

Проблеми психічного здоров'я дітей: сучасні підходи до діагностики та лікування

Вже 14-й рік поспіль учасники Науково-практичної конференції «Актуальні питання медичної психології, психосоматики та психотерапії в перинатології та педіатрії» — лікарі та науковці, які працюють у галузі медичної психології, дитячої психіатрії, психотерапії, психосоматики та дитячої психоневрології, педіатри, перинатологи, сімейні лікарі, реабілітологи та інші фахівці — збираються у стінах Державної установи (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук (НАМН) України», щоб обговорити проблеми збереження психічного здоров'я українських дітей.

Відкриття конференції

Цьогоріч організатори заходу — НАМН України, Асоціація педіатрів України, Центр психосоматики та психотерапії ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» — включили до програми конференції широке коло питань, серед яких:

- сучасні підходи до ранньої діагностики, терапії та профілактики психосоматичних і психічних розладів і порушень у дітей та підлітків;
- актуальні проблеми перинатальної психотерапії: психотерапія відносин вагітна — плід, немовля — батьки, ментальне здоров'я немовляти;
- стратегія психологічного супроводу сімей дітей із соматичними, неврологічними і психосоматичними розладами.

У вітальному слові до учасників зібрання директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», академік НАМН України **Юрій Антипкін** особливо відзначив, що перший в Україні Центр перинатальної психосоматики та психотерапії було створено в Інституті ще в 2003 р. за ініціативи академіка О.М. Лук'янової та проведено піонерські дослідження з перинатальної психосоматики та психотерапії. Всевітньо відомий педіатр-науковець прозорливо передбачив актуальність цього напрямку задля зміцнення психічного та фізичного здоров'я дітей України. На сьогодні Центр здобув заслужене визнання не тільки в нашій країні, але й за кордоном, успішно співпрацює з колегами з Великої Британії, Німеччини та інших європейських країн, міжнародними асоціаціями — Всесвітньою асоціацією ментального здоров'я немовлят, Європейською федерацією психоаналітичної психотерапії, Міжнародною психоаналітичною асоціацією. Промовець представив членів президії та побажав учасникам конференції плідної роботи.

Депресивні розлади поведінки у дітей: причини та наслідки

Наукову програму конференції відкрила завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Галина Пилягіна**. З перших же хвилин своєї доповіді «Психогенез та феноменологія депресивного розладу поведінки» вона зуміла прикути увагу слухачів до надзвичайно актуальної не лише в медичному, але і в соціальному аспекті проблеми становлення розладів особистості та саморуйнівної поведінки у підлітків. За словами професора, головною проблемою розладів поведінки у дітей є те, що вони виникають на тлі морфологічної та психологічної незрілості організму і за наявності психотравмуючих ситуацій чинять значний негативний вплив на подальше становлення особистості.

Серед основних проблем підліткових депресій промовець відзначила:

- обов'язковість деструктивних відносин в сім'ї, що включає не тільки очевидне насилля чи зневагу до батьківських обов'язків, але і консюмеризм, проблему гіперможливостей,

проблему надранньої дорослості (коли батьки делегують своїм чадам прийняття важливих «дорослих» рішень, хибно покладаючись на наявність у дітей стратегічного мислення);

- часту схожість із симптоматикою шизофренічного спектра: «юнацькою астенічною неспроможністю» — псевдосимплекс-синдромом, симптоматикою «метафізичної інтоксикації», дисморфобією;
- переважання поведінкових порушень: епатажна агресивність, імпульсивність, дисфоричність, гебоїдність;
- високий ризик самопошкоджувальних (суїцидальних) дій.

Неодмінно слід враховувати і агресивно-деструктивний вплив інформаційного середовища на дітей та підлітків. Його найбільшими загрозами, на думку доповідача, є:

- інтернетзалежність з одночасною девіацією сну та суттєвим зменшенням фізичної активності;
- «Facebook-депресія» (внаслідок тривалого перебування в соціальних мережах);
- кібер-переслідування (включаючи «групи смерті»), кібер-булінг;
- інтернет-сексинг (відправка та отримання інформації сексуального характеру), онлайн-домогання;
- офлайн-поведінка в онлайн-режимі.

До основних психотравмуючих компонентів Г. Пилягіна віднесла:

- тривалість стресорної дії (деструктивні відносини в сім'ї);
- надмірність навантаження та перенапруження (постійний стан дитини, підлітка);
- недорозвинення особистісних ресурсів;
- перспективу незмінності ситуації.

На думку Г. Пилягіної, для підлітків характерний швидкий (до кількох годин) розвиток саморуйнівної поведінки і перехід до імпульсивних дій, у тому числі — до життєзагрозливих суїцидальних дій. Самопошкодження є своєрідним «криком про допомогу», посланням до оточуючих про неможливість подолання негативних емоцій та розгубленості. Проблема посилюється тим, що дорослі — батьки або вчителі — часто реагують на подібну поведінку засудженням, намаганнями необґрунтованого обтяження діагнозу психічного розладу.

Доповідач звернула увагу аудиторії на результати проведених на кафедрі досліджень, які дозволили встановити взаємозалежність між притаманними цим пацієнтам рівнями депресії, імпульсивності та дисфорії. Для прогностичної оцінки саморуйнівної поведінки важливим є визначення аутодеструктивного потенціалу, який відображає сукупність її проявів (суїцидальні ідеї, самопорізи, нервова анорексія тощо) та ступінь їх пошкоджувального впливу на організм та особистість у певний період та за конкретних умов. Подібна оцінка дає змогу побудувати адекватну тактику терапії, сфокусовану на фармакологічному лікуванні депресії або на корекції поведінкових порушень.

Безумовно, великий інтерес слухачів викликала інформація про синдром Хікікоморі. Як пояснила професор, його назва походить від японського терміну, що визначає людей, які відмовляються від соціального життя та прагнуть до крайнього ступеня

соціальної ізоляції. Вони на тривалий період (понад 6 міс) усамітнюються від суспільства та сім'ї в окремій кімнаті, не мають будь-якої роботи чи заробітку, живуть на утриманні у батьків або на виплати по соцзабезпеченню. Цей специфічний варіант депресивного розладу поведінки стає все більш поширеним не лише у країнах Сходу, але і в усьому світі, в тому числі в Україні. Частіше він виникає у хлопчиків-підлітків і проявляється «соціально-вегетативним» способом життя, переважно заповненим перебуванням у віртуальній реальності. Часто в англійській літературі як синонім синдрому Хікікоморі використовують термін NEET (Not in Employment, Education or Training), що позначає осіб, які не працюють, не навчаються і фактично нічим не займаються. Як наголосила доповідач, відповідаючи на запитання аудиторії, слід чітко розрізняти аутизацію, притаманну синдрому Хікікоморі (як психологічний процес із симптомами апато-адинамічної депресії), та розлади аутистичного спектра (РАС) як окремої нозології.

Коморбідність аутизму та епілепсії у дітей

Тема РАС знайшла продовження в доповіді «Коморбідність аутизму та епілепсії: особливості терапії при подвійній діагностиці», представленої від групи авторів **Костянтином Дубовиком**, дитячим психіатром, аспірантом відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України. Промовець поінформував, що епілепсія — найпоширеніше коморбідне захворювання при РАС, що діагностується у 11–25% хворих на аутизм (що значно перевищує її поширення у популяції). У свою чергу, специфічні епілептичні порушення на електроенцефалограмі (ЕЕГ) виявляють у 20–39% осіб з аутизмом. Максимальний ризик появи епілептичних нападів при РАС припадає на раннє дитинство та пубертатний період. При епілепсії (епілептичній енцефалопатії) можлива дезінтеграція психіки з появою симптомів спектра аутизму, вторинність яких доводить клінічна ефективність солей вальпроєвої кислоти — в подібних випадках застосування цих препаратів приводить до нормалізації ЕЕГ, редукції рухових порушень та первазивних порушень розвитку. Доповідач ознайомив слухачів із попередніми результатами дослідження, що проводиться в Українському науково-дослідному інституті соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, згідно з якими:

- РАС є факторами ризику несприятливого перебігу епілепсії;
- вогнища епілептиформної та специфічної епілептичної активності на ЕЕГ у дітей з РАС мають причинно-наслідковий (кореляційний) зв'язок із поведінковими та емоційно-вольовими порушеннями, застосуванням нейрометаболических лікарських засобів (можуть посилювати епілептичну активність або впливати на перебіг РАС);
- можна виділити 4 варіанти клінічного перебігу РАС: з уповільненням загального розвитку, із плато відставання у розвитку, з ранньою презентацією симптомів (у віці від 12 до 24 міс), з пізньою презентацією аутистичних симптомів;
- у когорті дітей із подвійною діагностикою РАС та епілепсії в анамнезі відзначають накопичення випадків патологічного перебігу пологів (зокрема передчасних пологів), перинатального гіпоксично-ішемічного ураження мозку (зокрема церебрального паралічу), гідроцефалії, перцепторних сенсорних порушень, гіперкінетичних розладів, випадків функціональних порушень шлунково-кишкового тракту (ШКТ), порушень сну;



- перебіг РАС може ускладнюватися появою епілептичних нападів — патологічні нейрофізіологічні феномени, поява специфічної активності на ЕЕГ можуть передувати первазивним порушенням розвитку та формуванню аутистичної поведінки, а в разі втрати набутих навичок, зокрема мовних, є підстави говорити про епілептичну аутистичну дезінтеграцію/епілептиформний аутистичний регрес;
- протиепілептичні препарати можуть бути ефективними у лікуванні при психічних симптомах аутистичного спектра у дітей з епілепсією, але залишається дискусійним питання щодо доцільності їх застосування при поведінкових порушеннях у дітей з РАС, коли діагноз епілепсії на тлі аутизму ґрунтується лише на підставі наявності епілептичної чи епілептиформної активності на ЕЕГ.

Погляд невролога на проблему РАС у дітей раннього віку представив молодший науковий співробітник відділення психоневрології для дітей з перинатальною патологією та орфанними захворюваннями ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» **Олександр Мірошніков**. Навівши цікаві дані про структурні та метаболічні ознаки ураження центральної нервової системи у дітей з РАС (в тому числі — збільшення об'єму мозку, прогресуюче стоншення кори півкуль, збільшення кількості синапсів, зниження рівня окситоцину, підвищення пре- та перинатального рівня тестостерону, порушення балансу між гальмівними та збуджуючими нейромедіаторами, зниження жирних кислот у крові, мітохондріальні порушення) доповідач окремо зупинився на клінічних ознаках, які дозволяють запідозрити наявність епілепсії у цих хворих, зокрема:

- регрес психомовного розвитку;
- епілептичні напади в анамнезі до появи симптомів РАС;
- нейрометаболическі та нейрогенетичні захворювання;
- наявність пароксизмальних станів у формі порушень або втрати свідомості (наприклад абсансів);
- наявність рухових автоматизмів або стереотипних рухів;
- порушення нічного сну.

Посилаючись на результати дослідження, що проводиться у відділенні під керівництвом доктора медичних наук, професора **Людмили Кирилової**, метою якого є удосконалення ранньої (у віці до 1 року) диференційної діагностики РАС, О. Мірошніков наголосив, що обстеження дітей з підозрою на РАС повинно бути комплексним та націленим на виявлення причин захворювання, зокрема епілептичних енцефалопатій, генетичних захворювань тощо, і має включати:

- збір анамнезу, спостереження за поведінкою, стандартизовані опитувальники та шкали — M-CHAT, CARS тощо;
- ЕЕГ,
- магнітно-резонансна томографія головного мозку;
- огляд психіатра, психолога, логопеда, генетика;
- виявлення метаболічних порушень — визначення рівня лактату, пірувату, гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), жирних кислот, гомоцистеїну, фолієвої кислоти;
- генетичні дослідження.

Для виявлення прихованих епілептичних нападів у дітей з РАС необхідний детальний збір анамнезу, перегляд домашнього відео, проведення ЕЕГ та за необхідності — відео-ЕЕГ нічного сну.

Хотілось би сподіватися, що продемонстровані доповідачем унікальні відеоспостереження за пацієнтами з орфанними захворюваннями — синдромом Мартіна — Белла (синдром ламкої X-хромосоми) та синдромом Ангельмана (делеція 15-ї хромосоми, синдром «щасливої ляльки») — надовго запам'ятаються делегатам конференції та дозволять при нагоді вчасно запідозрити приховані епілептичні напади на тлі парааутистичних розладів при цій рідкісній патології.

Чи впливає соматична патологія та перебіг і прогноз РАС у дітей — на це запитання спробувала відповісти аспірант кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця **Мирослава Матусова**, представивши результати власних досліджень особливостей первазивних порушень розвитку у дітей на тлі функціональних розладів серцево-судинної системи та ШКТ. Молодому науковцю вдалося з'ясувати, що:

- діти з РАС порівняно з контрольною групою мають гірші показники регуляції серцевого ритму;

- знижена дія блукаючого нерва на систему «боротьби та уникання» може свідчити про наявність хронічного стресу в дітей з РАС;
- у дітей з РАС порівняно з дітьми без ознак порушень нейро-розвитку виявляють вищий ризик виникнення функціональних розладів травлення;
- функціональні розлади травного тракту мають статистично значущий вплив на розвиток соціалізації, мовних та пізнавальних функцій у дітей з РАС.

З урахуванням отриманих даних доповідач рекомендувала використовувати комплексний підхід із залученням відповідних спеціалістів до лікування та реабілітації дітей з порушеннями нейророзвитку.

Психотерапія відносин батьки — немовля

Вчені Центру психосоматики та психотерапії ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» вже майже чверть століття продовжують дослідження ментальних проблем вагітних жінок, матерів, батьків та дітей у перинатальний період і протягом перших років життя. Про сучасну психотерапію відносин батьки — немовля (Parent — Infant Psychotherapy — PIP) розповіла колегам головний науковий співробітник Центру, доктор медичних наук **Тетяна Пушкарьова**. Новий метод психотерапії розроблено фахівцями з Великобританії та інших розвинувтих країн Європи на підставі психоаналітичного підходу та сучасних досліджень з раннього розвитку дитини, формування системи прихильності та об'єктних відносин. Посилаючись на результати власних досліджень, вона акцентувала увагу на тому, що кожна п'ята з обстежених українських жінок страждає від післяпологової депресії, а схильність до розвитку психосоматичної патології виявлена у 40% дітей цих матерів. Доведена кореляція між перед- та післяпологовою депресією, при цьому групу ризику становлять жінки із множинними перинатальними втратами або тривалим періодом безпліддя, супутніми соматоневрологічними захворюваннями, хронічним психосоціальним стресом та недостатньою соціальною підтримкою. Як відзначила доповідач, депресія матері детермінує несприятливий початок життя дитини та позбавляє можливості бути її адекватним соціальним партнером, розуміти базові соціальні та емоційні потреби дитини. Фрустрація комунікативних і емоційних потреб чинить негативний вплив на розвиток у дитини соціальних навичок, когнітивних функцій, здібностей та емоційних особливостей. Через соціальне навчання діти переймають характерні для депресивної матері когнітивні, поведінкові й афективні особливості, які наражають їх на ризик депресії.

Порушення прихильності, емоційні, психосоматичні та поведінкові розлади у дітей раннього віку в майбутньому призводять до порушень особистості, формування наркотичної, алкогольної, комп'ютерної залежності, дошкільної та соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки.

Останнім часом, за словами Т. Пушкарьової, на Заході все більше уваги приділяють післяпологовим депресивним розладам у чоловіків. Наявність у батька депресивного розладу чи іншої форми психопатології посилює ризик розвитку психопатології у дитини, і, навпаки, присутність здорового батька в сім'ї з депресивною матір'ю приводить до зниження рівня вираженості поведінкових розладів у дітей шкільного віку. Доповідач поінформувала, що в Україні з 2013 р. спільно з викладачами Тавістокського центру (Лондон, Великобританія) реалізується Українсько-британський проект «Ментальне здоров'я немовлят та спостереження за немовлятами — Тавістокська модель». Це дворічний курс для українських психологів та лікарів, який за британськими програмами готує спеціалістів, які працюють з дітьми та сім'ями. Метою подібного спостереження є збагачення розуміння емоційних станів і розвитку немовляти в сімейній обстановці. На переконання промовця, подібний невербальний досвід дозволяє психотерапевту абсолютно по-новому сприймати і переживати спостереження.

Спеціалісти, які закінчили курси зі спостереження за немовлятами, разом із провідними фахівцями Національного центру дітей та сімей імені Анни Фрейд (Anna Freud Centre for Children and Families — NCCF) започаткували новий учбовий проект — психотерапія відносин батьки — немовлята (PIP). Цей метод унікальний тим, що базується на психоаналітичній парадигмі, але

одночасно у фокусі уваги знаходяться відносини мати — немовля, батько — немовля, сім'я — немовля.

На сьогодні, як зазначила Т. Пушкарьова, в усьому світі визнають, що найважливішими для ментального здоров'я людини є перший «критичний 1001 день» між зачаттям і двома роками життя. Саме тому PIP може починатися ще до або у період вагітності та є ефективним підходом для полегшення труднощів ранніх міжособистісних відносин, формування реципрокних, чутливих відносин, створення здорових патернів емоційного реагування, надійної системи прихильності та підтримки раннього психосоціального розвитку дитини у родині.

Батьки майбутньої дитини часто неоднозначно сприймають звістку про вагітність, а майже кожна жінка в цю мить може розпізнати в собі амбівалентність — коли вона водночас радіє новині й боїться її. Народження дитини за несприятливих обставин посилює роз'єднаність матері та дитини, спричинену стражданнями, які вони обоє перенесли під час пологів.

Крім того, емоційні труднощі батьків можуть бути пов'язані з їх власними необробленими інфантильними спогадами, які виринають із підсвідомості внаслідок тісного контакту з безпорадним немовлям і створюють умови для трансгенераційної передачі інфантильних травм. На думку промовця, саме психотерапія відносин батько — немовля надає шанс перервати подібну трансгенераційну передачу. Водночас PIP-терапія є важливою для подолання батьками післяпологового стресу — для цього буває достатньо короткого курсу психотерапії (2–3 сесії по 8–10 зустрічей один раз на тиждень).

На підтвердження ефективності PIP-терапії Т. Пушкарьова представила «клінічну віньєтку» — сповнену співчуття та натхнення досягнутими результатами історію зміцнення емоційних зв'язків між передчасно народженим хлопчиком, який протягом перших 2,5 міс свого життя перебував у відділенні реанімації, та його виснаженою переживаннями, депресивною матір'ю. Як відзначила у своїх коментарях доповідач, цей випадок ілюструє, що спільні тілесні, передсимволічні відчуття та образи перинатального і постнатального періоду здатні створювати психосоматичне ядро відносин між батьками та немовлятами.

Інсомнія у дітей

Актуальну проблему порушень сну у дітей висвітлив у своїй доповіді завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Микола Хайтович**, сфокусувавши увагу на сучасних можливостях терапії при інсомнії. Доповідач зауважив, що найчастіше порушення сну відзначають у дівчат підліткового віку (понад 30%), а загалом, за даними польських дослідників, у кожній третій дитини наявна інсомнія, а кожна четверта — потребує фармакотерапії. Проведені на кафедрі дослідження частоти інсомнії у школярів продемонстрували, що в тій чи іншій формі (пресомнічна, постсомнічна, інтрасомнічна, комбінована) вона наявна у кожній третій дитини, а 30% дітей сплять менше ніж 6 год/добу. Дані факторного аналізу свідчать, що інсомнія — один з головних чинників виникнення хронічних розладів самопочуття. Серед причин порушень сну переважають стрес (37,8%), розумові навантаження (17,6%), метеозміни (12,6%), стрес у поєднанні з іншими факторами (21,1%). У підлітків з первинною артеріальною гіпертензією інсомнія наявна значно частіше, перебіг її тяжчий, ніж у здорових школярів, а у половини з них порушення сну чітко пов'язані зі стресом.

Починати лікування у разі інсомнії, як наголосив професор М. Хайтович, потрібно з гігієнічних поведінкових втручань. Він рекомендував:

- дотримуватися регулярності у часі засинання та прокидання;
- забезпечити достатність часу для сну;
- не примушувати до засинання;
- уникати дивитися на годинник;
- забезпечити тишу і темряву у спальні;
- видалити потенційні руйнівники сну (телевізор, телефон);
- уникати прийому перед сном психоактивних речовин;
- робити фізичні вправи регулярно, але не перед сном;
- вирішити стресові ситуації та перед сном розслабитися;
- уникати денних дрімання.

У разі відсутності ефекту можливе застосування терапії обмеженням сну або методу стимул-контроль, інтегрованої когнітивно-поведінкової терапії. Сучасні рекомендації щодо фармакологічної корекції інсомнії у дорослих включають: мелатонін та Z-групу (групу імідазопіридинів — прим. ред.) — для покращення засинання; доксерілін та Z-групу — для подовження сну. Призначення бензодіазепінів не рекомендовано.

У дітей традиційно застосовують:

- антигістамінні препарати мають ряд недоліків (можуть посилювати синдром обструктивного апноє уві сні, пригнічувати фазу швидкого сну) та побічних дій (атаксія, сонливість вдень, парадоксальні реакції);
- препарати заліза — залізо є кофактором тирозин-гідроксилази, яка перетворює L-тирозин у допамін;
- L-5-гідрокситриптофан — попередник сератоніну та мелатоніну, який подовжує IV стадію сну;
- бензодіазепіни мають побічну дію, що проявляється гіпотензією, брадикардією, антихолінергічною дією, дисфорією;
- вітамін В бере участь у метаболізмі дофаміну;
- мелатонін — найбільш безпечний, регулює циркадні ритми (пік його продукції в організмі спостерігається з 2-ї до 4-ї години ночі, продукція пригнічується світлом);
- золпідем (препарат Z-групи) — дітям призначають у дозі 0,25 мг/кг маси тіла (не більше 10 мг).

Доповідач відзначив, що мелатонін та препарати Z-групи не порушують фази сну, не призводять до звикання. При призначенні снодійних препаратів слід враховувати:

- ризики взаємодії з іншими лікарськими засобами;
- потенційні побічні ефекти, особливо сонливість вдень;
- мінімізувати дозу препаратів;
- уникати препаратів із тривалим періодом напіввиведення;
- агоністи ГАМК застосовувати при гострому чи короткочасному безсонні, оскільки є ризик відновлення інсомнії після припинення терапії;
- тривала терапія потребує застосування переривчастого застосування снодійних та консультації сомнолога.

Психологічний супровід дітей з тяжкими соматичними захворюваннями

Лікар-психолог Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» **Анастасія Меркотан**, виступаючи від імені колективу авторів, запропонувала аудиторії зосередити увагу на порушеннях адаптації у дітей з онкогематологічною патологією. Доповідач наголосила, що адаптація до хвороби — це не просто стан психологічної емоційної рівноваги внаслідок прийняття хвороби, а питання коректного систематичного соціально-психологічного супроводу тяжкохворої дитини та сім'ї з метою підвищення якості життя. Для забезпечення адаптації до хвороби дитини та членів родини необхідна робота мультидисциплінарної команди, у складі якої обов'язково повинен бути лікар-психолог або практичний психолог, а за необхідності можуть залучатися психіатр, соціальний працівник, юрист, інші спеціалісти. За спостереженнями Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги НДСЛ «Охматдит», в останні роки значно зросла потреба в психосоціальному супроводі дітей з онкогематологічною патологією.

Доповідач детально розповіла про прояви та динаміку в процесі лікування порушень адаптації у хворих дітей та їх батьків, а також про етапи психологічної корекції. За словами А. Меркотан, щодо психологічного підходу до лікування дітей з онкозахворюваннями ця патологія сприймається як «сімейна хвороба». Тому психологічний супровід батьків упродовж лікування та реабілітації дитини має важливе значення для формування позитивної, активної позиції співпраці. Психологічна підтримка дитини та її сім'ї повинна починатися з моменту встановлення діагнозу, оскільки формування у дитини та батьків активної позиції щодо участі у процесі лікування дає позитивний психологічний результат і суттєво впливає на ефективність терапії.

Власними спостереженнями щодо особливостей роботи медичного психолога в дитячому соматичному стаціонарі поділилася з делегатами конференції клінічний психолог дитячих клінік ДУ «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології імені ака-

демкі О. М. Лук'янової НАМН України» **Олександра Омельченко**. Доповідач відзначила, що подібна діяльність має свої особливості порівняно з роботою практичного психолога чи психотерапевта в амбулаторному сегменті або у приватній практиці, зокрема:

- існує потреба адаптувати всі види роботи до вікових особливостей дітей;
- робота в міждисциплінарній команді накладає певні обов'язки й дещо обмежує роль психолога,
- вимагає наявності навичок ефективного комунікації та базових медичних знань;
- робота з комплаєнсом і прийняттям рішень передбачає пошук компромісу між трьома сторонами — батьками чи опікунами дитини, самим пацієнтом та лікарями.

Як пояснила доповідач, кризовий характер роботи пов'язаний із тяжкістю захворювань, що потребують госпіталізації (робота «в зоні смерті»), з тим, що сама госпіталізація є кризою, а також зі складністю лікування у стаціонарі (робота в зоні лікування, яке «не набагато краще за хворобу»). Це вимагає від психолога:

- навичок роботи в кризових ситуаціях та навичок першої психологічної допомоги;
- уваги до рівня психологічних ресурсів та професійного вигорання психолога, якісно засвоєних навичок самопомогі;
- особливої уваги до рівня професійного вигорання персоналу.

Діти, які перебувають у стаціонарі, за словами О. Омельченко, також потребують допомоги при соціальній адаптації, що зумовлено:

- зміною соціального статусу внаслідок отримання інвалідності, зміни форми навчання;
- зміною способу життя та соціальною ізоляцією через часті та довготривалі госпіталізації;
- соціальними стигмами, пов'язаними з деякими хворобами.

На підтвердження своїх міркувань доповідач зуміла органічно вплетити в розповідь кілька «клінічних віньєток», які відобразили складності роботи медичного психолога у стаціонарі. На її думку, зважаючи на подібні особливості, лікарі-психологи потребують спеціалізованих інтерв'язійних груп та окремого виду супервізійного супроводу, який може бути наданий у ході підвищення кваліфікації чи в межах самоорганізації спеціалістів-психологів.

Подолання перешкод у психічному розвитку

Нікого з присутніх не залишили байдужими зворушливі історії про спільну боротьбу маленьких пацієнтів та їх лікарів за відновлення психічного здоров'я. Це схоже на казку — спочатку сумно, але зі щасливим кінцем — розповідь дитячого психіатра Комунального закладу «Дніпровський спеціалізований будинок дитини» Дніпропетровської обласної ради, доцента **Едуарда Гури** про покинуту матір'ю однорічну дівчинку з проявами саморуйнівної поведінки. На момент початку психотерапії у віці 1 року 10 міс дитина у проміжках між нескінченними виснажливими істериками не могла гратися або сидіти спокійно — вона монотонно розгойдувалась і періодично билася головою об стінку, внаслідок чого у неї на голові утворилася незагоєна рана. Систематичні індивідуальні заняття із психологом допомогли відбутися маленькому диву — вже через рік у дівчинки стартував мовний розвиток, лавиноподібно почав збільшуватися мовний запас, а за здібностями до навчання вона значно випередила своїх однолітків!

«Психоаналітичний підхід у роботі з психосоматичними розладами на прикладі випадку психоаналітичної психотерапії хлопчика з атопічним дерматитом» — доповідь із такою красномовною назвою презентувала психотерапевт, член Української асоціації психоаналітичної психотерапії **Наталія Літновська**. На думку доповідача, застосування різноманітних методик ігрової терапії при роботі з дитиною надає їй можливість бути сприйнятливою до лікування, віднайти власне «я», впевнитись у власній цінності як особистості. За словами промовця, контемпорарний аспект аналітичної ситуації стосується, перш за все, до сетингу, тож його значення не можна применшувати. Тільки аналіз, в якому повторюється і ретельно проробляється первинна залежність від материнського об'єкта, допомагає подо-

лати вразливість дитини. Ця історія, завдяки супервізійному спостереженню доповідача, також мала щасливе завершення — дитина успішно інтегрувалася в соціум, а її мати досі продовжує періодично приходити на індивідуальні консультації. Коментуючи виступ колеги, модератор засідання Т. Пушкарьова відзначила, що наведений досвід роботи із дуже складним пацієнтом і його не менш складними батьками можна визнати одним із небагатьох (якщо не першим) випадком дитячого психоаналізу в Україні.

Теоретичні та методичні питання

Традиційно під час конференції делегати не лише мали змогу поділитися власним унікальним досвідом, але й обговорити організаційні, теоретичні та методичні питання психосоматики, медичної психології та психотерапії в перинатології та педіатрії. Доктор біологічних наук, професор кафедри фундаментальної медицини, завідувач Науково-дослідної лабораторії «Фармакології і експериментальної патології» Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка **Тетяна Берегова** розповіла про експериментальні роботи, що підтверджують доцільність використання вітчизняного концентрованого мультипробиотика при психосоматичних розладах на тлі печінкової енцефалопатії.

Технології та проблеми супервізійного супроводу фахівців допоміжних професій знайшли своє відображення у доповіді старшого наукового співробітника Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи Національної академії педагогічних наук України, кандидата психологічних наук, доцента кафедри практичної психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова **Зої Гаркавенко**. Обласний дитячий психіатр Вінницької області, керівник нейропсихологічного відділу Медичного центру «Пульс», доктор медичних наук **Ольга Мостова** детально ознайомила колег з особливостями та перевагами сучасної американської діагностичної класифікації розладів ментального здоров'я і розладів розвитку дитинства та молодшого дитячого віку DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition — Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-те видання). Асоціація психіатрів України отримала слушну нагоду для презентації нещодавно виданого за її ініціативи перекладу двотомного «Керівництва з дитячої та підліткової психіатрії» за редакцією Джозефа М. Рея (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health). Завершуючи конференцію, голова її оргкомітету Т. Пушкарьова подякувала всім учасникам та висловила надію на нову подібну зустріч у вересні наступного року.

*Вікторія Ніколаєнко,
фото автора*

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Новый взгляд на диагностику когнитивного статуса

Актуальность

Признаки когнитивного дефицита являются одними из наиболее важных среди поведенческих проявлений, связанных с развитием болезни Альцгеймера. Непрерывные изменения, обусловленные нейродегенеративными процессами, могут продолжаться десятилетия, прежде чем станут заметны различия между нормальными показателями когнитивного функционирования личности и умеренными нарушениями с постепенной эволюцией от клинически вероятного до подтвержденного диагноза болезни Альцгеймера.

Раннее выявление и точная диагностика болезни Альцгеймера требуют детальной всесторонней оценки, включая данные анамнеза жизни пациента, физикальное и неврологическое обследования. Так, например, Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE) представляет собой инструмент когнитивной оценки в виде опросника из 30 пунктов, обычно применяемого для скрининга нарушений, обусловленных деменцией. Кроме того, Шкала оценки логической памяти Векслера (Wechsler Memory Scale Logical memory — LM) широко используется для оценки вербальной памяти и считается чувствительной психодиагностической методикой при оценке изменений, связанных с болезнью Альцгеймера. Наряду с этим методы нейровизуализации, примером которых служит магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяют получать нейрофизиологически объективные доказательства того, что когнитивные нарушения обусловлены нейродегенеративным процессом.

В недавнем исследовании показано, что сочетание применения методов нейровизуализации и психодиагностики позволяет более точно оценить когнитивный статус индивида.

Материалы и результаты исследования

Исследователи Медицинской школы Бостонского университета (Boston University School of Medicine), США, провели оценку данных из базы Национального координационного центра по изучению болезни Альцгеймера (National Alzheimer's Coordinating

Center), США. В ходе работы отобрано 386 историй пациентов, когнитивный статус которых был оценен как нормальный, а также лиц с легкими когнитивными нарушениями. Ранее каждый участник исследования прошел нейропсихологическое тестирование с применением шкал MMSE и LM, а также МРТ-исследование. После предварительного анализа выборки показателей учеными разработана компьютеризированная модель, позволяющая сочетать предполагаемую оценку развития когнитивных нарушений на основе объективных данных нейровизуализации (МРТ) с аналитическими моделями, учитывающими показатели психодиагностического тестирования по данным MMSE и LM для прогнозирования

клинической диагностики когнитивного статуса.

Комментируя работу, авторы объяснили, что представленная диагностическая модель расширяет клинические возможности более эффективного прогнозирования развития легких когнитивных нарушений у пациентов с предполагаемыми нейродегенеративными изменениями, поскольку указанная разработка позволяет объединить всю необходимую информацию, собранную из различных диагностических ресурсов.

Выводы

По словам исследователей, результаты проведенной работы могут служить еще одним доказательством принципа эффективности мультимодального слияния моделей на основе методов нейровизуализации и других традиционных нейропсихологических методик, позволяя, таким образом, повысить достоверность прогноза когнитивных нарушений клиницистами. Авторы подчеркнули, что точность вновь разработанной диагностической модели превышает аналитическую достоверность отдельно взятых диагностических методов, достигая более 90%.

Boston University School of Medicine (2018) Researchers develop combined data model to better evaluate for mild cognitive impairment. *ScienceDaily*, Oct. 4.

Qiu S., Chang G.H., Panagia M. et al. (2018) Fusion of deep learning models of MRI scans, Mini-Mental State Examination, and logical memory test enhances diagnosis of mild cognitive impairment. *Alzheimers. Dement. (DADM)*, Sep. 27 [Epub. ahead of print].

Наталья Савельева-Кулик