Система психотерапевтичної корекції депресивних епізодів включала когнітивно-біхевіоральну психотерапію за А. Беком (Бек, А., Раш А., 2003), сімейну психотерапію (Е. Г. Ейдемілер, В. В. Юстицький, 2007) та арт-терапію (Болл Б., 2001). Вказаний психотерапевтичний комплекс дозволяв максимально оптимізувати потенційні можливості хворого щодо подолання хвороби, сприяти складанню сприятливих мікросоціальних обставин та подолати емоційне перевантаження пацієнта завдяки використанню найбільш щадних заходів та надавав можливість працювати з думками і почуттями, які здаються непереборними.

Розроблена система персоніфікованої терапії свідчить про її високу ефективність: видужання та значне поліпшення спостерігалось у 73,64 % хворих, поліпшення — у 23,63 % і лише у 2,73 % хворих динаміка була незначною.

УДК 616.895.4-07:362.141

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю., Теренковський Д. І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги

В Україні, як і в багатьох країнах світу, відзначається зростання депресивних розладів. Спостерігається не тільки вагоме збільшення загальної кількості пацієнтів з депресією, але й значне «омолодження» цього захворювання. За результатами досліджень, розповсюдженість протягом життя депресивних розладів становить 20,8 %. Пік захворюваності припадає на найбільш працездатний вік між 20 і 40 роками, що призводить до серйозних негативних соціальних і економічних наслідків (W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al., 2012; Н. О. Марута, 2012). Оцінка ефективності терапії депресивних розладів свідчить, що одужання або настання стійкої ремісії відзначається лише у 33 % хворих, у той час як у 55 % спостерігаються рецидиви депресивних епізодів, а ще у 12 % — триває роками і навіть десятиріччями (Gorman J. M., Sloan R. P., 2000; F. Jacobi, S. Rosi, C. Faravelly et al., 2005; Підкоритов, В. С., 2010).

Встановлено, що причиною низької ефективності терапії та реабілітації депресивних розладів є клінічна гетерогенність психопатологічних феноменів, патоморфоз під впливом соціально-стресових факторів, недостатня обізнаність лікарів загальної практики в проблемі діагностики цієї патології, відсутність спостереження на різних етапах надання допомоги.

З метою поліпшення діагностики депресивних розладів обстежено 110 хворих на депресивні розлади (F32.0 — F32.2) різного ступеня важкості (в межах виконання НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації»). Дослідження мало комплексний характер та включало застосування клініко-психопатологічного методу; психометричних шкал (Шкала Гамільтона — HDRS, Шкала депресій центру епідеміологічних досліджень — CES-D, Шкала загального клінічного враження — Clinical Global Impression Scale, CGI), психодіагностичного методу (методика E. Heim для визначення провідних копінг-стратегій, методика «Семантичний диференціал часу», «Самоактуалізаційний тест»), а також методи математичної статистики. На ґрунті аналізу результатів комплексного дослідження були встановлені діагностичні критерії депресивних епізодів.

Діагностика депресивних розладів має починатися вже на етапі первинної медичної допомоги та спиратися на особливості клінічної картини депресивних епізодів, що мають специфічну синдромальну структуру та включають афективні, мотиваційно-вольові, когнітивні, психомоторні та соматичні прояви, як-от порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата маси тіла, зниження статевого потягу), вітального тонусу функцій (фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії), неприємні тілесні відчуття та вісцеральні симптоми.

На етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги діагностику депресивних розладів треба проводити з урахуванням не лише особливостей клінічної картини, а й перебігу захворювання, важкості розладу та факторів, що впливають на важкість перебігу депресивного розладу. Зокрема, «тяжкий ступень» розладу характеризується переважанням в клінічній картині добових коливань стану, параноїдних симптомів, соматичних симптомів, психомоторних проявів та відсутністю критичності до свого стану. У разі «помірного ступеня» розладу в структурі клінічної картини переважають суїцидальні наміри, пізня інсомнія та збереження критичності до свого стану. «Легкий ступень» розладу не має в клінічній картині психічної та соматичної тривоги, втрати маси тіла за анамнезом, генітальних симптомів (втрата лібідо, менструальні порушення) та психомоторних проявів.

На третинному етапі медичної допомоги, крім вищезазначених аспектів, треба враховувати психологічні фактори, як-от копінг-стратегії, особливості суб'єктивного сприйняття індивідуального часу та показники самоактуалізації, які мають велике значення у формуванні, перебігу та виходу депресивних епізодів. Зокрема, у цієї групи хворих переважають копінг-стратегії з використанням дезадаптивних копінгів, як-от «розгубленість», «пасивна кооперація» та «відступ». Структура суб'єктивного сприйняття індивідуального часу характеризується негативним сприйняттям теперішнього та майбутнього. Оцінка показників самоактуалізації свідчить про зниження власної відповідальності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зниження потреби у спілкуванні та діяльності.

Діагностику депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги треба проводити з урахуванням вищезазначених критеріїв.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Матковська Т. М. Мітельов Д. А., Бєляєва О. Е.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»(м. Харків)

До проблеми діагностики тривожних розладів у дітей

Робота присвячена принципово новій оригінальній технології діагностики та диференціації тривожних розладів у дітей. Більшість наукових оглядів визначають тривожні розлади як найбільш поширений клас психопатологічних розладів, що стаються в дитинстві. Відомо, що тривога досить інтенсивно й тривало впливає на дитину, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, призводить до порушення поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації її психіки. На теперішній час існує чимало формалізованих методів діагностики тривоги у дітей та підлітків. Однак жоден з них не дозволяє розглядати ці феномени як багатовимірні психічні утворення, виявляючи не лише афективні, а й інші компоненти, які відіграють важливу роль в діагностиці психічної дезадаптації. Відсутність єдиного психодіагностичного підходу до оцінки дитячої тривожності, заснованого на принципах і специфіці періодизації

вікового розвитку, значною мірою ускладнює можливість об'єктивного динамічного спостереження досліджуваних феноменів і зумовлює диференціально-діагностичні труднощі тривожних розладів.

Мета дослідження: розробити інноваційну модель діагностики тривожних розладів у дітей.

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Застосовували клініко-психопатологічний метод, психодіагностичні методики: опитувальник CDRS-R для оцінки депресії, методику багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ), структуроване психологічне інтерв'ювання; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90; шкалу особистісної (ОТ) та реактивної тривоги (РТ) Спілбергера; проективні малюнкові тести («Тест на вміння адаптуватися до критичних ситуацій»). Дослідження церебральної нейродинаміки здійснювали на ґрунті багатовимірного лінійного та нелінійного аналізу ЕЕГ, обчислення індексу варіабельності серцевого ритму (ВСР).

Діти з тривожними розладами характеризувалися наявністю високого рівня ОТ та РТ. В структурі тривожності превалювали високі показники за шкалою загальної тривожності. За неусвідомлюваними складовими емоційного стану хворих виявлено різноманітний спектр фрустрованих потреб із переважанням фрустрації потреби в емоційному прийнятті у хлопців та схильності до психологічної відстороненості в дівчат. Типологія тривожного розладу хворих залежала від віку: у дітей 7—11 років визначався конституціонально-невропатичний варіант, у підлітків 12 років і старше — тимопатичний варіант.

Розроблено й апробовано альтернативний метод діагностики тривоги у дітей, що базується на визначенні інтенсивності симптомів тривоги і депресії, інтеграції інформації, отриманої в проективних малюнкових тестах, та показниках індексу тривоги за даними енцефалографії (ВСР). Запропонований «Коефіцієнт вираженості показників тривоги та депресії», що розраховують як суму балів за тестом депресії CDRS-R, рівнем тривоги за даними проективних тестів, та індексу тривоги ВСР. За наявності показника депресії 55—65 балів за тестом CDRS-R, показників тривоги (від 1 до 5 балів) за даними проективних тестів 0,2 бали та нижче за індексом тривоги ВСР — рівень тривоги розцінюють як субклінічний. За наявності 65—74 балів та більше за тестом CDRS-R, показників тривоги — 6 балів та більше, індексу тривоги (ЕЕГ ВСР) понад 0,3 бали (середнє значення — 0,45 бали) діагностують тривожний депресивний розлад.

Можливість визначення інформативних маркерів ризику формування тривожно-депресивного розладу у дітей дає змогу прогнозувати несприятливий тип перебігу хвороби, забезпечити своєчасне диференційоване лікування і вторинну профілактику тривожних розладів.

УДК 575.1:616.89-008.44-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Багацька Н. В., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Глотка Л. І.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»(м. Харків)

Клініко-генетичний аспект тривожно-фобічних розладів у дітей у контексті первинної та вторинної профілактики

В літературі широко обговорюють питання про розповсюдженість тривожних розладів у дитячому та підлітковому віці, а також про роль різноманітних чинників (спадкової схильності, стресових ситуацій, особливостей сімейного функціонування) у їх виникненні (Smoller J., 2015). Аналіз сучасної літератури свідчить про те, що на сьогодні висувається концепція про роль одного з механізмів соматичної мозаїчності — активації руху мобільних генетичних елементів в патоґенезі психічних розладів і вважається, що однією з основних причин дестабілізації геному, змін в системі для підтримання стабільності геному є група РНК-редагуючих білків AID/APOBEC (С. В. Тощаков та ін., 2013). В контексті профілактики важливо виявлення сімейної концентрації психопатологічних симптомів тривоги і внеску середовищних чинників у формування тривожно-фобічних розладів в дитячому та підлітковому віці.

Мета — дослідити внесок спадкового і середовищного компонентів у формування тривожно-фобічних розладів у дітей.

Дослідження за допомогою психопатологічного, генеалогічного та цитогенетичного методів проведено у 50 дітей із тривожно-фобічними розладами, які були обстежені в ДУ «ІОЗДП НАМН». Групу порівняння склали 75 умовно здорових однолітків, що не мали тяжкої мультифакторної патології. Збирання родоводів проводили за П. Харпером.

Клінічні особливості емоційного стану дітей з тривожними розладами характеризуються психологічними феноменами — розгубленість, образа, розчарування, які стають фундаментом і підґрунтям невротичного реагування. Варіанти уникаючої поведінки у дітей в подальшому випливають з симптомів тривожно-фобічних розладів, типології емоційних переживань травматичної події і тривалого психотравмуючого невирішеного конфлікту. Наявність вегетативних порушень в структурі тривожного розладу у підлітків з включенням пароксизмальних станів (тахікардія, запаморочення, задишка, панічні атаки) сприяють імпринтингу невротичних проявів та ранньої соматизації. У хворих дітей з тривожно-фобічними розладами визначено сімейне накопичення мультифакторних захворювань. Внесок генетичного компонента в схильність щодо тривожно-фобічних розладів складає 23,2 %, а середовищного — 76,8 %. Спонтанний рівень хромосомних аберацій у лімфоцитах крові хворих обох статей із тривожно-фобічними розладами перевищує частоту хромосомних аберацій здорових дітей в 4,6 рази. Для забезпечення профілактики ризику розвитку тривожно-фобічних розладів у дитини на наступних етапах онтоґенезу пропонується використання двох препаратів: цитофлавіну в поєднанні з фолієвої кислотою. Сполучення цих препаратів забезпечує поліпшення когнітивного функціонування, регрес симптомів тривожності та депресії, попереджує виникнення рецидивів в найближчому та віддаленому майбутньому. Ці комплекси можна використовувати з профілактичною та терапевтичною метою. Запропонований комплекс з найменшим фармакобіологічним навантаженням сприятиме покращенню ментальних функцій, ліквідації когнітивних викривлень, поліпшенню психосоціальної адаптивності та стабілізації генома хворої дитини.

Отже, проведені дослідження свідчать про значний внесок середовищних чинників у формування тривожних розладів у дітей. Визначення підвищеного рівня хромосомних порушень у хворих із тривожно-фобічними розладами диктує необхідність проведення специфічних профілактичних заходів.