

УДК 616.895:159.922.736:911.6

Д. І. Марценковський

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ТА КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

d.martsenkovskiy@gmail.com

Актуальність. Поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків внаслідок пережитих психотравмуючих ситуацій створює труднощі для їх концептуалізації та типологізації. Симптоми депресії та тривоги можуть входити в структуру ПТСР, можуть бути проявами коморбідного до ПТСР психічного розладу з маніфестацією в преморбіді або психічного розладу, який маніфестував після травматизації дитини.

Мета – дослідити клінічний поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків, які постраждали від гібридної війни на Сході України. Визначити та концептуалізувати види травматичних факторів, які діяли на дітей та підлітків, що були тимчасово переміщені із зони військового конфлікту.

Матеріали та методи. 476 дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки у віці від 10 до 18 років (MD=14,2), тимчасово переміщені з зони АТО на Сході України, були обстежені з використанням «Інтерв'ю з дітьми та підлітками» (DAWBA), «Скринінгового інструментарію травматичних подій у дітей та підлітків (TESI – C)», «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA), «Рейтингової шкали депресій у дітей» (CDRS-R), «Рейтингової шкали дитячої тривоги» (PARS) та «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки проявів РДУГ» (ACE).

Результати. Встановлено, що у 93 % дітей та підлітків психічні розлади маніфестували чи посилюлися після одночасної дії декількох травматичних подій. У 67 % включених у дослідження осіб фактори травматизації продовжували діяти після їх переміщення із зони бойових дій. ПТСР був діагностований у 33,6 % підлітків. У 61 % рандомізованих дітей та підлітків були наявні критерії для подвійної діагностики за МКХ-10: у 27 % – депресивних, у 17 % – тривожних, у 17,5 % – гіперкінетичних розладів. У більшості дітей та підлітків (66,4 %) з розладами психіки та поведінки, тимчасово переселених із зони військового конфлікту, наявності ПТСР встановлено не було. Необхідно зазначити, що у третини цих дітей спостерігали окремі симптоми з кластерів «поведінки уникання», «гіперчутливості» та «інтрузії» CAPS – CA. У 28 % з них діагностували депресивний, у 14,5 % – тривожний, у 18,9 % – гіперкінетичний, у 6,9 % – поведінковий розлади.

Висновки. Поліморфізм психічних розладів у дітей внаслідок впливу психотравмуючих ситуацій характеризується значною клінічною різноманітністю. Відсутність соціальної підтримки в громаді та високий рівень сімейного насильства в цих сім'ях є фактором ризику для формування ПТСР, депресивних та тривожних розладів. Несвоєчасне лікування психічних розладів у дітей, що зазнали травматизації внаслідок війни, поглиблює їх соціальну ізоляцію і може стати причиною формування в них ПТСР у майбутньому. Високий рівень коморбідності ПТСР з депресивними, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом дозволяє припустити наявність окремих ендотипів ПТСР, які потребують різних підходів до лікування.

Ключові слова:

діти, підлітки, психічна травма, ПТСР, депресивні розлади, тривожні розлади, гіперкінетичні розлади.

Актуальність. Результати різних мета-аналітичних досліджень свідчать, що поширеність посттравматичних розладів (ПТСР) у дітей та підлітків після пережитих психотравмуючих подій варіює від 10 до 30 % [1–3, 7].

Ряд науковців у своїх дослідженнях вказують на високий рівень коморбідності ПТСР з афективними, три-

вожними та поведінковими розладами [4, 6, 8], в іншому дослідженні доведений високий рівень маніфестації психічних розладів, зокрема депресивних, у дітей та підлітків, які зазнали впливу психотравмуючих подій [5].

Залишається незрозумілим, чи то наявність психотравмуючої ситуації стає тригером для маніфестації

психічних розладів, чи наявність психічних розладів у преморбіді зумовлює високу чутливість таких дітей до психотравмуючих ситуацій.

Симптоми депресії та тривоги можуть входити до структури ПТСР, можуть бути проявами коморбідного до ПТСР преморбідного психічного розладу або психічного розладу, який маніфестував після травматизації дитини. Це створює труднощі для їх концептуалізації та типологізації [9].

Мета – Вивчити клінічний поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків, які постраждали від гібридної війни на Сході України. Визначити та концептуалізувати види травматичних факторів, що діяли на дітей та підлітків, які були тимчасово переміщені із зони військового конфлікту.

Матеріали та методи дослідження

У населених пунктах, що включені до переліку населених пунктів, які розташовані на лінії зіткнення, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів від 07.11.2014 № 1085, в Донецькій області проживало понад 20 000, в Луганській області понад 25 000 дітей.

За оперативною інформацією структурних підрозділів соціального захисту населення, відповідно до критеріїв постанови Кабінету Міністрів України від 01.10.2014 № 509 «Про облік внутрішньо переміщених осіб» обліковано 1 703 932 особи (1 379 809 сімей, 235 600 дітей). З них було 1 503 дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, переміщених з Донецької (921 особа) та

Луганської (582 особи) областей, та 628 дітей, які були переміщені без законних представників (420 – Донецька обл., 208 осіб – Луганська обл.).

У ході крос-секційного дослідження обстежено 476 дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки в віці від 10 до 18 років (MD=14,2), що були тимчасово переміщені з зони АТО на Сході України. Всі діти були рекрутовані на базі Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії та наркології. У батьків та опікунів дітей, а також у самих дітей, що досягли віку 14 років, була отримана згода на психіатричне обстеження та включення їх до дослідження.

Соціально-демографічні показники рандомізованих дітей та підлітків наведені в таблиці 1.

Гендерні особливості вибірки відповідали популяційним: 271 (57 %) обстежена особа була жіночої, 205 (43%) – чоловічої статі. Більше половини обстежених дітей мали обмежену опіку та піклування з боку групи первинної підтримки: лише 116 (24 %) дітей та підлітків проживали в родині з обома біологічними батьками, 157 (33 %) виховувалися в неповних родині або в родині з одним із біологічних батьків, 100 (21 %) – перебували під опікою (в тому числі проживали в дитячих будинках сімейного типу), 57 (12 %) проживали разом з іншими дорослими родичами, та 46 (10 %) проживали в будинках-інтернатах для сиріт.

Було також досліджено соціально-економічний стан, рівень соціальної адаптації родин, умови проживання рандомізованих неповнолітніх. Рівень освіти батьків (опікунів) у сформованій вибірці був значно нижчим за популяційний: лише 17 % мали вищу освіту, більшість (52 %) мали середній рівень освіти, 31 % не мали закінченої середньої освіти. Значна частина родин переселенців були кваліфіковані як соціально дезадаптовані. Після набуття статусу тимчасово переміщених осіб постійну роботу мали члени лише 19 % родин, тимчасову роботу – 30 %, при цьому 51 % родин не мали постійних джерел доходів та проживали на кошти, отримані від родичів, та соціальні виплати.

За результатами соціально-демографічного обстеження було встановлено, що 62 (13 %) дитини походили з маргінальних родин, які ще до початку бойових дій перебували на обліку в соціальних службах у зв'язку зі зловживанням алкоголем та наркотичними речовинами, мали в сімейній історії випадки притягнень до кримінальної відповідальності, позбавлення свободи, тяжких психічних розладів, зокрема у опікунів неповнолітніх.

Лише 21 % родин після переміщення з зони військових дій проживали у власному помешканні, 42 % арендували житлову площу, 37 % проживали у родичів. У 81 % дітей та підлітків після переселення з зони військового конфлікту не було власної кімнати.

Для скринінгу та інтегрованої оцінки психічних розладів ми використовували «Напівструктуровані інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років» (Development and Well-Being Assessment – DAWBA). Інтерв'ю з дітьми та підлітками доповнювалися інформацією, отриманою від батьків та вчителів. Інтерпретацію результатів проводили відповідно до критеріїв МКХ-10 та ДСМ-5 [10].

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика включених у дослідження дітей та підлітків, що було тимчасово переселених із зони військових дій (n=476)

Показник	M(SD)/%
Вік (в роках)	14,2±1,8
Стать	
• чол.	57
• жін.	43
Хто здійснює опіку над дитиною	
• обидва батьки	24
• один з батьків	33
• опікуни	21
• інші дорослі родичі	12
• держава	10
Рівень освіти батьків	
• вища	17
• середня	52
• без освіти	31
Мають постійну роботу (принаймні один з батьків)	19
Мають тимчасову роботу (принаймні один з батьків)	30
Живуть на соцвиплати (не мають постійного іншого джерела доходів)	51
Мали постійне власне помешкання	21
Мали тимчасове власне помешкання	42
Проживали у родичів	37
Були з маргіналізованих сімей	13

Для оцінювання перенесених дітьми та підлітками травматичних подій ми використовували «Скринінговий інструментарій травматичних подій для дітей та підлітків» (Traumatic Events Screening Inventory – TESI-C TESI). Обстеження включало проведення структурованого інтерв'ю з прикладами травматичних подій для дітей віком від 8 років та батьків. Оцінювання проводили за шкалою з 24 доменів, у межах яких проводиться виділення психотравмуючих факторів, до яких діти можуть бути особливо чутливими. Додатково проводили оцінювання реакції дитини на них, враховували наявність емоційної реакції на травматичний фактор у вигляді надзвичайного страху, безпорадності, жаху, сплутаності свідомості або ажитації, що є критерієм Б для діагностики ПТСР [11].

Для оцінювання тяжкості симптоматики ПТСР ми використовували спеціалізовану шкалу «Клінічна рейтингова шкала ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA). За допомогою цього інструментарію проводили формалізовану оцінку у дітей та підлітків наявності та тяжкості симптомів за ключовими доменами ПТСР, що відповідають критеріям ПТСР за МКХ-10 і ДСМ-5: наявності інтрузивних симптомів, симптомів уникання, гіперреактивності та когнітивних порушень [12].

Вираженість депресивної симптоматики вимірювали за допомогою «Рейтингової шкали депресій у дітей» (Children's Depression Rating Scale, Revised – CDRS-R). За допомогою інструментарію кваліфікували та ранжовано оцінювали 17 сфер психопатологічних порушень у дітей та підлітків, виявляли та ранжовано оцінювали симптоми, що мали високу кореляцію з діагностичними критеріями депресивного епізоду чи хронічного розладу настрою (дистимією, циклотимією) за МКХ-10 та ДСМ-5 [13].

«Рейтингову шкалу дитячої тривоги» (Pediatric Anxiety Rating Scale – PARS) використовували для визначення наявності та тяжкості тривожних симптомів, які мали високу кореляцію із тривожними розладами, діагностованими з використанням діагностичних критеріїв ДСМ-5, такими як соціальна фобія, сепараційний та генералізований тривожний розлади [14].

З метою оцінювання наявності симптоматики, асоційованої з гіперкінетичним розладом за МКХ-10 та ДСМ-5, було використано напівструктуроване інтерв'ю для оцінки проявів РДУГ (ADHD Child Evaluation – ACE), яке дозволяло оцінити наявність та тяжкість симптоматики за кластерами базових симптомів: неухважності, гіперактивності та імпульсивності.

Результати та їх обговорення

За результатами скринінгу з використанням TESI-C було встановлено, що більшість рандомізованих дітей та підлітків зазнали одночасного чи послідовного впливу декількох травмуючих факторів: 28 % – 2–3, 49 % – 4–5, 16 % – 6 та більше. Лише 7 % рандомізованих дітей та підлітків постраждали від дії одного травматичного фактора. В 67 % випадків фактори травматизації продовжували діяти і після переміщення неповнолітніх із зони бойових дій.

Середній термін звернення за психіатричною допомогою за моменту переміщення з зони бойових дій становив 3,9 (0,8) місяців. За результатами обстеження з викорис-

танням DAWBA та CAPS-CA ПТСР був діагностований у 33,6 % дітей та підлітків (n=160) (табл. 2). Частина неповнолітніх, у яких було діагностовано ПТСР – 61 % (n=98), додатково відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для інших психічних розладів: 27 % (n=43) – депресивних, 17 % (n=27) – тривожних, та 17,5 % (n=28) – гіперкінетичних розладів. У більшості дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки – 66,4 % (n=316), наявність ПТСР встановлено не було. З них 28 % (n=134) мали депресивний розлад, 14,5 % (n=69) – тривожний, 18,9 % (n=80) – гіперкінетичний, 6,9% (n=33) – поведінковий розлад відповідно до критеріїв МКХ-10. Необхідно зазначити, що у третини цих дітей спостерігали окремі симптоми з кластерів «поведінки уникання», «гіперчутливості» та «інтрузії». Ці клінічні ознаки вважають специфічними для ПТСР, проте їх наявності недостатньо для діагностики цього розладу відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 та ДСМ 5. У цих пацієнтів симптоми зі спектра ПТСР поєднувалися та амальгувалися з депресивними, тривожними, поведінковими симптомокомплексами, ускладнюючи типологізацію психічних розладів.

Типологізація психічних розладів у дітей та підлітків представлена в таблиці 2.

Таблиця 2. Типологізація психічних розладів у дітей та підлітків, тимчасово переміщених із зони військових дій

Діагноз	Кількість випадків (n)
ПТСР F43	62
ПТСР+Депресивні розлади F32	43
ПТСР+Тривожні розлади F93	27
ПТСР+ ГКР F90	28
Депресивні розлади F32	134
Тривожні розлади F93	69
Поведінкові розлади F91	33
ГКР F90	80

Серед дітей, що зазнали впливу психотравмуючих факторів, пов'язаних з війною, відмічається високий рівень захворюваності на депресивні розлади, проте, враховуючи вікову неоднорідність вибірки та неможливість врахувати вплив пубертатного розвитку, ми не змогли довести наявність кореляційного зв'язку депресій у тимчасово переселених дітей та підлітків з травматизацією.

У 108 дітей та підлітків з поведінковими розладами, за результатами скринінгу з використанням DAWBA, підтвердженого оцінюванням за шкалою ACE, було діагностовано гіперкінетичний розлад; лише у третини з них діагноз було встановлено до початку бойових дій. На нашу думку, це може бути пов'язано як з низьким рівнем діагностики цього розладу у Східних областях країни, так і з тим, що під впливом травматичних факторів у цих дітей збільшився рівень тривоги та імпульсивності, що призвело до посилення поведінкових проблем та стало причиною звернення батьків за медичною допомогою.

Преморбідні особливості дітей, імовірно, мають значущий вплив на чутливість до травматизації і можуть розглядатися в якості предикторів тяжкості зумовлених нею психічних і поведінкових розладів.

Діти та підлітки з ГКР в преморбіді після травма-

тизації мали найтяжчі прояви поведінкових розладів (підвищену збудливість відповідно до оцінок за доменом гіперреактивності CAPS-CA) і серйозні порушення шкільної адаптації після переїзду із зони конфлікту. Внаслідок стигматизації такі діти та підлітки часто зазнавали булінгу з боку членів нових референтних груп.

За результатами дослідження з використанням TESI нами було сформовано три значущі групи травматичних факторів, які негативно впливали на обстежених неповнолітніх до та після їх переміщення: 1) фактори, безпосередньо пов'язані з бойовими діями (перебування у бомбосховищах під час бомбардувань, свідки або жертви бойових дій, тривала ізоляція, голодування тощо); 2) фактори пов'язані з гібридною війною (переїзд, фінансові проблеми в родині, вплив медіа тощо); 3) фактори пов'язані з відсутністю належної соціальної підтримки дитини та насильством (насильство в родині, емоційна байдужість опікунів, булінг у школі тощо).

Також встановлено, що діти та підлітки, які зазнали ретравматизації після переселення, були більш схильні до розвитку депресії та мали тяжчі симптоми ПТСР. За результатами статистичного аналізу ANOVA проведеного в EZR, було встановлено прямо пропорційний зв'язок середньої сили ($r=0,613$, $p<0,05$) між відсутністю належної соціальної підтримки дитини (булінг, насильство в сім'ї) та тяжкістю депресії (CDRS-R T-Score >55).

Висновки

Психічні розлади у дітей та підлітків унаслідок впливу психотравмуючих ситуацій характеризуються значною клінічною різноманітністю (клінічним поліморфізмом) – від розладів настрою, поведінки, тривожних розладів до ПТСР. Відсутність соціальної підтримки в громаді, руйнація звичного способу життя та високий рівень сімейного насильства в тимчасово переміщених родинах виступали фактором ризику для формування ПТСР, депресивних та тривожних розладів. Відсутність своєчасного лікування психічних розладів у дітей, що зазнали травматизації внаслідок військового конфлікту, поглиблювало їх соціальну ізоляцію і створювало передумови для формування у них ПТСР у майбутньому. Високий рівень коморбідності ПТСР з депресивними, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом дозволяє припустити наявність окремих ендотипів ПТСР, які потребують різних підходів до лікування.

Список використаної літератури

1. Sachser C. Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents / C. Sachser, L. Goldbeck // *Journal of Traumatic Stress*. – 2016. – Vol. 29, issue 2. – P. 120–123. DOI: 10.1002/jts.22080.
2. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both) / P. T. Ackerman, J. E. Newton, W. B. McPherson [et al.] // *Child abuse & neglect*. – 1998. – Vol. 22, issue 8. – P. 759–774.
3. Dyregrov A. A review of PTSD in children / A. Dyregrov, W. Yule // *Child and Adolescent Mental Health*. – 2006. – Vol. 11, No. 4. – P. 176–184. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x.
4. Kar N. Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity / N. Kar, B. K. Bastia // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2006. – Vol. 2. – P. 17. DOI: 10.1186/1745-0179-2-17.
5. Widom C. S. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up / C. S. Widom,

- K. DuMont, S. J. Czaja // *Archives of general psychiatry*. – 2007. – Vol. 64, issue 1. – P. 49–56. DOI: 10.1001/archpsyc.64.1.49.
6. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S. Suliman, S. G. Mkabile, D. S. Fincham [et al.] // *Comprehensive psychiatry*. – 2009. – Vol. 50, issue 2. – P. 121–127. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006.
7. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49, issue 10. – P. 980–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
8. Husain S. A. The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war / S. A. Husain, M. A. Allwood, D. J. Bell // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2008. – Vol. 16, issue 1. – P. 52–62. DOI: 10.1177/1063426607310847.
9. Cohen J. A. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises / J. A. Cohen, M. S. Scheeringa // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2009. – Vol. 11, issue 1. – P. 91–99.
10. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology / R. Goodman, T. Ford, H. Richards [et al.] // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2000. – Vol. 41, issue 5. – P. 645–655.
11. Ribbe D. Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C) / D. Ribbe // *Measurement of stress, trauma, and adaptation* / D. Ribbe. – Lutherville: Sidran Press, 1996. – P. 386–387.
12. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version [Електронний ресурс] / R. S. Pynoos, F. W. Weathers, A. M. Steinberg [et al.] // *National Center for PTSD*. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: www.ptsd.va.gov (дата звернення: 12.02.2017).
13. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale / E. O. Poznanski, J. A. Grossman, Y. Buchsbaum [et al.] // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1984. – Vol. 23, issue 2. – P. 191–197. DOI: 10.1097/00004583-198403000-00011.
14. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. The pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties / Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2002. – Vol. 41, issue 9. – P. 1061–1069. DOI: 10.1097/00004583-200209000-00006.

References

1. Sachser, C., & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 29, issue 2, pp. 120–123. DOI: 10.1002/jts.22080.
2. Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child abuse & neglect*, vol. 22, issue 8, pp. 759–774.
3. Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 11, no. 4, pp. 176–184. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x.
4. Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 2, P. 17. DOI: 10.1186/1745-0179-2-17.
5. Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, vol. 64, issue 1, pp. 49–56. DOI: 10.1001/archpsyc.64.1.49.
6. Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry*, vol. 50, issue 2, pp. 121–127. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006.
7. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, issue 10, pp. 980–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
8. Husain, S. A., Allwood, M. A., & Bell, D. J. (2008). The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 16, issue 1, pp. 52–62. DOI: 10.1177/1063426607310847.
9. Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*, vol. 11, issue 1, pp. 91–99.
10. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, vol. 41, issue 5, pp. 645–655.

11. Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 386–387). Lutherville, MD: Sidran Press.
12. Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., ... Krieger, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version*. Available at: www.ptsd.va.gov (accessed 12.02.2017).
13. Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., & Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, issue 2, pp. 191–197. DOI: 10.1097/00004583-198403000-00011.
14. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. (2002). The pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 41, issue 9, pp. 1061–1069. DOI: 10.1097/00004583-200209000-00006.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГИБРИДНОЙ ВОЙНЫ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

Д. И. Марценковский

Актуальность. Полиморфизм психических расстройств у детей и подростков вследствие пережитых психотравмирующих ситуаций создаёт трудности для их концептуализации и типологизации. Симптомы депрессии и тревоги могут входить в структуру ПТСР, могут быть проявлениями коморбидного с ПТСР психического расстройства с манифестацией в преморбиде или психического расстройства, которое манифестировало после травматизации ребенка.

Цель – изучить клинический полиморфизм психических расстройств у детей и подростков, пострадавших от гибридной войны на Востоке Украины. Определить и концептуализировать виды травматических факторов, действовавших на детей и подростков, которые были временно перемещены из зоны военного конфликта.

Материалы и методы. 476 детей и подростков с расстройствами психики и поведения в возрасте от 10 до 18 лет (MD=14,2), временно перемещенных из зоны АТО на Востоке Украины, были обследованы с использованием «Интервью с детьми и подростками» (DAWBA), «Скринингового инструментария травматических событий у детей и подростков» (TESI – C), «Клинической рейтинговой шкалы ПТСР для детей и подростков» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA), «Рейтинговой шкалы депрессий у детей» (CDRS-R), «Рейтинговой шкалы детской тревоги» (PARS) и «Полуструктурированного интервью для оценки проявления РДВГ» (ACE).

Результаты. Установлено, что у 93 % детей и подростков психические расстройства манифестировали или усилились после одновременного воздействия нескольких травматических событий. У 67 % включённых в исследование лиц факторы травматизации продолжали действовать после их перемещения из зоны боевых действий. ПТСР было диагностировано у 33,6 % подростков. У 61 % рандомизированных детей и подростков выполнялись критерии для двойной диагностики по МКБ-10: у 27 % – депрессивных, у 17 % – тревожных, у 17,5 % – гиперкинетического расстройства. У большинства детей и подростков (66,4 %) с расстройствами психики и поведения, временно переселённых из зоны военного конфликта, наличие ПТСР установлено не было. Следует отметить, что у трети этих детей наблюдались отдельные симптомы из кластеров «поведения избегания», «гиперчувствительности» и «интрузии» CAPS – CA. У 28 % из них диагностировали депрессивное, у 14,5 % – тревожное, у 18,9 % – гиперкинетическое, у 6,9 % – поведенческое расстройство.

Выводы. Полиморфизм психических расстройств у детей вследствие психотравмирующих ситуаций характеризуется значительным клиническим разнообразием. Отсутствие социальной поддержки в обществе и высокий уровень семейного насилия в этих семьях является фактором риска для формирования ПТСР, депрессивных и тревожных расстройств. Несвоевременное лечение психических расстройств у детей, которые были травмированы вследствие войны, углубляет их социальную изоляцию и может стать причиной формирования у них ПТСР в будущем. Высокий уровень коморбидности ПТСР с тревожными расстройствами и гиперкинетическим расстройством позволяет предположить наличие различных эндотипов ПТСР, которые требуют специализированных терапевтических стратегий.

Ключевые слова: дети, подростки, психическая травма, ПТСР, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, гиперкинетические расстройства.

CLINICAL POLYMORPHISM AND COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AFFECTED BY HYBRID WARFARE ON EASTERN UKRAINE

D. I. Martzenkovskiy

Background: polymorphism of mental disorders in children and adolescents after experienced stressful events makes it difficult to conceptualize and typologize them. Symptoms of depression and anxiety can be included in the structure of PTSD or can be comorbid with PTSD mental disorders with manifestation both in premorbid or after the trauma.

Objective: to investigate the clinical polymorphism of mental disorders in children and adolescents affected by hybrid warfare in Eastern Ukraine. To define and conceptualize types of traumatic exposure that affected children and adolescents that were temporarily displaced from the zone of military conflict.

Materials and methods: 476 of children and adolescents with mental and behavioral disorders from 10 to 18 years old (MD=14,2), that were temporarily displaced from the ATO zone in Eastern Ukraine were evaluated using Development and Well-Being Assessment (DAWBA), Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C), Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R), Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS), and ADHD Child Evaluation (ACE).

Results: mental disorders in 93% of children and adolescent had manifested or intensified simultaneously after exposure of several traumatic factors. In 67 % of cases, individuals were exposed to traumatic factors after displacement. PTSD was diagnosed in 33.6 % of adolescents, while in 61% of randomized children and adolescents were grounds for the dual diagnosis of other psychiatric disorders based on ICD-10 diagnostic criteria: 27 % – depression, 17 % – anxiety, 17.5 % – hyperactivity disorders. In most of children and adolescents (66.4 %) with mental and behavioral disorders, that were temporarily displaced from the zone of military conflict, PTSD was not established. It should be noted that 1/3 of these children experienced some symptoms of PTSD CAPS-CA clusters as «avoidance», «hyperarousal» and «intrusion». Also in 28 % of them was diagnosed depression, 14.5 % – anxiety, 18.9 % – hyperkinetic, 6.9 % – behavioral disorders.

Conclusions: Polymorphisms of mental disorders in children due to the impact of stressful situations is characterized by the clinical diversity. Lack of social support in the community and a high level of domestic violence in these families are risk factors for the development of PTSD, depression and anxiety disorders in such kids. Untimely treatment of mental disorders in children exposed to trauma during war deepens their social isolation and can lead them to the development of PTSD in the future. High levels of PTSD comorbidity with depression, anxiety disorders, and hyperactivity disorder suggests the presence of specific endophenotypes of PTSD that require different approaches to treatment.

Keywords: children, adolescents, mental trauma, PTSD, depressive disorders, anxiety disorders, hyperactivity disorders.

Стаття надійшла до редакції 18.04.2017 р.

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Дмитро Ігорович, аспірант кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Дмитрій Ігорович, аспірант кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Київ, Україна; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com

MARTSENKOVSKIY Dmytro Ihorovych, PhD-Student of Department of Psychiatry and Addiction of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com