але невідомо, як у

підлітків. Відчуття безнадії, імпульсивність, періодичне вживання психоактивних речовин та історія агресивної поведінки асоціюється з підвищеним ризиком самогубства. Вплив насильницьких дій і насильство в сім'ях призводить до широкого спектру психопатологічних симптомів. Агресивна, саморуйнівна та суїцидальна поведінка, схоже, виникає найчастіше серед молоді, яка пережила хронічний стрес у родині. Найбільш значущим сімейним фактором ризику суїцидальної поведінки є погане поводження, включає фізичне та сексуальне насильство й нехтування дитиною. Молодь, схильна до ризику суїциду, має поведінку, що включає тих, хто відчуває себе відірваним, ізольованим або відчуженим від однолітків. Сексуальна орієнтація є фактором ризику, що підвищує рівень суїцидальної поведінки від двох до шести разів серед молоді, яка ідентифікує себе як геї, лесбійки.

Висновки

Механізми виникнення депресії у світовій науці ще обговорюються дослідниками і є відкритим питанням, на яке ще шукають відповіді.

Найбільш популярною серед гіпотез, які пояснюють причини виникнення депресії, є норадреналінова гіпотеза, запропонована ендокринологом Р. Сапольські. Згідно з цією гіпотезою депресія корелює з такою хворобою, як цукровий діабет другого типу, а також передається генетично, регулюється глюкокортикоїдами.

Водночас депресія виникає внаслідок переживання сильної травматичної події, з якою людина, і зокрема дитина, самотужки не може впоратися. Щоб надати вчасно допомогу дитині, лікарі, психологи первинної ланки повинні вміти діагностувати симптоми депресії в дітей, відрізнити їх від соматичних захворювань, від манії та поведінкових розладів.

Список використаної літератури

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry / ed. Robert Joseph Boland, Marcia L. Verduin; consulting ed. Pedro Ruiz; editorial assistant Arya Shah. 12th edition, 2022. Wolters Kluwer, Philadelphia. 1200 p.
2. Групова міжособистісна терапія (МОТ) при депресії. URL: http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en
3. Здорове мислення. URL: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en

4. Інструменти mhGAP для громади. Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я ВООЗ (mhGAP). URL: <http://apps.who.int/iris>
5. Лекція Роберта Сапольські «Депресія». URL: https://www.youtube.com/watch?v=_UtA0dwGoUQ&feature=youtu.be
6. Управління проблемами Плюс. URL: http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

References

1. Kaplan & Sadock's *Synopsis of psychiatry* / ed. Robert Joseph Boland, Marcia L. Verduin; consulting ed. Pedro Ruiz; editorial assistant Arya Shah. 12th edition, 2022. Wolters Kluwer, Philadelphia. 1200 p.
2. Hrupova mizhosobystisna terapiya (MOT) pry depresiyi [Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression]. URL: http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en [in Ukrainian]
3. Zdorove myslennya [Thinking Healthy]. URL: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en [in Ukrainian]
4. Instrumenty mhGAP dlya hromady. Prohrama diy iz podolannya prohalyn u sferi psyhichnoho zdorov'ya VOOZ (mhGAP) [mhGAP tools for the community. WHO Mental Health Gaps Action Program (mhGAP)]. URL: <http://apps.who.int/iris> [in Ukrainian]
5. Lektsiia Roberta Sapolski "Depresiiia" [Robert Sapolsky's lecture "Depression"]. URL: https://www.youtube.com/watch?v=_UtA0dwGoUQ&feature=youtu.be [in Ukrainian]
6. Upravlinnya problemamy Plyus [Problem Management Plus]. URL: http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/ [in Ukrainian]

O. O. Kohut

Features of diagnostics and psychological assistance for children, who are experiencing depression

Abstract. The article is devoted to the analysis of depressive disorders in childhood. The author stated that depressive disorders are transmitted

genetically, are acquired in conflict families, and are formed after a child experiences a traumatic situation. The purpose of the article is to highlight important aspects of the diagnosis, prevention, and provision of timely psychological help to a child suffering from depression. The following research methods were used: theoretical analysis of scientific sources, observation of patients, conversation with children experiencing depression in the process of individual counseling. Based on the theoretical analysis and empirical experience of individual counseling of children who have experienced depression, the article highlights the causes of depression, features of depression diagnosis, means of prevention and psychological and pharmacological interventions. It has been proven that in order to provide timely help to a child, primary care doctors and psychologists must be able to diagnose symptoms of depression, distinguish them from somatic diseases, from mania and behavioral disorders.

Key words: depression, psychological trauma, norepinephrine hypothesis, antidepressants, mental health, depressive episodes, mania, behavioral disorders, glucocorticoids.

Когут Олександра Олександрівна,

доктор психологічних наук, доцент

доцент кафедри загальної та вікової психології

Криворізький державний педагогічний університет

Кривий Ріг, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0116-2274>

Aleksandra13-76@ukr.net