

расстройств с тягостно-устрашающими сновидениями того же характера, эмоциональной «притупленности» в сочетании с явлениями раздражительной слабости, своеобразием клинических моделей расстройств сексуальности. Эта симптоматика наблюдалась на фоне сложного астенического симптомокомплекса с компонентами психогенной и физиогенной астении и депрессивными, ипохондрическими, обсессивно-компульсивными включениями.

Наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной была клиника ПТСР в Луганской области. Наименее тяжелой и прогностически благоприятной была клиника ПТСР в Закарпатской области — тенденция взаимной компенсации между группами резидент — мигрант. Харьковская область занимала промежуточное положение.

Нами разработана система медико-психологической коррекции. Система включает на начальных этапах патогенетическую индивидуальную рациональную и директивно-групповую психотерапию, симптоматическую суггестивную и тренинговую психотерапию с переходом в последующих этапах на недирективную групповую. В случаях особо массивной психогении методом выбора должна быть эмоционально-стрессовая психотерапия или наркопсихотерапия. Конечным поддерживающим этапом является создание самоуправляющихся психотерапевтических групп без участия терапевта. Полученные данные свидетельствуют, что эффективный метод, приводящий к устойчивой компенсации больных с ПТСР.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

К ПРОБЛЕМЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ 7—11 ЛЕТ

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров,
Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, О. В. Федкевич*
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессия, диагностика, клиника, психологические особенности, дети 7—11 лет

Депрессия у детей в последние десятилетия стала чаще диагностироваться зарубежными и отечественными психиатрами. В целом о частоте депрессии трудно судить, так как диагноз зависит и от контингента обследуемых детей, и от нестандартности диагностического подхода. Стандартизованные диагностические процедуры, признанные в мире, недостаточно используются в отечественной психиатрии. По данным И. А. Марценковского (2010) 14—22 % детей до 12 лет имеют признаки депрессии.

Целью исследования явилась разработка концепции диагностики депрессии у детей 7—11 лет. Были обследованы 43 ребенка с депрессией. Дизайн исследования включал: клинко-психопатологический метод, диагностический метод M.I.N.I-KID, патопсихологические методы (структурированное психологическое интервьюирование, опросник депрессии CDRS-R, характерологический опросник Шмишека, тест ММД, Люшера, тест на запоминание 10 слов, таблицы Платонова — Шульте). Исследованы церебральная нейродинамика (на основе многомерного линейного и нелинейного анализа ЭЭГ) и нейрогормональные показатели — серотонин, 5-ОИУК, мелатонин.

Выделены основные симптомы, маскирующие депрессию у детей 7—11 лет: соматические симптомы, школьные фобии, коммуникативные затруднения, академическая неуспеваемость, девиантное поведение. Кластерный анализ симптомокомплексов депрессии позволил определить ее типологию в возрастном аспекте: поведенческий, соматический, тревожный, плаксивый и реже, апатический, псевдоневрологический, псевдоэпилептический варианты.

Определены основные психологические корреляты депрессии у детей. Уровень депрессии у большинства детей по шкале CDRS-R соответствовал 65—74 баллам. По данным теста Тулуз-Пьерона обнаружено, что у 76 % обследуемых детей скорость выполнения теста находится в зоне патологии при нормальной точности его выполнения. У всех детей отмечено нарушение памяти, внимания, нарушение

работоспособности по неустойчивому типу. У 50 % детей обнаружен эффект интерференции, что свидетельствует о нарушении функциональной связи памяти. Диагностирована полиакцентуация характера (от двух до четырех и более типов акцентуации характера). По сравнению с популяционными данными чаще встречается дистимический тип акцентуации. У детей с депрессией определена выраженная сензитивность и мечтательность в эмоциональном состоянии. Анализ данных ЭЭГ свидетельствует о колебании уровня неспецифической стволовой системы, частичном блоке активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня, что приводит к снижению тонуса коры головного мозга. Обнаружен разнонаправленный характер нейрогормональных изменений, требующий продолжения исследований в данном направлении. Разработан методологический подход к диагностике депрессии у детей 7—11 лет.

УДК 616.89-008.447-053.6

РОЛЬ НОВИХ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Д. А. Мителев,
Т. М. Матковська, В. С. Кудь, О. П. Ісаєва,
Я. В. Беспалова, Н. О. Шаповалова*
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Ключові слова: девіантна поведінка, підлітки, реабілітація

Існуюча система психопрофілактики девіантної поведінки на сучасному етапі не дозволяє здійснити своєчасну інтегральну оцінку девіантної поведінки у підлітків, диференціювати клінічні та неклінічні її варіанти, що негативно відбивається на ефективності програм медико-психологічного супроводу.

Мета дослідження — визначити структуру девіантної поведінки у підлітків з невротичними розладами (НР), фактори ризику їх формування та на їх підставі розробити технологію медико-соціальної допомоги.

В ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена удосконалена технологія психопрофілактики девіантної поведінки, яка включає: діагностичний модуль (клініко-психопатологічний метод, структуроване діагностичне інтерв'ю з визначенням реєстру девіантної поведінки та структури дозвілля; психологічні тести — опитувальник Ч. Спілбергера для діагностики тривожності, рівня пізнавальної активності, негативних емоційних переживань, опитувальник Ч. Спілбергера для оцінювання агресії у підлітків (агресія як стан, як межа, як властивість темпераменту, як реакція, аутоагресія, гетероагресія і контроль агресії); методика О. Б. Фанталової — «Рівень співвідношення «цінностей» та «доступності» у різних життєвих сферах», скринінг-тест Л. М. Юр'євої і Т. Ю. Більбот для діагностики комп'ютерної залежності. Діагностичний модуль дозволяє визначити реєстр поведінкових девіацій та зон-мішеней. Корекційний модуль — забезпечує диференційоване медико-психологічне та психотерапевтичне втручання.

Під час комплексного медико-психологічного обстеження 400 підлітків з НР була визначена структура девіантної поведінки, що представлена агресивною поведінкою (72,5 %), аутоагресією (5,4 %), характерологічними та патохарактерологічними реакціями (91,6 %), надцінними психологічними захопленнями (21,0 %) у вигляді ігроманії, комп'ютерної залежності, зловживання речовинами, що впливають на психічну діяльність (тютюнопаління — 71,0 %, алкоголь — 7,2 %), аномалій сексуальної поведінки (27,5 %), аморальної поведінки (63,0 %). Визначено фактори, що детермінують ризик розвитку девіантної поведінки у підлітків з НР: високий рівень емансипації, внутрішньоособистісні суперечності у зв'язку з вираженою агресією і відсутністю гнучкості, психологічна схильність до делінквентності, конфліктність з батьками, наявність церебрально-органічної недостатності, чинник тривожності та депресії, фактор неповної та дисгармонічної сім'ї.