

расстройств с тягостно-устрашающими сновидениями того же характера, эмоциональной «притупленности» в сочетании с явлениями раздражительной слабости, своеобразием клинических моделей расстройств сексуальности. Эта симптоматика наблюдалась на фоне сложного астенического симптомокомплекса с компонентами психогенной и физиогенной астении и депрессивными, ипохондрическими, обсессивно-компульсивными включениями.

Наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной была клиника ПТСР в Луганской области. Наименее тяжелой и прогностически благоприятной была клиника ПТСР в Закарпатской области — тенденция взаимной компенсации между группами резидент — мигрант. Харьковская область занимала промежуточное положение.

Нами разработана система медико-психологической коррекции. Система включает на начальных этапах патогенетическую индивидуальную рациональную и директивно-групповую психотерапию, симптоматическую суггестивную и тренинговую психотерапию с переходом в последующих этапах на недирективную групповую. В случаях особо массивной психогении методом выбора должна быть эмоционально-стрессовая психотерапия или наркопсихотерапия. Конечным поддерживающим этапом является создание самоуправляющихся психотерапевтических групп без участия терапевта. Полученные данные свидетельствуют, что эффективный метод, приводящий к устойчивой компенсации больных с ПТСР.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

К ПРОБЛЕМЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ 7—11 ЛЕТ

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров,
Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, О. В. Федкевич*
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессия, диагностика, клиника, психологические особенности, дети 7—11 лет

Депрессия у детей в последние десятилетия стала чаще диагностироваться зарубежными и отечественными психиатрами. В целом о частоте депрессии трудно судить, так как диагноз зависит и от контингента обследуемых детей, и от нестандартности диагностического подхода. Стандартизованные диагностические процедуры, признанные в мире, недостаточно используются в отечественной психиатрии. По данным И. А. Марценковского (2010) 14—22 % детей до 12 лет имеют признаки депрессии.

Целью исследования явилась разработка концепции диагностики депрессии у детей 7—11 лет. Были обследованы 43 ребенка с депрессией. Дизайн исследования включал: клинко-психопатологический метод, диагностический метод M.I.N.I-KID, патопсихологические методы (структурированное психологическое интервьюирование, опросник депрессии CDRS-R, характерологический опросник Шмишека, тест ММД, Люшера, тест на запоминание 10 слов, таблицы Платонова — Шульте). Исследованы церебральная нейродинамика (на основе многомерного линейного и нелинейного анализа ЭЭГ) и нейрогормональные показатели — серотонин, 5-ОИУК, мелатонин.

Выделены основные симптомы, маскирующие депрессию у детей 7—11 лет: соматические симптомы, школьные фобии, коммуникативные затруднения, академическая неуспеваемость, девиантное поведение. Кластерный анализ симптомокомплексов депрессии позволил определить ее типологию в возрастном аспекте: поведенческий, соматический, тревожный, плаксивый и реже, апатический, псевдо-неврологический, псевдоэпилептический варианты.

Определены основные психологические корреляты депрессии у детей. Уровень депрессии у большинства детей по шкале CDRS-R соответствовал 65—74 баллам. По данным теста Тулуз-Пьерона обнаружено, что у 76 % обследуемых детей скорость выполнения теста находится в зоне патологии при нормальной точности его выполнения. У всех детей отмечено нарушение памяти, внимания, нарушение

работоспособности по неустойчивому типу. У 50 % детей обнаружен эффект интерференции, что свидетельствует о нарушении функциональной связи памяти. Диагностирована полиакцентуация характера (от двух до четырех и более типов акцентуации характера). По сравнению с популяционными данными чаще встречается дистимический тип акцентуации. У детей с депрессией определена выраженная сензитивность и мечтательность в эмоциональном состоянии. Анализ данных ЭЭГ свидетельствует о колебании уровня неспецифической стволовой системы, частичном блоке активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня, что приводит к снижению тонуса коры головного мозга. Обнаружен разнонаправленный характер нейрогормональных изменений, требующий продолжения исследований в данном направлении. Разработан методологический подход к диагностике депрессии у детей 7—11 лет.

УДК 616.89-008.447-053.6

РОЛЬ НОВИХ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Д. А. Мителев,
Т. М. Матковська, В. С. Кудь, О. П. Ісаєва,
Я. В. Беспалова, Н. О. Шаповалова*
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Ключові слова: девіантна поведінка, підлітки, реабілітація

Існуюча система психопрофілактики девіантної поведінки на сучасному етапі не дозволяє здійснити своєчасну інтегральну оцінку девіантної поведінки у підлітків, диференціювати клінічні та неклінічні її варіанти, що негативно відбивається на ефективності програм медико-психологічного супроводу.

Мета дослідження — визначити структуру девіантної поведінки у підлітків з невротичними розладами (НР), фактори ризику їх формування та на їх підставі розробити технологію медико-соціальної допомоги.

В ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена удосконалена технологія психопрофілактики девіантної поведінки, яка включає: діагностичний модуль (клініко-психопатологічний метод, структуроване діагностичне інтерв'ю з визначенням реєстру девіантної поведінки та структури дозвілля; психологічні тести — опитувальник Ч. Спілбергера для діагностики тривожності, рівня пізнавальної активності, негативних емоційних переживань, опитувальник Ч. Спілбергера для оцінювання агресії у підлітків (агресія як стан, як межа, як властивість темпераменту, як реакція, аутоагресія, гетероагресія і контроль агресії); методика О. Б. Фанталової — «Рівень співвідношення «цінностей» та «доступності» у різних життєвих сферах», скринінг-тест Л. М. Юр'євої і Т. Ю. Більбот для діагностики комп'ютерної залежності. Діагностичний модуль дозволяє визначити реєстр поведінкових девіацій та зон-мішеней. Корекційний модуль — забезпечує диференційоване медико-психологічне та психотерапевтичне втручання.

Під час комплексного медико-психологічного обстеження 400 підлітків з НР була визначена структура девіантної поведінки, що представлена агресивною поведінкою (72,5 %), аутоагресією (5,4 %), характерологічними та патохарактерологічними реакціями (91,6 %), надцінними психологічними захопленнями (21,0 %) у вигляді ігроманії, комп'ютерної залежності, зловживання речовинами, що впливають на психічну діяльність (тютюнопаління — 71,0 %, алкоголь — 7,2 %), аномалій сексуальної поведінки (27,5 %), аморальної поведінки (63,0 %). Визначено фактори, що детермінують ризик розвитку девіантної поведінки у підлітків з НР: високий рівень емансипації, внутрішньоособистісні суперечності у зв'язку з вираженою агресією і відсутністю гнучкості, психологічна схильність до делінквентності, конфліктність з батьками, наявність церебрально-органічної недостатності, чинник тривожності та депресії, фактор неповної та дисгармонічної сім'ї.

У програмі психокорекції неклінічних форм девіантної поведінки використовували: тренінг формування соціальних навичок, релаксаційний метод стримування роздратування, сімейне консультування, відеотренінг ефективності батьків, психоосвітні програми для підлітків та їх батьків, психогігієнічне консультування, регламентацію інтенсивності ігрової діяльності. У програмі психокорекції клінічних форм девіантної поведінки — реконструктивну кондуктивну психотерапію, психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема»; тренінг для зняття комунікативної напруженості; тренінг для формування адаптивних соціальних навичок, сімейну психотерапію, вербальні та невербальні методи психотерапевтичного втручання.

Запропонований спосіб психосоціального втручання дозволяє проводити інтегративну якісну оцінку девіантної поведінки, визначити стратегію первинної та вторинної профілактики зтяжних НР, здійснити медико-соціальний супровід підлітків з поведінковими девіаціями.

УДК 616.89-008.441-053.6

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська, О. П. Ісаєва, Я. В. Беспалова, В. С. Кудь, Н. О. Шаповалова

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: суїцидальна поведінка, підлітки

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схиляється людина в кризовій ситуації. За останнє десятиріччя кількість самогубств серед осіб віком 15—24 років збільшилась в два рази. Стали частішими суїцидальні спроби в дітей з психічними розладами, що обумовлені конфліктами в сім'ї, з однолітками. Враховуючи, що підлітковий вік традиційно вважається найуразливішим для стресових ситуацій і для виникнення суїцидонебезпечних станів, проблема їх детального вивчення й попередження є насувною та актуальною.

З метою створення об'єктивних критеріїв діагностики поведінкових відхилень в популяції підлітків та кваліфікації їх як психологічних або психопатологічних, в ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена мультимодальна карта обстеження, що дозволила обґрунтувати теоретичний і практичний аспект проблеми суїцидальної поведінки. Використовувалась колумбійська суїцидальна шкала, ПДО О. Є. Лічко, тест «Будинок — дерево — людина», тест депресії В. М. Бойко.

Під час дослідження трьох популяційних груп підлітків (276 підлітків з невротичними розладами, 78 безпритульних підлітків та 533 учнів загальноосвітніх шкіл) виявлено, що питома вага суїцидальної поведінки склала 5,4 %, 25,6 % та 3,2 % відповідно. Аутоагресивна поведінка частіше реєструвалася в групі безпритульних підлітків. В структурі агресивної девіантної поведінки в підлітків з невротичними розладами домінують дратівливість (100,0 %), негативізм (87,7 %), ворожість (76,4 %), вербальна (74,6 %) та непряма (68,3 %) агресія. В безпритульних підлітків домінує дратівливість (83,5 %), образа (61,5 %), відчуття провини (51,3 %). Встановлено, що агресивність у безпритульних дітей не є явно вираженою рисою характеру або особливостю темпераменту, а є ситуаційною, тобто спричиненою певною стресовою ситуацією, в яку потрапили підлітки. У підлітків шкільного віку відмічалася вербальна (37,5 %) і непряма (19,7 %) агресія, дратівливість (30,7 %), підозрілість (15,7 %). Низький рівень контролю агресії мають 43,5 % школярів. У 57,6 % безпритульних підлітків виявлено невротичні розлади, у 42,4 % — інші психічні розлади, які виникли внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку.

Визначено інформативність чинників, що створюють статистично достовірну та найбільш інтенсивну дію на формування девіантної поведінки (на базі рейтинг-шкали

соціальних, психологічних і біологічних чинників): акцентуація характеру, виховання в умовах гіпоопіки, неповна сім'я, низький рівень матеріальної забезпеченості сім'ї, конфліктність з однолітками, помірна церебрально-органічна недостатність, невротатія в ранньому дитинстві, конфлікти в сім'ї, побутовий алкоголізм батьків. Визначено напрямки психосоціальної діяльності щодо заходів психопрофілактики суїцидальної поведінки в підлітків, які повинні реалізовуватися на рівні найближчого оточення підлітка, на рівні підлітка з конкретними психологічними проблемами та на рівні держави. Концепція психопрофілактики суїцидальної поведінки повинна включати вирішення медичних і соціальних інтервенцій первинної та вторинної профілактики порушень психічного здоров'я дітей та підлітків.

УДК: 616.89-008.447-053.6

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОДРОСТКОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, К. А. Степанченко
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: невротическая депрессия, нейрогормональный аспект, терапевтическое вмешательство, качество жизни

Депрессия подросткового возраста представляет одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжелых социальных последствий. Распространенность депрессии в популяции подростков составляет от 15 до 40 % случаев.

Цель работы: разработать эффективный метод терапевтического вмешательства и выделить критерии его оценки у подростков с депрессивным невротическим расстройством (ДНР) на основе изучения клинико-психопатологических, биологических, социально-психологических, нейродинамических и нейрхимических особенностей.

Комплексное клинико-психопатологическое исследование проводилось в отделении детской психиатрии клиники ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины». Обследовано 111 пациентов с ДНР в возрасте 12—18 лет (60 мальчиков и 51 девочек); младшую возрастную группу (12—14 лет) составили 43 больных, старшую (15—18 лет) — 68.

Методы исследования: клинико-психопатологический; психологические методы — тест депрессии В. М. Бойко; ПДО А. Е. Личко; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина, Б. Д. Менделевича; тест качества жизни J. Mezzich et al., компьютерная ЭЭГ, нейрогормональные исследования (состояние симпатико-адреналовой системы, обмен серотонина, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина и опиоидной системы).

В возрастном аспекте были определены клинические синдромокомплексы ДНР: астенический (53,5 %), тревожный (34,9 %), недифференцированный (11,6 %) у подростков 12—14 лет; девиантный (42,7 %), апатический (23,5 %), ипохондрический (13,2 %) — у подростков 15—18 лет. Умеренная депрессия (тест Бойко) определялась в 71,2 % случаев, выраженная — 22,5 %, глубокая — 6,3 %. Уровень болезни определен по шкалам невротической депрессии (92,5 %) и тревоги (90,0 %). У 66,7 % подростков диагностирован высокий уровень риска формирования социальной дезадаптации. Суицидальные мысли и суицидальное поведение определялись у 22,5 % и 12,6 % подростков с ДНР, соответственно. Установлена прямая корреляция между абсолютной плотностью мощности β -ритма в лобных отведениях и уровнем тревожности ($r = 0,54$), акцентуаций тревожного ($r = 0,68$) и эмоционально неустойчивого ($r = 0,65$) типов. У большинства подростков с ДНР отмечено снижение резервных возможностей симпатoadреналовой системы, о чем свидетельствует увеличение соотношения суммы катехоламинов и общего предшественника ДОФА. Уровень