

Медична психологія та психотерапія в педіатрії: сучасні виклики

15 вересня 2017 р. у Державній установі (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук (НАМН) України» в Києві відбувся Науковий симпозіум «Актуальні питання психосоматики, медичної психології та психотерапії в педіатрії», в якому взяли участь науковці та лікарі, які працюють у галузі сімейної медицини, педіатрії, перинатології, соціальної педіатрії, дитячої психосоматики, медичної психології, дитячої психіатрії та психотерапії, реабілітології.

Під час симпозіуму з доповідями виступили провідні українські вчені у напрямку дитячої психології та психіатрії, доповідачі також представили клінічні випадки, які були обговорені та проаналізовані разом з учасниками форуму.



Зокрема **Галина Пилягіна**, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, у доповіді «Депресія юнацького віку» зазначила, що проблема, якій присвячено симпозіум, набуває дедалі більшого загострення і поширення у зв'язку з чинниками, на які медикам впливати складно, натомість доводиться долати наслідки. Вона зазначила, що сьогодні не можна стверджувати, ніби

по допомогу звертаються мало пацієнтів, навпаки — не тільки батьки приводять до лікаря своїх «проблемних» дітей, а й самі підлітки за власною ініціативою приходять на прийом до психолога, психотерапевта. Це свідчить про те, що менталітет у цьому сенсі змінюється, і люди позбавляються упередженості щодо психіатрів, натомість чекають від них дієвої кваліфікованої допомоги. Але робота ускладнюється низкою невирішених питань. По-перше, немає статистичних даних щодо поширення невротичної патології серед підлітків, тож не можна робити висновків про те, яка патологія превалює, яким є спектр цих розладів тощо. Спираючись на власний клінічний досвід, Г. Пилягіна повідомила, що останнім часом (важливо відзначити, що за дуже короткий час — лише 3–4 роки) суттєво змінився характер звернень щодо тяжких станів саме депресивного спектра. Адже підліткова депресія проявляється дещо інакше, аніж у дорослих чи маленьких дітей. Крім того, це стан, який може маніфестувати у віці 9–10 років. Отже, зовні — це, перш за все, поведінкові розлади, які розцінюються як проблеми пубертатного віку. З огляду на це їх часто або ігнорують, або суттєво перебільшують. Зрозуміло, що обидва підходи помилкові. Те, у що це потім виливається, і становить суть проблеми. Іншими словами, часто люди звертаються за лікарською допомогою занадто пізно, коли вже складно істотно вплинути на ситуацію. Адже саме у пубертатному віці закладається сценарій/формується позиція людини, з якою вона фактично житиме все своє життя. Мова йде про те, що ненадання вчасної медичної допомоги тягне за собою формування проблеми, що прийнято називати «соціально-економічний тягар суспільства». Адже якщо людина молодого віку неспроможна реалізувати свої здібності, жити повноцінно, то і користі суспільству мало.

На конкретному прикладі це виглядає так. 15-річна дівчина на тлі нервової анорексії не може впоратися з наростаючою кількістю проблем: конфлікти з учителями в школі, погіршення взаємовідносин із друзями тощо. На жаль, мати пішла на повіді в ситуації, що склалася. По суті протягом двох років вони жили за таким сценарієм: дочка влаштувала істеріку, не бажаючи йти до школи, — її залишали вдома й перевели на індивідуальне навчання. Так дівчина і закінчила школу. У віці 17 років вона вступила до вищого навчального закладу, але відвідувати його змогла лише лічені дні: на момент звернення вона знову, вже у виші, пропускала

заняття. Підсумовуючи: розумна, розвинена дівчина, без яскраво вираженої депресивної симптоматики виявляється не здатною вести нормальний спосіб життя, оскільки досить тривалий час перебувала поза соціуму, тож і своє нове (студентське) життя починає поза соціуму. Іншими словами, сценарій закріпився. Водночас проблема, яка потребує вирішення, — допомогти таким людям жити нормальним життям.

Швидше за все в подібних випадках психіатр або психотерапевт, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, при встановленні діагнозу звернеться до розділу F9, рубрики F91 — «розлади поведінки», розцінюючи таку поведінку як прояв вікових соціальних порушень. Але все може виявитися набагато глибше і складніше. Раніше психіатрами розроблений і описаний в науковій літературі термін «юнацька психічна неспроможність» або «псевдосимплекс-синдром», в основі якого полягає нешизофренічна симптоматика. Це пацієнт молодого віку, який нічого не хоче, нічого не робить, мало чим цікавиться, досить обмежений у своїх інтересах тощо. Проте реального ендогенного процесу за цим немає. Складність у тому, що 20–30% пацієнтів з цього пулу можуть згодом «виходити в ендегенізацію». Психіатри орієнтуються на 70% випадків, в яких ендегенізації не відбувається, але 30% — досить велика частка пацієнтів, тому важливо пам'ятати, що така симптоматика цілком може бути дебютом ендогенної патології. Ці люди молодого віку, які нічого не прагнуть, нічого не бажають, майже не виходять із квартири, не пред'являють якихось особливих скарг, але й не живуть! Сюди ж потрібно віднести астеничний варіант розладу, оскільки дуже часто це відбувається після виснаження та перевантажень на тлі важкого навчання. Психіка дитини, не витримавши інформаційного навантаження, спочатку реагує астеничною симптоматикою. Звичайно, у цьому разі можна зменшити навантаження (наприклад відмовитися від відвідування якоїсь із секцій), але після повернення до колишніх навантажень організм почне виробляти захисний механізм, демонструючи ще більшу симптоматику, аби не повертатися до «перевантажувального» способу життя.

Професор також звернула увагу слухачів на різноманітність неврологічних, психопатологічних «масок» депресії та їх клінічні варіанти. Так, психопатологічні розлади мають зазвичай тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, іпохондричні, неврастенічні клінічні варіанти. Депресія може «маскуватися» і під порушення біологічного ритму (безсоння, гіперсомнія). Вегетативні, соматизовані ендокринні розлади клінічно проявляються синдромом вегетативної дисфункції, запамороченням, нейродермітом, порушеннями менструального циклу та іншими порушеннями. Різні клінічні варіанти больового синдрому (головний біль, кардіалгія, біль у животі, фіброміалгія, невралгія, псевдоревматична артралгія тощо) теж можуть бути «маскою» депресії.

Окремо Г. Пилягіна виділила ще одну сучасну проблему — іпохондрізацію. Адже сьогодні пацієнти добре поінформовані про хвороби, методи лікування, фармакотерапію тощо. Це, з одного боку, добре, але іноді сприяє розвитку іпохондричного синдрому. У підлітків це може виражатися поглибленням у хворобливі переживання, постійне відчуття себе хворим (хвороба стає сенсом існування). На жаль, такі явища зараз спосте-

рігають досить часто, особливо в «переломні» періоди: наприклад в останні роки навчання у школі, коли перспектива майбутнього життя ще не дуже зрозуміла, що викликає деяке занепокоєння і навіть страх.

Нагадає лікар і про ті загрози, які несе інформаційне середовище (скоріше інформаційний тиск). Соціальні інтернет-мережі, створені з метою швидкого поширення інформації, нерідко стають знаряддям для маніпуляцій. У тому, що це спроби маніпулювання, сумнівів майже не лишається (яскравий приклад тому — «групи смерті»). У нашій реальності увійшло таке поняття, як секстинг (пересилання особистих фотографій, повідомлень інтимного характеру), що донедавна було би кваліфіковано, як розбещення. Наразі ж фахівці дискутують на цю тему, а деякі вважають, що секстинг сам по собі не несе шкоди, а є лише способом пізнання своєї сексуальності.

Говорячи про агресивний вплив інформаційного середовища, надмірне захоплення гаджетами, комп'ютерну залежність тощо, Г. Пілягіна зауважила, що йдеться, перш за все, про занурення дітей у химерну віртуальну реальність, яка звільняє від необхідності розуміння та адаптованості в реальних власного життя. В цьому лікар вбачає велику проблему.

Підбиваючи підсумки, доповідач зазначила, що проблема підліткової депресії — це, перш за все, поліморфність, глобалізація емоційних переживань, яка ускладнює діагностику й розуміння фокуса роботи з цими пацієнтами, призводить до різкої імпульсивності, саморуйнівних дій, що можуть мати незворотні наслідки.



Щодо питання депресивних розладів у підлітків **Тетяна Пушкарьова**, доктор медичних наук, головний науковий співробітник Центру психосоматики та психотерапії ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», додала, що важливим аспектом, який впливає на профілактичні заходи і якість лікування, є виявлення групи ризику. До останньої, перш за все, потрібно віднести дітей, чії матері страждали на передпологову/післяпологову депресію.

В Україні післяпологова депресія у жінок досить поширена. За даними дослідження, проведеного на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», перед-/післяпологову депресію діагностують у 19% жінок. Великий вплив на цю ситуацію спричиняють різні форми соціального, сімейного неблагополуччя. Тому важливою є командна робота, до якої мають бути залучені дитячі психіатри, дитячі психологи, педіатри і викладачі. Контакт зі школою і дошкільним закладом є обов'язковим. Добре, що сьогодні у багатьох дитячих садочках працюють кваліфіковані психологи, які сприяють тому, аби налагоджувати контакт між педагогами та дітьми, батьками та педагогами, батьками та дітьми.



Цю тему, але з дещо іншого ракурсу, доповіддю «Насильство над дитиною як чинник деструктивного впливу на формування особистості» продовжила **Олена Анопрієнко**, завідувач Центральної медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги НДСЛ «Охматдит».

Сім'я — середовище формування особистості, всі поведінкові риси, інтереси і традиції наслідуються дитиною і, безумовно, мають великий вплив на формування людини. Насилля — навмисне застосування різних форм примусу щодо конкретної особи з метою досягнення певної мети. На жаль, інколи насилля стає стилем виховання дитини в родині. Результат такого «виховання» — низька самооцінка, високий рівень тривоги, затримка психічного і фізичного розвитку. А, якщо дитина відчуває до себе жорстоке ставлення, то в подальшому житті також буде демонструвати агресивну поведінку. Отже, важливо, щоб робота із сім'єю була спрямована на адекватне виховання та формування всебічно розвинутої соціально адаптованої особистості.



Микола Хайтович, завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, представив слухачам цікаву змістовну доповідь на дуже актуальну нині тему: «Стиль життя і первинний головний біль у дітей та підлітків».

Головний біль — найпоширеніша скарга, що може стосуватися дуже широкого спектра психосоматичних розладів. Професор розпочав свою доповідь з аналізу такого аспекту, як спосіб життя. Як відомо, здоровий спосіб життя знижує ризик розвитку багатьох захворювань, а його модифікація є однією зі складових профілактики та лікування захворювань.

Нині відзначають збільшення кількості звернень дітей та підлітків за невідкладною медичною допомогою з приводу інтенсивного головного болю. Будь-яка лихоманка, інтоксикація супроводжуються головним болем, але є також поняття первинного головного болю. У дітей необхідно розрізняти переважно два захворювання — головний біль напруження і мігрень. До критеріїв, на основі яких встановлюють діагноз «мігрень», відносять ≥ 5 нападів головного болю тривалістю 4–72 год, який відповідає щонайменше двом таким характеристикам:

- однобічна локалізація;
- пульсуючий характер;
- помірний або інтенсивний біль;
- фізичні навантаження спричиняють погіршення.

Крім цього, має бути наявним щонайменше один із нижчезазначених проявів:

- нудота і/чи блювання;
- фото-/фонофобія.

Первинний головний біль напруження зазвичай пов'язаний із психосоматикою, тривожністю, прихованою депресією. Тож якісно і ретельно зібраний анамнез є важливою складовою у встановленні діагнозу.

За даними дослідження щодо зв'язку поведінки дітей та виникнення головного болю, в якому взяли участь учні київських середніх шкіл, зроблено висновок про те, що особливості стилю життя (тривалість нічного сну; кількість годин, проведених перед телевізором, комп'ютером; конфлікти в сім'ї тощо) мають безпосередній вплив на виникнення і тривалість головного болю. Особливий вплив мають такі фактори, як порушення режиму сну і тривале перебування за комп'ютером (зазвичай хлопці зловживають комп'ютерними іграми, дівчата надто захоплюються соціальними мережами).

Щодо лікування існують чіткі стандарти. Передусім, доповідач зауважив, що застосування лікарських засобів, що містять кофеїн, абсолютно неприпустиме у цих пацієнтів. При легкому або помірному нападі головного болю можливе застосування парацетамолу, ібупрофену, за наявності нудоти — метоклопраміду (але у низьких дозах, адже діти дуже чутливі до нього). Звісно, чим раніше вжити препарат, тим ефективніше він усуне напад. Але варто пам'ятати, що часте застосування цих лікарських засобів може призвести до абuzuсного головного болю. У більш тяжких випадках призначають триптани.

М. Хайтович також звернув увагу слухачів на можливості психотерапевтичних методів лікування і профілактики головного болю у дітей, зокрема когнітивно-поведінкової терапії. Доведено, що сеанси останньої ефективніші, якщо до них підключаються батьки дитини.

Отже, симпозіум, що відбувся, став прекрасною нагодою учасникам отримати нові знання, ознайомитися з досвідом колег, представити власні напрацювання, взяти участь у професійному діалозі. Активна дискусія, що відбулася, ще раз засвідчила актуальність обговорюваних тем.

Під час симпозіуму також розглядали організаційні, теоретичні та методичні питання психосоматики, медичної психології і психотерапії в педіатрії.

Тетяна Стасенко