

# ДО ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ЗІ ЗМІШАНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА КОМОРБІДНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Рябокоть Н. О.

КНП Сумської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Суми

Метою даного дослідження була розробка комплексної моделі реабілітаційної допомоги дітям із змішаними тривожно-депресивними розладами та коморбідною соматичною патологією. Впровадження комплексної реабілітації призвело до регресу тривожної та депресивної симптоматики у короткі терміни у 88,7 % дітей, покращення соціального та когнітивного функціонування, зменшення дистресу, тривалої ремісії як тривожно-депресивного розладу, так і соматичного захворювання.

**Ключові слова:** змішаний тривожно-депресивний розлад, діти, лікування, реабілітація

## К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СМЕШАНЫМИ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рябокоть Н.А.

Целью данного исследования была разработка комплексной модели реабилитационной помощи детям со смешанными тревожно-депрессивными расстройствами и коморбидной соматической патологией. Внедрение комплексной реабилитации привело к регрессу тревожной и депрессивной симптоматики в короткие сроки у 88,7% детей, улучшению социального и когнитивного функционирования, уменьшению дистресса, длительной ремиссии как тревожно-депрессивного расстройства, так и соматического заболевания.

**Ключевые слова:** смешанное тревожно-депрессивное расстройство, дети, лечение, реабилитация

## TO THE PROBLEM OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND COMORBID SOMATIC PATHOLOGY

Riyabokon N.O.

The aim of this study was to develop a comprehensive model of rehabilitation care for children with mixed anxiety and depressive disorders and comorbid somatic pathology. The introduction of comprehensive rehabilitation led to the regression of anxiety and depressive symptoms in the short term in 88.7% of children, improved social and cognitive functioning, reduced distress, long-term remission of both anxiety and depressive disorders and somatic disease.

**Keywords:** mixed anxiety and depressive disorder, children, treatment, rehabilitation

### ВСТУП

Депресія, тривога та змішаний тривожно-депресивний розлад (ТДР) є актуальними проблемами сучасної клінічної та соціальної дитячої психіатрії (Голубева Н. І., 2015, Проскурина Т. Ю., 2017). ТДР непсихотичного регістру є найбільш розповсюдженими психічними розладами нашого часу та становлять вагомую групу хворобливих розладів пограничної психіатрії (Рогозина М. А, 2016).

Існують різні погляди на проблему лікування та реабілітації ТДР (М. Gámez-Guadix, 2014, Марценковський І. І., 2018). У дорослій популяції пріоритетним є використання психотропних препаратів, переважно антидепресантів і анксиолітиків

(V. Svab, 2011, Читлова В. В., 2012). Питання лікування та реабілітації дітей з ТДР розроблене недостатньо. Залишається актуальною проблема вибору терапії, надання реабілітаційної допомоги в залежності від факторів формування, індивідуальних особливостей онтогенезу, психопатологічних проявів захворювання та особливостей соціального функціонування дитини.

Згідно з чинним законодавством та зважаючи на реформування медичної галузі, профілактика, первинна діагностика ТДР і, за необхідності, подальша профільна лікувально-реабілітаційна допомога пацієнтам повинна проводитися на первинному рівні надання медичної допомоги. На жаль, в Україні лі-

карі загальної практики недостатньо інформовані щодо діагностики та лікування психічних розладів, зокрема ТДР (Косинська С. В., 2015, Марута Н. О., 2018, Чабан О. С., 2018). Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Розробка комплексної моделі реабілітаційної допомоги дітям із змішаними тривожно-депресивними розладами на підставі дослідження клініко-психопатологічної феноменології, психологічних, біологічних, соціальних чинників їх формування.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Комплексне дослідження дітей проводилося у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні, Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері. Обстежено 547 дітей соматичних відділень СОДКЛІ, 144 дитини психоневрологічного відділення та 998 дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра СОКПНД. Для подальшого дослідження, оцінки ефективності реабілітаційних заходів відібрано 160 дітей з ТДР. Групу контролю склали 100 практично здорових дітей (46 дівчат, 54 хлопця).

У роботі використаний клініко-психопатологічний метод, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання. Патопсихологічний метод включав шкалу оцінки депресії CDRS-R (Elva O. Poznanski, Hartmut V. Mokros, 1996), шкалу реактивної та особистісної тривожності (Ч. Д. Спілбергер, Ю. Л. Ханін, 1978), методику запам'ятовування 10 слів (А. Р. Лурія, 1964), «Опитувальник для визначення ознак вегетативних змін» (А. М. Вейн, 1998), соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування: «Шкала сімейного оточення» (С. Ю. Купріянов, 1985), «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3, Д. Х. Олсон, 1986), сімейна соціограма (Е. Г. Ейдемільер, 1996).

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Базуючись на отриманих у ході роботи даних, була розроблена та апробована комплексна модель медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР, побудована за принципами мультидисциплінарності, системності та багаторівневості.

Модель включає декілька етапів.

**Перший етап** – діагностичний, який включає наступні заходи:

- скринінг-діагностика невротичного стану на первинному рівні надання медичної допомоги (спектр тривоги вивчався за допомогою шкали

Спілбергера-Ханіна, спектр депресії – за шкалою CDRS-R);

- виявлення стресових факторів, що призводять до виникнення тривоги і депресії;
- вивчення мікросоціального оточення дитини;
- психологічне консультування;
- вивчення клінічних особливостей ТДР у дітей;
- консультація дитячого психіатра (призначається у складних діагностичних випадках, коли є необхідність проведення диференційної діагностики з іншими психопатологічними станами, показане призначення психотропних засобів, наявна виражена соціальна дезадаптація дитини).

**Другий етап** – лікувально-реабілітаційний.

Заходи:

- психологічна корекція, спрямована на редукцію тривоги у дітей (арт-терапія, ігрова терапія, казкотерапія, корекцію порушених сімейних стосунків), курс по 10-12 занять при погіршенні стану дитини;
- психотерапевтична допомога (сімейна психотерапія (спрямована на усунення сімейних конфліктів, неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки членів сім'ї, формування довірливих стосунків з дитиною, покращення емоційної атмосфери в сім'ї), когнітивно-поведінкова терапія (направлена виявлення і модифікацію негативних автоматичних думок, дисфункціональних переконань і схем, експозицію фобічних об'єктів і ситуацій, планування діяльності, релаксацію), курсами по 10-12 сеансів;
- медикаментозна терапія ТДР та коморбідної соматичної патології;
- соціальна адаптація протягом всього періоду наявної психопатології, направлена на попередження конфліктів з однокласниками, вчителями, оточуючими, покращення соціального функціонування дитини.

**Третій етап** – профілактичний. Первинна профілактика проводиться в сім'ях, де виявлені фактори формування ТДР. Вторинна профілактика проводиться після реабілітаційного лікування дитини з ТДР з метою попередження загострення наявної психопатології. Профілактичний етап не обмежений у часі, він триває поки продовжують діяти фактори, які сприяють виникненню ТДР у дитини. Заходи:

- психоосвіта батьків і дітей (інформування про фактори формування, розвитку і реабілітації дитини з ТДР);
- психоосвіта лікарів первинного рівня надання медичної допомоги щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики ТДР у дітей;
- психологічна корекція;
- соціальна адаптація.

З метою оцінки ефективності запропонованої моделі медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР були сформовані наступні групи дітей (пору-

шення психоемоційної сфери були рівномірними):

- діти першої групи (n = 56) отримували традиційне лікування ТДР: психофармакотерапію (ноотропні та седативні засоби): нообут 0,3-0,5 г на добу, гліцисед 0,3 г на добу, алора 0,2-0,4 г на добу протягом 1 місяця;
- у другій групі дітей (n = 69) застосована запропонована комплексна модель медико-психологічної реабілітації;
- контрольна група дітей з ТДР (n = 35), які не отримували лікування та реабілітації тривожного та депресивного стану, а лише лікування коморбідного соматичного захворювання.

Для оцінки ефективності лікування та реабілітації дітей з ТДР різними методами використана динаміка перебігу ТДР із застосуванням клінічного методу, психопатологічних методик (шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала оцінки депресії CDRS-R), також враховувалася частота загострення ТДР та коморбідної соматичної патології протягом року.

Повторна оцінка стану дітей проведена через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік після реабілітаційного лікування.

Порівняльний аналіз стану дітей з ТДР через 1 місяць після отриманого традиційного медикаментозного лікування та запропонованої комплексної реабілітації показав, що у першій групі дітей лікування було ефективним відносно наступних симптомів ТДР: відчуття тривоги ( $p \leq 0,05$ ), пригніченого настрою ( $p \leq 0,05$ ), зниження інтересів ( $p \leq 0,05$ ), дратівливості ( $p \leq 0,05$ ), порушення сну ( $p \leq 0,05$ ), кардіалгій ( $p \leq 0,05$ ), гастралгій ( $p \leq 0,05$ ), нудоти ( $p \leq 0,01$ ), дискінезії кишечника ( $p \leq 0,01$ ), головного болю напруження ( $p \leq 0,01$ ).

Після комплексної реабілітації отримані достовірні позитивні результати відносно відчуття тривоги ( $p \leq 0,01$ ), плаксивості ( $p \leq 0,05$ ), стомлюваності ( $p \leq 0,05$ ), пригніченого настрою ( $p \leq 0,01$ ), зниження інтересів ( $p \leq 0,05$ ), утруднення з отриманням задоволення ( $p \leq 0,01$ ), дратівливості ( $p \leq 0,01$ ), порушення уваги ( $p \leq 0,05$ ), зниження працездатності ( $p \leq 0,05$ ), порушення сну ( $p \leq 0,05$ ), кардіалгій ( $p \leq 0,05$ ), гастралгій ( $p \leq 0,01$ ), нудоти ( $p \leq 0,01$ ), дискінезії кишечника ( $p \leq 0,01$ ), головного болю напруження ( $p \leq 0,01$ ).

Отже, після отриманого лікування та реабілітації у обох групах дітей були встановлені достовірні позитивні результати. Покращення стану дітей з ТДР було більш значущим у групі дітей, які отримували комплексну медико-психологічну реабілітацію.

Встановлено, що через 6 місяців після традиційного медикаментозного лікування достовірної різниці між станом дітей, які отримали лікування, та контрольної групи дітей не було. Клінічні прояви ТДР у дітей були майже тієї ж інтенсивності, що й до лікування.

У групі дітей, які отримували запропоновану мо-

дель реабілітації, прояви ТДР значно зменшилися. Отримані достовірні позитивні результати відносно відчуття тривоги ( $p \leq 0,01$ ), плаксивості ( $p \leq 0,01$ ), стомлюваності ( $p \leq 0,01$ ), пригніченого настрою ( $p \leq 0,01$ ), зниження інтересів ( $p \leq 0,01$ ), утруднення з отриманням задоволення ( $p \leq 0,01$ ), почуття провини ( $p \leq 0,05$ ), зниження самооцінки ( $p \leq 0,01$ ), фобій ( $p \leq 0,01$ ), дратівливості ( $p \leq 0,01$ ), порушення уваги ( $p \leq 0,05$ ), зниження працездатності ( $p \leq 0,01$ ), порушення сну ( $p \leq 0,01$ ), порушення апетиту ( $p \leq 0,05$ ), кардіалгій ( $p \leq 0,05$ ), почуття нехватки повітря ( $p \leq 0,05$ ), гастралгій ( $p \leq 0,05$ ), нудоти ( $p \leq 0,01$ ), дискінезії кишечника ( $p \leq 0,01$ ), головного болю напруження ( $p \leq 0,01$ ).

Проведене клінічне та патопсихологічне обстеження трьох груп дітей через 1 рік після лікування показало, що стан дітей після курсу медикаментозного лікування, як і стан дітей, які не отримували лікування були подібними. Спостерігалася негативна динаміка відносно емоційних проявів, когнітивних порушень та соматичних скарг.

У групі дітей, які отримували запропоновану модель медико-психологічної реабілітації, відмічено достовірно позитивну динаміку по всім клінічним проявам ТДР. У порівнянні зі станом цих дітей 6 місяців тому, відзначається покращення їх когнітивного функціонування у 88,7 % дітей, значне зменшення соматичних скарг та повне відновлення їх соціальної адаптації.

Аналіз кількісних показників рівня тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна також підтвердив значно вищу ефективність запропонованої моделі реабілітації.

Встановлено, що рівень ситуативної та особистісної тривоги достовірно значно знизився через 6 місяців ( $p \leq 0,05$ ) та через 1 рік ( $p \leq 0,01$ ) після застосування запропонованої моделі лікування ТДР у дітей у порівнянні з дітьми, які отримували традиційне медикаментозне лікування та з дітьми, які не отримували лікування.

Запропонована модель медико-психологічної реабілітації дозволила досягти значуще кращих показників рівня депресії за шкалою CDRS-R.

Встановлено, що рівень депресії достовірно значно знизився через 6 місяців ( $p \leq 0,05$ ) та через 1 рік ( $p \leq 0,01$ ) після застосування запропонованої моделі реабілітації дітей з ТДР у порівнянні з дітьми, які отримували традиційне медикаментозне лікування та з дітьми, які не отримували лікування лише наявної соматичної патології.

Доведено, що лікування дітей першої групи (використання лише психофармакотерапії) було недостатньо ефективним. Через 4-6 місяців стан цих дітей знову погіршився до попереднього рівня, загострилися прояви наявних хронічних функціональних соматичних захворювань, виникла необхідність у повторному стаціонарному лікуванні.

## ВИСНОВКИ

Розроблена та апробована комплексна модель медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР, побудована за принципами мультидисциплінарності, системності та багаторівневості.

У результаті застосування комплексної реабілітації дітей з ТДР у 88,7 % пацієнтів спостерігався регрес тривожної та депресивної симптоматики, покращилося соціально-когнітивне функціонування, достовірно рідше відбувалося загострення наявної хронічної соматичної патології, що підтвердилося зменшенням частоти госпіталізації в соматичні відділення до 1 разу на рік.

Застосування комплексної медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР сприятиме покращенню перебігу соматичних захворювань, профілактиці важких резистентних форм тривоги і депресії, превенції психосоціальної дезадаптації дітей.

## БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

Дробижев М. Ю. Антидепрессанты при тревоге, анксиолитики при депрессии? / М. Ю. Дробижев, А. В. Федотова, С. В. Кикта // Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2013; Вып. 2. – С. 74-78.

Забозлаева И. В. Депрессии у детей и подростков: диагностика, клиника, терапия / Забозлаева И. В., Малинина Е. В., Колмогорова В. В. // Учебное пособие. – Челябинск. – 2015. – 94 с.

Марута Н. А. Современные проблемы коморбидных расстройств в психиатрии: взгляд специалистов / Н. А. Марута // Український медичний часопис. – 2013-06-14. – С. 1-4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua).

Марценковский И. А. Депрессивные расстройства у детей и подростков / И. А. Марценковский, И. И. Марценковская // НейроNEWS. – 2017. – № 3 (87). – С. 40-45.

Михайлова Е. А. Депрессия у детей и подростков [Текст] / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина. – Х.: Стиль-Издат, 2016. – 626 с.

Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth A Randomized Effectiveness Trial [Text] / John R. Weisz [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2012. – Vol. 69, N 3. – P. 274-282.

The problem of rehabilitation of children with anxiety and phobic disorders / E. Mykhailova, T. Proskurina, T. Matkovska, D. Mitelov, N. Ryabokon // 26th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 48S (2018) S141-S452/ – March 2018. – S. 158-159.

Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds, 2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.