

в умовах соціальної і економічної нестабільності в країні потребує додаткових психолого-психіатричних лікувально-діагностичних втручань.

Є підстави вважати, що сукупність стресогенних зовнішніх впливів, а також особливості психофізіологічних механізмів адаптації психічно хворих осіб безпосередньо впливають на рівень клініко-психопатологічного патоморфозу ендogenousного процесу, а також безпосередньо на клінічні прояви, динаміку і результат психічного розладу. Отже, під час дослідження психічного стану у тимчасових переселенців із зони АТО особливо важливе значення має своєчасність діагностики коморбідних невротичних розладів, використання адекватної тактики лікування та реабілітації для попередження обважнення фонового психічного розладу.

УДК 616.89-008.454-053.2/1.5

*Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Беляєва О. Е.,
Матковська Т. М., Мітельов Д. А.*

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

Особливості реабілітації дітей з тривожно-фобічними розладами

Дослідження останнього часу демонструють підвищену увагу фахівців до вивчення проблематики психогенезу та ролі тривожних розладів у дітей та підлітків в різних аспектах психічного розвитку та формування особистості (Малкова О. Е. 2014, Чутко Л. С. 2016). Тривожні розлади розглядають як найбільш поширений клас психічних розладів дитячого віку (Р. С. Kendall, 2010; Essau С. А., 2013). Усталеність тривожних станів за умов відсутності адекватної терапії та корекції у дітей та підлітків ускладнюється порушеннями психічної адаптації в зрілому віці (Ollendick Т. Н., 2010; Yuqing Zhang et al., 2015). Тривога в нормі відбиває переживання загрози й стимулює поведінку, спрямовану на її усунення. В цьому аспекті тривога постає важливою ланкою психологічних механізмів регуляції поведінки, зокрема й соціальної. Тривожність постає індикатором напруження адаптаційних механізмів (Малкова О. Е., 2014).

Мета дослідження: розробити ефективний метод реабілітації дітей із тривожно-фобічними розладами (ТФР).

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Стандартні клініко-психопатологічні обстеження, анкетування дітей і батьків щодо наявності страхів — опитувальник А. І. Захарова; структуроване психологічне інтерв'ювання, проєктивні малюнкові тести «Я в минулому», «Я у теперішньому», «Я в майбутньому»; «Людина під дощем»; психотерапевтичні методики.

Реабілітація дітей з ТФР базувалася на реалізації 2-х модулів. Перший — **діагностичний**: з'ясування послідовності виникнення скарг тривожного спектра, враховуючи фобії й симптоми депресії, визначення графічних ознак тривоги (щільна штриховка, коливання сили натиску, багато стирання, профільні зображення, зображення зі спини, початок малювання з ніг), фобій (пусті зіниці, зачорнені зіниці, інтенсивна штриховка волосся) та депресії (дрібний розмір малюнка, розміщення малюнків в нижній частині листа, слабкий натиск, похилі плечі, людина, що промокла під дощем); аналіз та інтеграція інформації, отриманої в проєктивних малюнкових тестах. Другий модуль — **психотерапевтичний**: контроль соматичних проявів, навчання хворої дитини зняття емоційного й моторного напруження, усунення фобічної унікаючої поведінки,

усунення психосоціальних проблем, моніторинг психоемоційного стану для вторинної психопрофілактики прогресування невротичного розладу, залучення до навчання в контексті психоосвітньої програми як дитини, так і її родини, консультування для підтримки. Поведінкова психотерапія (експозиція й профілактика реакцій: подолання фобій та зниження тривоги, спираючись на визначення індивідуальної ієрархії страхів хворої дитини, опанування прийомів м'язової релаксації й подальшої систематичної десенсибілізації, тренування соціальних навичок шляхом моделювання бажаної поведінки, програвання ролей, надавання зворотного зв'язку, самозаохочення й перенесення навичок у повсякденне функціонування. Розроблений підхід до реабілітації дітей із ТФР впливає на модифікацію ставлення до психогенної ситуації, запобігає фіксації тривоги, фобій; сприяє пошуку психологічно адекватних шляхів зміни патологічних ригідних установок і відновленню адаптації дитини.

Можливість залучення інформативних ардіагностичних маркерів (графічні ознаки тривожного розладу у вигляді специфічних елементів малюнку) тривожно-фобічних та тривожно-депресивних розладів у дітей на догоспітальному етапі дозволяє забезпечити своєчасне диференційоване терапевтичне втручання й попередити розвиток тяжких, резистентних до терапії варіантів невротичного порушення, а також в цілому поліпшити якість життя й психічне здоров'я молодого покоління.

УДК 616.89-07

Прохорова О. В.

*Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Спільні механізми депресії пізнього віку та стійкого когнітивного зниження

Депресія в цей час є третім провідним фактором глобального тягаря хвороб, поширена серед усіх вікових категорій і впливає на щоденне функціонування і якість життя пацієнтів (М. К. Wium-Andersen, 2017).

Депресія у людей похилого віку, як відомо, пов'язана зі специфічними формами когнітивної дисфункції (Butters М. А., 2008). Вона, зазвичай, має складний перебіг і припускається, що є фактором ризику розвитку деменції (Левада О. А., 2013). Провідним етіологічним механізмом у виникненні депресії пізнього віку є судинний компонент (Li Su, 2016). В результаті мікро- або макроангіопатії розвиваються вогнища ішемії в сірій і білій речовині головного мозку (ГМ), що призводить до роз'єднання нейронних мереж. Залежно від структурного ураження ГМ відрізняються і патопсихологічні феномени органічного депресивного розладу. Існує гіпотеза, що депресія пізнього віку пов'язана зі збільшенням циркулюючих цитокінів у периферійній крові, що є додатковим підтвердженням ризику розвитку деменції (Thomas А. J., 2005).

Метою дослідження є виявлення патопсихологічних особливостей депресивного розладу та якості життя пацієнтів залежно від етіопатогенезу.

Усі учасники після підписання інформованої згоди пройшли клінічні (включаючи лабораторні) і нейропсихологічні обстеження (PHQ-9, MoCA, HADS, TMT-A та TMT-B, тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, SF-36) та мали МРТ-дослідження ГМ щонайбільше протягом року. За критеріями включення/виключення було відібрано 138 осіб віком від 50 до 78 років (середній вік — 63,6 роки), репрезентативні за статтю, які були поділені на основну