

ТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ У ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Мітельов Д. А.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна
docdim2000@ukr.net

У роботі розглянуто можливості корекції депресивних розладів різного ступню тяжкості у підлітків.

Ключові слова: депресивні розлади, підлітки, терапевтичне втручання

ТHERAPEUTIC INTERVENTION IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Mitelov D. A.

SI «Institute of Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The paper presents the possibilities of correction of depressive disorders of various degrees of severity in teenagers.

Keywords: depressive disorders, adolescents, therapeutic intervention

ВСТУП

Суттєву роль у вдосконаленні психіатричної допомоги має відіграти посилення відповідної роботи у первинних медико-соціальних ланках, в тому числі більш ефективне функціонування сімейних лікарів щодо раннього виявлення психічних та психосоматичних розладів, надання невідкладної психіатричної допомоги, адекватного систематичного лікування, динамічного спостереження пацієнтів, проведення профілактичних заходів та реабілітації хворих з психічними розладами.

Одним із напрямків покращання ефективності діагностики депресивних розладів та їх психофілактики має стати більш активне впровадження медичної психології в практичну роботу всіх медичних галузей.

Принципово важливою складовою реформування психіатричної допомоги стає впровадження галузевих стандартів діагностики, лікування, профілактики і реабілітації — «Протоколу надання медичної допомоги населенню». Незадовільним залишається рівень реабілітації та соціальної допомоги дітям та підліткам, що страждають на депресивні розлади. Практично не розроблені критерії оцінки соціального функціонування підлітків, хворих на депресію. Аналізується терапевтична ефективність психотерапії і медикаментозного лікування підлітків із депресією.

Досвід економічно розвинених країн свідчить, що використання нових лікувально-діагностичних технологій забезпечує відчутний вигравш тільки в тих випадках, коли вирішені проблеми управлінського характеру і, в першу чергу, реалізуються основи нової філософії управління, орієнтованої на проблеми

якості медичної допомоги. Якість є одним з основних нормативів психіатричної і психотерапевтичної допомоги. До власне лікувально-діагностичного процесу відносяться правильний вибір і дотримання адекватних технологій лікувально-діагностичної допомоги на всіх її етапах з урахуванням індивідуальних особливостей кожного конкретного хворого. Стандарт психіатричної допомоги ВООЗ припускає виділення трьох видів стандартів, що відображають різні складові якості психіатричної допомоги: стандарти структури; технологічні стандарти діагностики і лікування; стандарти результатів лікування. Найбільш розроблені всі ці стандарти для дорослих хворих з психічними розладами. Для дитячо-підліткового віку вони відсутні.

Фахівцям у галузі дитячої та підліткової психіатрії приходить часто стикатися з коморбідною патологією при депресії, однією з котрих є цукровий діабет 1 типу, який суттєво ускладнює терапевтичну тактику.

Особливе значення для розробки в перспективі конкретних програм підвищення якості психіатричної допомоги має досвід розвинених країн (Німеччина, Швеція, Франція), які на декілька десятиліть випередили вітчизняні технології психофілактики і реабілітації.

Перехід в науковій психіатрії від переважно біологічної парадигми етіопатогенезу психічних розладів до адекватніших соціобіологічних, соціобіопсиходинамічних закладає основи для значного розширення поля психотерапевтичних підходів при наданні допомоги психічно хворим, у тому числі і з граничними нервово-психічними розладами.

У тісному зв'язку з питанням про засоби психоте-

рапії знаходиться питання про теоретичне обґрунтування клініко-психологічних інтервенцій.

Відсутність науково-обґрунтованих національних програм і технологій діагностики і реабілітації підлітків з депресивними розладами, перешкоджають створенню і реалізації системи психопрофілактики соціальної недостатності в юному віці.

Отже, найважливішим і актуальнішим завданням клінічної підліткової психіатрії і психотерапії є розробка основних етичних принципів і стандартів здійснення психіатричної допомоги, що є невід'ємним і найважливішим компонентом високоякісної психіатричної допомоги підліткам з депресивними розладами.

Традиційні терапевтичні підходи відносно психопатології депресивного регістру, вимагають активізації особистості, перебудови життєвих стереотипів і категорій самооцінки, що викликає часом психологічну відсіч і особове неприйняття із сторони хворих [1–5].

Метою роботи була удосконалення методів терапевтичного втручання, спрямованих на реабілітацію підлітків з депресивними розладами

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обсяг дослідження: 200 підлітків із депресивними розладами та 100 підлітків із резистентною до терапії депресією. Застосовувалися клініко-психопатологічний та патопсихологічний (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків А. Е. Личко, тест на запам'ятовування 10 слів, таблиці Платонова-Шульте, тест Люшера, Колумбійська суїцидальна шкала (C-SSRS), шкала Спілбергера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; тест невротичного стану Б. Д. Менделевича, Шкала загального клінічно-

го враження (CGI), проєктивні рисуночні тести, тест когнітивного соціального функціонування Люсіна) методи для верифікації депресивного розладу і ступеню його тяжкості.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Багатовекторне дослідження дозволило визначити принципи лікування депресивного розладу. На рис. 1 представлено алгоритм терапевтичного втручання при різних варіантах перебігу депресивного розладу у підлітків.

Легкий депресивний розлад є самим «м'яким» клінічним варіантом захворювання та його корекцію можливо здійснювати за допомогою рослинних препаратів. Частіше всього вони містять екстракт звіробою (*Hypericum perforatum L.*), який досить добре переноситься, має достатньо виражений ефект у вигляді підвищення настрою, працездатності, зниження тривоги.

Помірний депресивний розлад потребує розширення терапевтичних засобів без використання антидепресантів. У ряді досліджень доведена ефективність таких сполучень, як 5-гідроксітриптофан (5-НТФ), фолієва кислота, Омега-3 поліненасичені кислоти, екстракт *Withania somnifera* (ашвагандха), ароматерапія з застосуванням ефірних олій з антидепресивним, протитривожним та заспокійливим ефектом. Суттєвий позитивний ефект мають фізичні вправи з певним темпом та навантаженням з музикальним супроводом [6–9]. Важливе місце вже на цьому етапі надання медико-психологічної допомоги підліткам з депресивними розладами займає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Когнітивно-поведінкова терапія є методом першого вибору для лікування депресивних симптомів та розладів у підлітків, але існують різні точки зору щодо її застосування та ефективності [10].

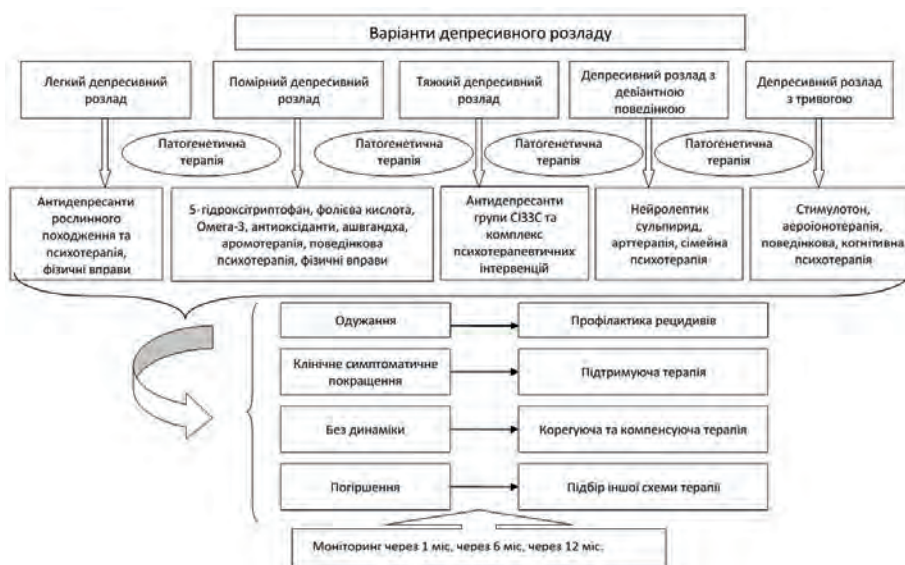


Рис. 1 – Алгоритм терапевтичного втручання при депресивному розладу у підлітків

Розглядаються стратегії боротьби з тривогою та депресією у молодих пацієнтів без залучення супроводу спеціаліста у галузі психічного здоров'я. Так, при проведенні метааналізу цілої низки досліджень було розглянуто застосування соціальної взаємодії, спілкування з природою, розслаблення, відволікання, сенсорної стимуляції, фізичної активності, зміни сприйняття, хобі, самовираження та дослідження [11]. Але досі не розроблено стратегію застосування цих чинників у лікуванні та реабілітації підлітків з депресивними розладами.

Тяжкий депресивний розлад у тому числі коморбідний з тривогою або девіантною поведінкою диктує необхідність застосування антидепресантів.

Як відомо, провідними препаратами, які застосовуються при лікуванні депресивних розладів є антидепресанти. Їх застосування в дитячий та підлітковий практиці залишається дискусійним тому, що неможливе механічне перенесення досвіду терапії антидепресантами у дорослих на молоду вікову групу з урахуванням її певних особливостей.

На сьогоднішній день існує декілька основних груп антидепресантів, які використовуються у дорослій практиці [12]:

- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): флуоксетин, флувоксамін, сертралін, пароксетин, есциталопрам, циталопрам, алапроклат, вілазодон, вортиоксетин;
- селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІОЗН): венлафаксин, дулоксетин, десвенлафаксин, мілнаципран, левомілнаципран, едивоксетин;
- інгібітори зворотного захоплення норепінефрину (ІЗН): ребоксетин;
- інгібітори зворотного захоплення дофаміну норепінефрину (ІЗДН): бупропіон;
- норадреналінові дезінгібітори дофаміну (НДД): агомелатин;
- тетрациклічні антидепресанти (ТЦА): міртазапін.

Лікування антидепресантами рекомендується дітям та підліткам з помірною та тяжкою депресією, коли спостерігається неадекватна або недостатня відповідь на психотерапію [13]. Хоча рекомендується, щоб лікування антидепресантами проводилося паралельно з психотерапією, також передбачена монотерапія антидепресантами. Трициклічні антидепресанти (ТЦА), які в минулому були основою лікування, не довели свою ефективність у фармакологічному лікуванні депресії у молодих людей. Це означає, що протягом останніх 20 років дедалі частіше використовувалися антидепресанти нового покоління, причому початкові дослідження показали, що вони добре переносяться. Огляди ефективності показали помірний ефект цих антидепресантів за останні два десятиліття, а також викликали стурбованість з приводу підвищеного ризику суїцидальних спроб і

суїцидальних думок [14].

Лікування депресивного розладу поведінки у підлітків включає використання сульпірида у поєднанні з фолієвою кислотою на тлі поведінкової психотерапії, що оказують багатовекторну дію на основні ланки патогенезу. Фолієва кислота приймає участь у синтезі серотоніну. Поведінкова психотерапія спрямована на формування адекватних механізмів психологічного самозахисту та передбачає 8–10 сеансів тривалістю 30–40 хвилин.

Метод терапевтичного втручання у підлітків з депресією, коморбідною з девіантною поведінкою, заснований на взаємопотенціюванні ефектів психотропної терапії малих доз лікарського препарату еглонілу (сульпіриду) та когнітивної поведінкової психотерапії і арттерапії. Еглоніл, нейролептик з групи заміщених бензамідів, вибірковий антагоніст дофамінових рецепторів D₂/D₃, застосовувався у вигляді капсул або пігулок два рази на добу вранці у кількості 50–75 мг/добу протягом одного місяця.

Проведення поведінкової терапії направлено на зміну провідного компонента психічного розладу при формуванні спонуки до поведінки, несумісної зі звичайною (патологічною) для пацієнта. Центральними процедурами в поведінковій терапії є експозиція — спонукка входження в ситуації, зухвала напрута та неспокій або страх, а також «планування активності», що пропонує планування приємних або успішних видів діяльності.

Для забезпечення успішності психотерапевтичного втручання необхідно подолання недостатності усвідомлення підлітком проявів своєї аномальної поведінки, а також вживання заходів по підтримці мотивації до нової поведінки. Це може бути реалізовано при ретельному вивченні повсякденної діяльності хворого (наскільки сильно та як часто, в які саме моменти виявляється розлад поведінки), аналізі симптоматики і спробах справитися з нею. З цією метою проводиться біхевіоральний аналіз. Для підвищення мотивації застосовується підхід «без невдач», коли кожна психотерапевтична сесія представляється як експеримент, при якому успішне завершення завдання розглядається як досягнення, а у випадках, коли із завданням справитися не вдається, це розцінюється як отримання певного результату, що дає нову інформацію про розлад поведінки. Важливою для забезпечення ефективності психотерапевтичної інтервенції при даному варіанті депресії у підлітків є покрокова етапність поведінкової терапії. Головним є визначення проблеми і можливостей пацієнта на тлі відновлення його емоційної активності до рівня, близького до нормального, оскільки дуже висока емоційна активність заважає вирішенню проблеми, а дуже низька приводить до недостатньої мотивації, що утрудняє досягнення позитивних змін. Етапами поведінкової психотерапії при депресії у підлітків є: пропозиція альтернативних рішень; осмислен-

ня кожного варіанту до повної ясності; вибір одного, найбільш багатообіцяючого рішення; визначення необхідних кроків; здійснення вибраних кроків; перевірка результату.

Проведення когнітивної терапії спрямовано на зміну одного або декількох проявів засмученого мислення, характерних для захворювання. До принципів когнітивної терапії відносяться: виявлення, прояснення ірраціональних ідей, які важче всього усвідомлюються хворими, але грають ключову роль в підтримці розладу; вербальні і поведінкові спроби зміни ірраціональних ідей, направлені, на відміну від поведінкової терапії, не на поведінку пацієнта, а на первинні зміни мислення. Терапевтичні вербальні прийоми здійснюються на основі наступних принципів: відвернення уваги; нейтралізації емоційної дії ірраціональних думок; зміни нав'язливих думок на основі їх логічного обґрунтування з наданням пацієнтові як найповнішої інформації і виявлення порушень логіки мислення, що підтримує ці нав'язливі думки («логічні помилки»); виявлення невірних переконань, «прихованих припущень», «припущень, що лежать в основі». При депресивному розладу методика когнітивної терапії заснована на поєднанні поведінкових і когнітивних прийомів, серед яких особлива увага приділяється процедурам, направленим на зміну образу мислення.

До складу такої когнітивної терапії входять поведінкові компоненти двох видів. «Розклад активності» використовується у зв'язку з тим, що підлітки з депресією часто пасивні, що посилює їх пригнічений настрій, лишаячи винагороджуючого досвіду і надаючи необмежені можливості постійно вдаватися до похмурих думок. Планується градуйована діяльність, відповідна інтересам хворого і тяжкості його розладу. «Випробування реальністю» передбачає виконання пацієнтом дій, направлених на те, щоб поставити під сумнів ірраціональні ідеї — «давайте подивимося, що трапиться, якщо ти поспробуєш зробити це».

Когнітивні компоненти терапії включають на першому етапі реєстрацію появи нав'язливих думок, переривання цих думок шляхом відвернення уваги і використання альтернативних, заспокійливих думок. На наступному етапі виявляють порушення логіки мислення, прояснюючи на яку аргументацію спираються нав'язливі думки пацієнта, звертаючи увагу на «надузагальнення», «вибірче абстрагування» і «персоналізацію» (за Бек та ін.).

Після початкового «стаціонарного» етапу психотерапії передбачається підтримуюча терапія, направлена на формування спонуки у підлітків щодо узяття на себе відповідальності за свої дії і самостійного вирішування своїх проблем за рахунок «навіювання престижу».

В комплексі терапевтичного втручання у підлітків з депресією обов'язковим компонентом є купірування

вегето-судинних порушень. Так, у підлітків в залежності від варіанту перебігу, у яких підвищення симпатичного тону поєднується з тривожно-депресивними, obsесивно-фобічними і дисоціативними проявами, разом із засобами, що знижують симпатичний тонус, треба назначати антидепресанти трициклічного ряду (амітриптилін, азафен), малі транквілізатори — хлордіазепоксид (еленіум), діазепам (седуксен), оксазепам (тазепам), мепротан (мепробамат), фенібут (рудотель), седативні засоби (зокрема — настоянка валеріани, пустирнику, пасифлори). При схильності до гіпертонічної кризи — піроксан.

Ефективність лікування підлітків з депресивними розладами в катамнезі оцінено відповідно до наступних критеріїв: одужання, поліпшення, відсутність динаміки, погіршення. Регрес депресивної психопатології реєстрований у 75,2% випадків.

Одужання — відсутність психопатологічної симптоматики; стійка регресія соматовегетативних порушень, зафіксована після курсу терапії, а також при катамнестичному дослідженні через три, шість місяців, один рік після лікування; зміна відношення до психотравмуючої ситуації; вирішення інтрапсихічного конфлікту; повне відновлення соціального функціонування в результаті підвищення поведінкової адаптації.

Поліпшення — значне зменшення вираженості психопатологічної симптоматики та соматовегетативних порушень після курсу терапії; зміна відношення до психотравмуючої ситуації; часткове відновлення соціального і макросоціального функціонування, виявлене в катамнезі через три та шість місяців після лікування.

Відсутність динаміки — збереження психопатологічної симптоматики, соматовегетативних порушень після проведеного лікування; заперечення зв'язку захворювання з неадекватною психологічною оцінкою психотравми та збереження неефективних способів психологічного захисту, збереження порушень соціального функціонування.

Погіршення — посилення вираженості психопатологічної, сомато-вегетативної психосимптоматики; розвиток нових клінічних порушень; заперечення зв'язку захворювання з неадекватною психологічною оцінкою психотравми і збереження неефективних способів психологічного захисту; посилювання порушень соціального функціонування.

Таким чином, удосконалені методи терапевтичного втручання з позицій доказової медицини достатньо ефективні в лікуванні різних варіантів депресії у підлітків, що диктує необхідність їх впровадження в практику лікування в сучасних умовах.

Варіантами групової психотерапії при депресивних розладах у підлітків є: сценарний аналіз — «життєвий сценарій» виступає як постійний патерн взаємодії, яка закладена в дитинстві і переходить в доросле життя; психодрама; гештальттерапія Перлза — спону-

кає кожного пацієнта персоніфікувати окремі компоненти своєї психіки і частин тіла, встановити штучний діалог між ними для кращого розуміння себе.

Реадаптаційний ефект групової психотерапії досягається за допомогою відтворення умовних і реальних ситуацій спілкування з метою оволодіння навиками адаптованої поведінки. Умовні ситуації застосовуються для вироблення адекватних форм психологічного захисту у відповідь на спеціально створювані моделі групового конфлікту на теми: «помилка», «обвинувачення», «доказ», «взаємні психологічні портрети», «образа», «переляк». Ролева гра здійснюється з декількох дій: актуалізації проблеми, її рішення і закріплення результатів. Терапевтичні групові ігри мають на своїй меті усунення афективних перешкод в міжособистісних відносинах, повчальні ігри для досягнення адекватнішої адаптації та соціалізації підлітків з депресією.

З метою забезпечення профілактики прогресування депресивних розладів у підлітків необхідно використовувати чотирихосовий принцип аналізу динаміки хвороби:

- клініко-психопатологічний симптомокомплекс (етап статичності);
- психосоціальний, як причинний чинник (вітальний, компонент особистісних цінностей);
- особистісно-динамічний і особливості соціального статусу (ступінь вираженості конфлікту — висока, середня і низька; спрямованість конфлікту — міжособистісний, внутрішньоособистісний і змішаного типу; актуальність конфлікту — гострий, тривалій, хронічний) (етап динаміки захворювання);
- аналіз динаміки афективного захворювання з урахуванням вікового чинника, психологічних та особливостей соціального функціонування підлітка, клініко-нейрогормональних показників (показники обміну серотоніну і рівня екскреції мелатоніну, кортизолу), імовірнісний прогноз тій або іншої форми перебігу депресивного розладу у підлітків.

ВИСНОВКИ

Урахування вищевказаних показників при оцінці динаміки афективного захворювання дозволяють виділити діагностичні та прогностичні ознаки ефективності терапевтичного втручання, визначити прогноз перебігу депресії (сприятливий або несприятливий) та стратегію терапевтичного втручання на етапах клініко-динамічного спостереження і проведення вторинної психопрофілактики та реабілітації.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Depression in young people / Anita Thapar at al. // *The Lancet*. – 2022. – V. 400, Issue 10352, P. 617–631 doi: 10.1016/S0140-6736(22)01012-1.
2. Настанова щодо скринінгу, діагностики та лікування депресії у дорослих пацієнтів та осіб підліткового віку // *НейроNEWS*. – 2018. – № 1 (94). – С. 46–52.

3. Психосвітня програма у системі нейрореабілітації підлітків з депресивними розладами / Е. А. Михайлова, Т. М. Матковська, Д. А. Мігельов, О. Е. Беляєва // *Український вісник психоневрології*. – 2022. Том 30, випуск 3 (112) – С. 115–119. doi: 10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-93.

4. Ryan N. D. Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*. – 2005. – V. 366(9489). – P. 933–940. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67321-7.

5. Depression and Anxiety Screening in Adolescents With Diabetes / Watson S.E. at al. // *Clinical Pediatrics*. – 2020.V. 59(4–5). – P. 445–449. doi: 10.1177/0009922820905861.

6. The relationship between serum fatty acids and depressive symptoms in obese adolescents / Sandra Maria Chemin Seabra da Silva at al. // *British Journal of Nutrition*. – 2023 – V.129, Issue 12, P. 2199–2208. doi: 10.1017/S0007114522002835.

7. Effects of a standardized extract of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on depression and anxiety symptoms in persons with schizophrenia participating in a randomized, placebo-controlled clinical trial / Gannon, J. M., Brar, J., Rai, A., & Chengappa, K. R. // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2019. – V31(2), P. 123–129.

8. Effects of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on Stress and the Stress-Related Neuropsychiatric Disorders Anxiety, Depression, and Insomnia / Speers A. B., Cabey K. A., Soumyanath A, Wright K. M. / *Curr Neuropharmacol*. – 2021. – V.19(9). – P. 1468–1495. doi: 10.2174/1570159X19666210712151556.

9. Clinical study on aromatherapy combined with physical exercise in treating insomnia symptoms of adolescent depression / Wen Wang and Xiaoqin Tang // *CNS Spectrums*. – 2023. – V. 28, Supplement S1, P. 26. doi: 10.1017/S1092852923000986.

10. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis / Matthijs Oud at all. // *European Psychiatry*. – 2019 – Vol. 57, P. 33–45. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.12.008.

11. Strategies not accompanied by a mental health professional to address anxiety and depression in children and young people: a scoping review of range and a systematic review of effectiveness / Miranda Wolpert at al. // *Lancet. Psychiatry*. – 2019. – V. 6, Issue 1, P. 46–60. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30465-6.

12. Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, Cox GR, Merry SN, Meader N. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5. Art. No.: CD013674. doi: 10.1002/14651858.CD013674.pub2.

13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline [NG134]; 25 June 2019. Available at nice.org.uk/guidance/ng134.

14. Bernaras E., Jaureguizar J. and Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. // *Front. Psychol*. – 2019. – 10:543. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00543.