

solution (from 10 to 20%). At the same time with the addition of insulin in children under 1 year of age, hyperglycemia was recorded, which was eliminated after its cancellation. No cases of glucosuria have been reported. But if there is no opportunity to observe the rate of PN uptake strictly by linear or exodrop, we recommend adding insulin at a rate of 1 U / 5 g of glucose only in older children and only when using 2-component parenteral nutrition when all non-protein calories are overlapped by glucose alone.

The study group also noted earlier appearance of bowel movements compared to the control group.

**Conclusions.** PN in the early postoperative period positively affects the metabolic and plastic processes in the organism and contributes to the earlier appearance of intestinal peristalsis. The use of insulin in PN in children is not indicated if the rate of glucose solutions administration is kept up. Correction of protein levels by other methods in the early postoperative period is impractical. The use of PT after major surgical interventions is safe if the correct rate of infusion, as well as the correct selection of PN and its components is provided. In children in the early postoperative period, when enteral administration of nutrients is impossible, rapid achievement of the initial level of proteinemia seems to be impossible.

**Key words:** parenteral nutrition, child, general surgery.

Рецензент – проф. Похилько В. І.  
Стаття надійшла 16.02.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-1-155-337-341

УДК 616.89–008.454 – 053.6:159.922.73

Михайлова Е. А., Багацька Н. В., Матковська Т. Н., Мительов Д. А., Глотка Л. І.

## КЛІНІКО-БІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

[nv\\_bagatska@ukr.net](mailto:nv_bagatska@ukr.net)

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Надана робота є фрагментом НДР «Вивчити особливості порушень поведінки у підлітків з депресивними розладами і розробити комплексні методи їх профілактики», № державної реєстрації 0119U100057, шифр НАМН 102/19, 2019–2021 рр.

**Вступ.** Пильна увага до проблеми депресивних розладів, як причини інвалідності в світі, обумовлена їх негативним впливом на стан здоров'я людини та подальше життя, що пов'язано з перешкодами на шляху отримання ефективної допомоги – несвоєчасною діагностикою депресії і застосуванням неадекватної терапії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на депресію страждає близько 5,8 % населення земної кулі, а в найближчі 20 років очікується зростання поширеності цього захворювання, зокрема інвалідизація за причиною депресії може вийти на друге місце серед всіх інших захворювань [1-4]. У підлітковому віці депресивні розлади є однією із надзвичайно складних медичних проблем, враховуючи такі тяжкі соціальні наслідки як самогубство, насильство, наркоманія і поведінкові девіації [5-10]. Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я закликала до вживання комплексних скоординованих заходів, спрямованих на вирішення задач розпізнавання і терапії депресії. Депресія є однією з ключових патогенетичних, клінічних і методологічних проблем сучасної клінічної психіатрії. Про масштаб депресії та її актуальність свідчить той факт, що саме феномен депресії перетинає межу медичної проблеми, зачіпаючи глибинні аспекти людського існування. Безперечно, депресивні розлади – це міжнародна проблема, яка є серйозною загрозою соціальному розвитку будь-якої нації. На сьогоднішній день, незважаючи на велику кількість досліджень, проблема депресивних розладів у дітей та підлітків залишається актуальною в зв'язку з тим, що збільшується число дітей з особистісними і поведінковими відхиленнями, неуспішністю в навчанні, агресією, суїцидальною поведінкою. Ряд закордонних дослідників об'єднує

афективні, тривожно-фобічні і obsесивно-компульсивні розлади у дитячому віці на противагу «екстерналізованим» розладам, які об'єднують порушення поведінки [11-15]. Більшість інтерналізуючих ознак дитячої депресії є прихованими, «замаскованими», які важко діагностуються лікарями, і саме це підкреслює необхідність більш активного впровадження нових діагностичних та реабілітаційних заходів у дітей з емоційними проблемами [14-15]. Клініко-ретроспективні дослідження, які були проведені в ДУ «ІОЗДП НАМН», довели, що більшість дітей, що схильні до депресії, ігноруються батьками, однолітками і педагогами [16-20]. Необхідність діагностики і правильної кваліфікації депресії у дітей диктується її ускладненням з віком, високим ризиком рецидиву на подальших етапах розвитку дитини та схильністю до адиктивної поведінки. Поширення поведінкових порушень у підлітків із депресивними розладами, складність їх кваліфікації, лікування і реабілітації, необхідність медико-соціального прогнозу є дуже актуальною проблемою для практичної охорони здоров'я підростаючого покоління.

**Мета дослідження.** Багатомірна оцінка клініко-психопатологічних, біологічних, генетичних чинників формування порушень поведінки у підлітків із депресивними розладами.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 102 пацієнти із депресивними розладами поведінки, з яких 48 підлітків 12-14 років (22 хлопця і 26 дівчат), 54 підлітка 15-18 років (26 хлопців і 28 дівчат). Застосовували клініко-психопатологічний; патопсихологічні (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків – тест ПДО А.Е. Личко, тест Люшера, тест на запам'ятовування 10 слів, таблиці Платонова-Шультце, Колумбійська суїцидальна шкала), тест Спілберґера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; тест рівня невротичного стану за Б.Д. Менделевичем, опитувальник «Аналіз сімейного виховання і причин його порушення» АСВ,

проективні рисункові тести, Шкала загального клінічного враження (CGI), Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), AUDIT – тести для визначення залежної поведінки, генетичні (генеалогічний, цитогенетичний), статистичні методи. Статистична обробка результатів дослідження проведена з використанням табличних процесорів Excel, SPSS Statistics 17,0.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клінічні варіанти депресивного розладу поведінки у підлітків представлені превалюванням дисфоричного (66,1 %), апатичного (22,6 %) та тривожно-обсесивного (11,3 %) типів. Дисфоричний варіант вірогідно частіше реєструвався в групі хлопців порівняно з дівчатами (73,5 % і 57,1 %, відповідно,  $p < 0,05$ ). У дівчат значуще частіше реєструвався апатичний варіант (35,7 % і 11,8 %,  $p < 0,01$ ). Тривожно-обсесивний варіант визначався з однаковою частотою як у хлопців, так і у дівчат (14,7 % і 7,2 %). У підлітків із депресією в анамнезі на більш ранніх етапах онтогенезу виявлено повторні епізоди депресивного розладу (29,0 %), рекурентний тип депресії (62,9 %), біполярний депресивний розлад (8,1 %). З'ясовано, що порушені форми поведінки проявлялися агресією (100,0 %), патохарактерологічними стереотипами (100,0 %), комунікативними девіаціями (95,2 %), аутоагресією (48,4 %), аморальною поведінкою (29,0 %), девіаціями стилю поведінки (манерою поведінки; стилем мови – вимовою, наголосом; стилем вигляду – пірсингами, татуванням, радикальним кольором волосся; девіаціями стилів одягу – «Готи», «Ему», Селфхарм – мішкватим типом одягу з довгими рукавами незалежно від погоди; фізичний Селфхарм – порізи на певних частинах тіла, укуси, опіки) (48,4 %). У підлітків з депресивними розладами зареєстровано різні типи адиктивної поведінки: розлади, пов'язані з захопленістю Інтернетом (75,8 %), комп'ютерними іграми (67,7 %), із вживанням тютюну (62,9 %), із вживанням алкоголю (51,6 %). Серед інших залежностей виділено розлади харчової поведінки (33,9 %); розлади, пов'язані з захопленістю переглядів телепередач (46,8 %); із вживанням канабіноїдів (43,5 %); із вживанням седативно-снодійних засобів (46,8 %). Питома вага суїцидальної поведінки у підлітків з депресією складає 5,4 %, а її типологія представлена демонстративним (70,6 %) і афективним (29,6 %) ва-

ріантами. Серед підлітків із депресією із рецидуванням суїцидних спроб значуще частіше відзначалася психологічна схильність до делінквентності і ознаки соціальної дезадаптації ( $p < 0,001$ ). Виділено симптомокомплекси просоціальних порушень у підлітків із депресивними розладами: когнітивна дисфункція, агресія, тривога, схильність до ризику, порушення правил соціального функціонування і вікова регресія.

Психопатологію на першому році життя у вигляді гіперзбудливості частіше спостерігали у хлопців, ніж у дівчат (76,4 % і 57,1 %, відповідно,  $p < 0,05$ ), в той час як гіпоактивність частіше у дівчат порівняно з хлопцями (35,7 % і 11,8 %,  $p < 0,01$ ). Інфантилізм визначався з однаковою частотою в групах порівняння (у 91,2 % хлопців і у 89,3 % дівчат). Слід відзначити, що у більшості дітей виявлено в анамнезі наявність більше трьох психотравмуючих чинників (в різних сферах), причому незалежно від статі (79,4 % і 71,4 %, відповідно).

Психоемоційні перевантаження превалювали у дівчат порівняно з хлопцями (60,7 % і 26,5 %,  $p < 0,01$ ). У однієї третини підлітків з депресивними розладами на першому році життя зареєстровано дезорганізований тип прихильності (38,3 % і 35,7 %). Амбівалентний тип прихильності частіше діагностувався у хлопців (44,1 % і 28,6 %,  $p < 0,01$ ), а гармонійний тип прихильності у дівчат (21,4 % і 2,9 %,  $p < 0,001$ ). Зникаючий тип прихильності спостерігався з однаковою частотою у хлопців і у дівчат (14,7 % і 14,3 %).

Серед перинатальних і постнатальних чинників у сім'ях підлітків із депресивними розладами поведінки переважали наступні: патологічний перебіг вагітності (гестоз 1 та 2 половини, загроза переривання, Rh – конфлікт) та пологів (стимуляція пологової діяльності, загроза переривання вагітності, кесарів розтин за медичними ознаками) у матерів, стрес у матерів до настання вагітності, шкідливі умови праці та шкідливі звички у батьків, народження дитини з дистрес-синдромом, стрес у підлітка вдома та в навчальному закладі, нераціональне харчування (зловживання фаст-фудом та енергетичними напоями) та інтернет-залежність дитини (більше 3-6 годин), шкідливі звички у підлітка (паління, наркотичні речовини тощо), дитячі інфекційні хвороби порівняно з такими в сім'ях здорових підлітків (табл. 1).

На штучному вигодуванні знаходилось 47,3 %

дітей із поведінковими порушеннями при депресії, що не відрізнялося від числа здорових дітей (42,5 %). З однаковою частотою підлітки обох груп порівняння виховувались у неповних сім'ях (22,9 % проти 19,2 %).

Аналіз родоводів показав, що 66,2 % сімей хворих мали спадкову обтяженість щодо психічних захворювань, із них 28,4 % сімей – щодо депресивних розладів. Передача патологічних ознак здійснювалась в 22,9 % сім'ях по материн-

**Таблиця 1 – Перинатальні та постнатальні чинники в сім'ях підлітків із депресією, %**

Чинники, що реєструвалися в сім'ях обстежених підлітків	Підлітки із депресією	Здорові підлітки	Вірогідність (P)
Стрес у матері до настання та протягом вагітності	59,5	32,9	< 0,001
Шкідливі звички батьків до настання вагітності у матері	39,9	28,8	< 0,050
Шкідливі умови праці у батька до настання вагітності у матері	21,6	8,2	< 0,050
Патологічний перебіг вагітності у матерів	70,3	49,3	< 0,010
Гестоз 1, 2 половини вагітності	22,9	1,4	< 0,001
Ускладнені пологи	56,8	24,7	< 0,001
Стимуляція пологової діяльності	29,8	2,7	< 0,001
Народження дитини з дистрес-синдромом	31,1	10,9	< 0,010
Стрес у підлітка вдома і в навчальному закладі	52,7	8,2	< 0,001
Нераціональне харчування підлітка	12,2	1,4	< 0,010
Інтернет – залежність дитини	37,8	1,4	< 0,001
Шкідливі звички у підлітка	12,2	2,7	< 0,050
Дитячі інфекційні захворювання	75,7	54,8	< 0,010

ській лінії, в 14,9 % сім'ях по батьківській та в 2,7 % сім'ях по обох лініях одночасно. У родичів I ступеня спорідненості частота депресивного розладу, онкологічної патології, інших психічних та неврологічних захворювань реєструвалася вірогідно частіше, ніж у родичів II і III ступенів спорідненості (табл. 2).

Патологія травної системи та ендокринні хвороби превалювали у родичів I ступеня порівняно з родичами III ступеня спорідненості; серцево-судинні захворювання рідше визначалися у родичів I ступеня, ніж у родичів II ступеня спорідненості.

Аналізуючи загальну частоту мультифакторних захворювань у членів сімей пробандів із депресією та у родичів здорових однолітків, ми виявили сімейне накопичення депресії та інших психічних, серцево-судинних, ендокринних та онкологічних захворювань в родовах хворих підлітків (рис. 1).

Отже, на підставі генеалогічного аналізу встановлено сімейне накопичення мультифакторних хвороб (депресивних та інших психічних розладів, ендокринних, серцево-судинних, шлунково-кишкових та онкологічних хвороб) в родовах підлітків із депресивними розладами поведінки.

За результатами цитогенетичного аналізу, проведеного у обстежених підлітків, виявили що всі підлітки із депресивними розладами поведінки та 2/3 здорових однолітків мали різні структурні порушення хромосом. Частота хромосомних аберацій в лімфоцитах крові хворих складала 5,66 %, що в 3,9 разів перевищувало частоту аберацій у здорових однолітків (рис. 2).

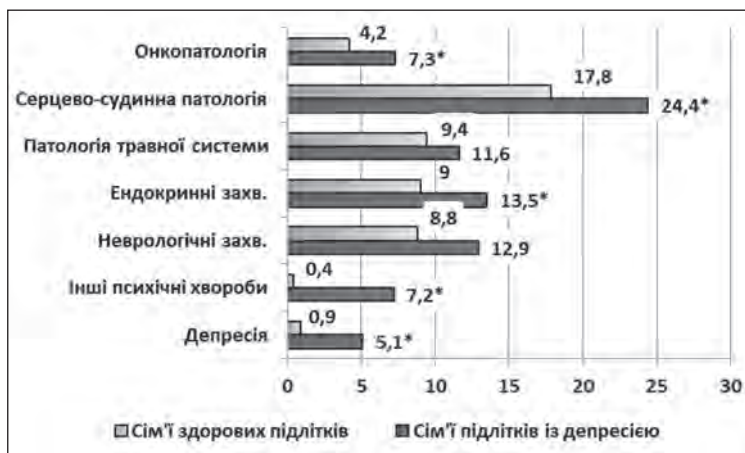
Серед аберацій хромосомного типу реєструвалися парні ацентричні фрагменти (1,36 % проти 0,79 % у здорових підлітків,  $p < 0,001$ ), дицентричні хромосоми (0,09 % проти 0,0%,  $p < 0,05$ ) та міжхромосомні обміни (0,12 % проти 0,0%,  $p < 0,05$ ); серед аберацій хроматидного типу – одиночні ацентричні фрагменти (4,02 % проти 0,68 %,  $p < 0,001$ ), які також превалювали в лімфоцитах крові хворих підлітків. На сьогодні причини хромосомної нестабільності в лімфоцитах крові при психічних розладах широко обговорюються та потребують проведення подальших досліджень.

**Висновки.** Таким чином, предикторами депресивних розладів поведінки є ряд психопатологічних і психологічних паттернів на ранньому етапі онтогенезу: невропатія (гіперзбудливість), патологічний тип прихильності в системі «мати-дитина» на першому році життя (дезорганізований, амбівалентний), інфантилізм, хронічні конфлікти, психоемоційні переважання. Важливу роль відіграють й перинаталь-

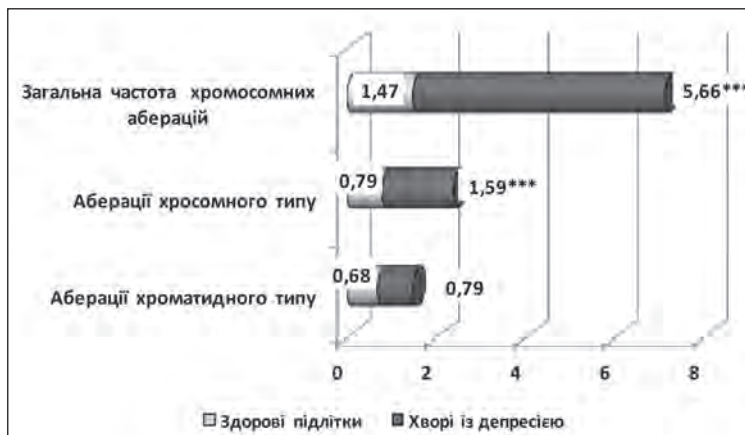
**Таблиця 2 – Порівняння частоти мультифакторної патології серед різних категорій родичів хворих підлітків, %**

Патологія, що реєструється у родичів пробандів	Ступінь спорідненості з пробандом			Вірогідність відмінностей	
	I	II	III	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>
	кількість родичів				
	n = 180	n = 428	n = 258		
Депресивні розлади	11,7	2,1	1,6	< 0,001	
Інші психічні захворювання	13,3	5,1	3,1	< 0,010	< 0,001
Неврологічна патологія	26,1	9,6	3,1	< 0,001	
Ендокринні хвороби	15,0	17,3	8,1	> 0,050	< 0,050
Патологія травної системи	17,2	13,8	3,9	> 0,050	< 0,001
Серцево-судинні захворювання	21,1	35,5	16,7	< 0,001	> 0,050
Онкопатологія	2,2	8,4	11,2	< 0,001	

**Примітки:** P<sub>1</sub> – вірогідність відмінностей між родичами I і II ступенів спорідненості з пробандом; P<sub>2</sub> – між родичами I і III ступенів спорідненості.



**Примітка.** \*  $p < 0,05$  – вірогідність розбіжностей.  
Рисунок 1 – Порівняння частоти мультифакторної патології у родичів трьох ступенів спорідненості хворих із депресією та здорових однолітків, %.



**Примітка.** \*\*\*  $p < 0,001$  – вірогідність розбіжностей.  
Рисунок 2 – Порівняння частоти аберацій хромосом у лімфоцитах крові хворих і здорових підлітків, %.

ні та постнатальні чинники та сімейне накопичення психічних розладів у родовах хворих підлітків.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з раннім виявленням психопатології афективного регістру, визначенням маркерів діагностики поведінкових розладів на ранніх етапах формування депресивного розладу, необхідністю розробки психокорекційних втручань та програм психопрофілактики.

Література

1. Babarhimova SB, Matveeva AA. Depressiya – kak faktor suicidalnogo riska u podrostkov. V: Laryova NV, redaktor. Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, posvyashennoj 65-letiyu obrazovaniya Chitinskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. Aktualnye problemy klinicheskoy i eksperimentalnoj mediciny; 2018 Okt 26; Chita. Chita: RIC ChGMA; 2018. s. 4-7. [in Russian].
2. Mazaeva NA, Kravchenko NE. Nosospecificheskie i polovozrastnye osobennosti depressij u podrostkov. Sovremennaya terapiya v psihiatrii i nevrologii. 2018;2:18-23. [in Russian].
3. Babarhimova SB, Iskandarova ZhM. Issledovanie povedencheskih narushenij u podrostkov kak varianta maskirovannoj depressii. V: Ivashinenko DM, redaktor. Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Psihicheskie i narkologicheskie razstrojstva: socialnaya stigma i diskriminaciya: est li vyhod? 2015 Sent 15; Tula. Tula: Tulskej gosudarstvennoj universitet; 2015. s. 15-7. [in Russian].
4. Pyra LV, Rymsha SV, Svistilnik RV, Lisitsa YuN. Depression and associated suicidal behaviour in children and adolescents: current views and the problem state part 1. Zdorove rebenka. 2014;6(57):92-9.
5. Babiyanc KA, Shulzhickaya MI. Osobennosti proyavleniya depressivnyh sostoyanij v podrostkovom vozraste. Severo-Kavkazskij psihologicheskij vestnik. 2017;15(2):29-38. [in Russian].
6. Izrajleva MN, Gabbasova ER, Kireeva DS, Derecha GI, Krasnoshekhova IV. Sklonnost k risku, strategii konfliktного povedeniya i emocionalnye narusheniya u podrostkov s deviantnym povedeniem. Psihicheskoe zdorove. 2018;16(4):53-60. [in Russian].
7. Mazaeva NA. Podrostkovye depressii: vzglyad na problemu (po dannym zarubezhnyh publikacij). Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. 2017;19(3):25-34. [in Russian].
8. Solomyanaya EM. Vliyanie internet zavisimosti na razvitiye lichnosti podrostka. Materialy mezhdunarodnoj studencheskoj nauchno-prakticheskoy konferencii sredi obrazovatelnyh uchrezhdenij SPO. Nauchno-issledovatel'skaya deyatel'nost kak faktor lichnostnogo i professional'nogo razvitiya studentov. 2018. s. 89-95. [in Russian].
9. Kasimova LN, Katernaya YuE. Vliyanie socialnyh i sredovyh faktorov na rasprostranennost depressivnyh rasstrojstv u podrostkov 10-18 let. Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V.M. Behtereva. 2015;47(4):48-51. [in Russian].
10. Izrajleva MN, Gabbasova ER, Kireeva DS, Derecha GI, Krasnoshekhova IV. Sklonnost k risku, strategii konfliktного povedeniya i emocionalnye narusheniya u podrostkov s deviantnym povedeniem. Psihicheskoe zdorove. 2018;16(4):53-60. [in Russian].
11. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways American J. of Preventive Medicine. 2014;47:144-51.
12. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health briefing note (2016–2030). Sustainable development «Goals», 2015. 103 p. Available from: <http://www.everywomaneverychild.org>
13. Wang C, Shen M, Guillaume B, Chong YS, Chen H, Fortier MV, et al. FKBP5 Moderates the Association between Antenatal Maternal Depressive Symptoms and Neonatal Brain Morphology. Neuropsychopharmacology. 2018 Feb;43(3):564-70.
14. Sartorius N. Depressiya: vsesvitni aspekti problem. WPA Bul. on Depression. 2003;6(25):3-4. [in Ukrainian].
15. Bellantuono C, Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013;17:1546-51.
16. Mykhailova E, Bagatska N, Mayorov O, Goloborodko N, Matkovska T, Mitelov D. Clinical variants of depression in adolescents in the age aspect. 19th WCP Congress of psychiatry. Lisbon; 2019; 2401.
17. Mykhailova E, Proskurina T, Goloborodko A, Matkovska T. A technology for providing therapeutic training of children with anxiety-depressive disorders comorbid with obesity. XXV European Congress of Psychiatry. Florence; 2017; 459.
18. Proskurina T, Bagatska N, Mykhailova E, Reshetovska N, Goloborodko A, Matkovska T. Anxiety-depressive disorders in children: Neurobiological and neurohormonal aspects. XXV European Congress of Psychiatry. Florence; 2017; 343.
19. Mihajlova EA. Ekspertni shkali v diagnostici depresiji u ditej shkilnogo viku. Ohorona zdorovya ditej ta pidlitkiv. 2019;1:18-27. [in Russian].
20. Bagatska N, Mykhailova E, Goloborodko N, Matkovska T. Genealogical analysis of patients with mental disorders. 19th WCP Congress of Psychiatry. Lisbon; 2019; 1829.

**КЛІНІКО-БІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ**

**Михайлова Е. А., Багацька Н. В., Матковська Т. Н., Мительов Д. А., Глотка Л. І.**

**Резюме.** На підставі клінічних проявів депресивних розладів виявлено їх клінічні варіанти у підлітків з порушеннями поведінки з урахуванням віку та статі, структури і спрямованості афекту, локусу екстерналізації і інтеріоризації афекту, що має істотне значення у визначення тактики лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів. Встановлено, що предикторами депресивних розладів поведінки є ряд психопатологічних і психологічних паттернів на ранньому етапі онтогенезу: невротизація (гіперзбудливість), патологічний тип прихильності в системі «мати-дитина» на першому році життя (дезорганізований, амбівалентний), інфантилізм, хронічні конфлікти, психоемоційні перевантаження. Важливу роль відіграють й вплив перинатальних та постнатальних чинників. Визначено сімейне накопичення неінфекційних хвороб, в тому числі й психічних, у родовах хворих підлітків. Встановлено виражену хромосомну нестабільність в лімфоцитах крові у підлітків з депресивними розладами поведінки, що потребує проведення диференційованих терапевтичних та профілактичних заходів для стабілізації їх хромосомного апарату.

**Ключові слова:** підлітки, депресія, порушена поведінка, біологічні і соціальні предиктори, цитогенетика, генеалогія.

**КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**Михайлова Э. А., Багацкая Н. В., Матковская Т. Н., Мителев Д. А., Глотка Л. И.**

**Резюме.** На основании клинических проявлений депрессивных расстройств выявлены их клинические варианты у подростков с нарушениями поведения с учетом возраста и пола, структуры и направленности аффекта, локуса экстернализации и интериоризации аффекта, что имеет существенное значение в выявлении тактики лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. Установлено, что предикторами депрессивных расстройств поведения является ряд психопатологических и психологических паттернов на раннем этапе онтогенеза: невротизация (гипервозбудимость), патологический тип привязанности в системе «мать-ребенок» на первом году жизни (дезорганизованный, амбивалентный), инфантилизм, хронические конфликты, психоэмоциональные перегрузки. Важную роль имеет и влияние перинатальных и постнатальных факторов. Выявлено семейное накопление неинфекционных болезней, в том числе и психических, в родословных больных подростках. Установлена выраженная хромосомная нестабильность в лимфоцитах

крови у подростков с депрессивними расстройствами поведения, что требует проведения дифференцированных терапевтических и профилактических мероприятий для стабилизации их хромосомного аппарата.

**Ключевые слова:** подростки, депрессия, нарушенное поведение, биологические и социальные предикторы, цитогенетика, генеалогия.

### CLINICAL AND BIOLOGICAL ASPECT OF DEPRESSIVE BEHAVIOR DISORDER IN ADOLESCENTS

**Mykhailova E. A., Bagatska N. V., Matkovska T. N., Mitelov D. A., Glotka L. I.**

**Abstract.** Medical and social relevance of the problem of depression – the main cause of disability in the world, is determined by the fact of its maladaptive influence which is measured by high values of the global burden of the disease among the population, including the younger generation. Depressive disorders of adolescence today represent one of the most difficult medical problems, due to the severe social consequences, which include suicide, violence, drug addiction and behavioral deviations.

*Purpose of work.* Multivariate assessment of clinical and psychopathological, biological, and genetic factors for the formation of behavioral disorders in adolescents with depressive disorders.

*Object and methods.* 102 patients with depression were examined, including 48 adolescents of 12-14 years old (22 boys and 26 girls), and 54 adolescents of 15-18 years old (26 boys and 28 girls). Clinical and psychopathological, pathopsychological and genetic (genealogical, cytogenetic) methods were applied. Statistical analysis of the research results was performed using *Excel* and *SPSS Statistics 17.0* tabular processors.

*Results.* On the basis of clinical manifestations of the disease, clinical variants of depressive disorder in adolescents with behavioral disorders were established, taking into account age and gender, structure and direction of affect, externalization of the locus and interiorization of affect, which is essential in determining the tactics of treatment and rehabilitation and preventive measures. In adolescents with comorbid pathology, symptoms were identified that determine the signs of externalization of behavioral disorders – cognitive dysfunction, aggression, risk propensity, vulnerability to damage and injury, violation of rules, and age regression. Anxiety, infantilism, cognitive dysfunction, and the behavioral equivalent of affective disease-aggression is a component of the psychopathology of depressive behavior disorder in adolescents. It was found that the clinical types of depressive disorder in adolescents with behavioral disorders are represented by dysphoric, apathetic, and anxiety-obsessive variants. Variants of disturbed behaviors in adolescents with depressive disorders in the age aspect are highlighted. In adolescents of 12-14 years old – autoaggression, eating disorders, destructive behavior; in adolescents of 15-18 years old – Internet-dependent behavior, behavioral disorders associated with the use of drugs, tobacco, and alcohol.

Repeated episodes of depressive disorder (29.0%), recurrent type of depression (62.9%), and bipolar depressive disorder (8.1%) were registered in the entire cohort of adolescents with depression and impaired behaviors at earlier stages of ontogenesis. Symptoms of pathological family relationships of adolescents with depressive disorders that form behavioral disorders are identified: chronic conflicts in the family, hyperprotection towards the child, projection of their own undesirable traits on the child, anxiety, hostility in the family situation, phobia of the loss of child. The family accumulation of non-communicable diseases, including mental diseases, was determined in the pedigrees of sick adolescents. Cytogenetic analysis found a high level of chromosomal disorders in adolescents with depressive disorders, which requires differentiated therapeutic and preventive measures to stabilize their chromosomal apparatus.

**Key words:** adolescents, depression, impaired behaviors, biological and prosocial predictors, cytogenetic, genealogic.

*Рецензент – проф. Похилько В. І.*

*Стаття надійшла 07.02.2020 року*