ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК [616-092.19+616.89-008.454]:159.922.736(364)

Д. І. Марценковський

ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ДЕПРЕСІЙ У ДІТЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
d.martsenkovskyi@gmail.com

Актуальність. Діти, які зазнали психічної травматизації, характеризуються важкою афективною нестабільністю, що може бути підставою для діагностування у них поведінкових (опозиційно-демонстративного розладу, розладу регуляції настрою з руйнівною поведінкою), афективних (тривожного, депресивного, біполярного) розладів, розладів з дефіцитом уваги / гіперактивністю. Наведений клінічний поліморфізм призводить до того, що у дітей із посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) часто необгрунтовано діагностують інші психічні та поведінкові розлади, призначають неналежну терапію.

Мета – дослідити вікові особливості клінічних проявів ПТСР у дітей внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій на Сході України; вивчити клінічний поліморфізм симптомів депресії, їх роль в екстерналізації та інтерналізації клінічної картини ПТСР.

Матеріали та методи. Ми обстежили 80 дітей та підлітків з ПТСР із використанням «Інтерв'ю з дітьми та підлітками» (DAWBA), «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5), «Рейтингової шкали депресій у дітей» (CDRS-R) та «Контрольного переліку симптомів дитячої поведінки» (Child Behavioural Check List – CBCL).

Результати. Описані клінічні фенотипи ПТСР у дітей молодшого шкільного, середнього шкільного та підліткового віку. За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця балів між групами порівняння за CDRS-R ($F(2,77)=18,240$, $p=0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів депресії була значуще нижчою у дітей молодшого (48,29±8,6, $p=0,001$) та середнього шкільного віку (56,27±7,96, $p=0,021$), порівняно з підлітками (62,18±8,24), а в групі дітей молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,004$). За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця показників екстерналізації за CBCL між групами порівняння ($F(2,77) = 15,159$, $p = 0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів екстерналізації була значуще нижчою серед дітей молодшого (58,52±5,83, $p=0,001$) та середнього шкільного віку (63,96±7,57, $p=0,014$) порівняно з підлітками (69,27±7,3), а в групі молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,027$). Тяжкість симптомів за CAPS-CA-5 ($F(2,77)=0,43$, $p=>0,05$), проявів інтерналізації ($F(2,77)=0,245$, $p=>0,05$) та загальних проблем ($F(2,77)=0,139$, $p=>0,05$) при оцінюванні за CBCL не відрізнялися.

Висновки. Репрезентація симптомів ПТСР у дітей та підлітків характеризувалася асоційованим із віком клінічним поліморфізмом, супроводжувалася тривожними, афективними та поведінковими симптомами. Високий рівень інтерналізації та екстерналізації симптомів ускладнювали діагностику ПТСР.

Тривожні та депресивні симптоми спостерігали у дітей всіх вікових груп порівняння. У клінічній картині асоційованих з травмою психічних розладів у дітей молодшого віку переважали симптоми тривоги, дефіцит уваги та імпульсивність; з наближенням пубертату в клінічній картині збільшувалася питома вага депресивних симптомокомплексів, антисоціальної поведінки.

Ключові слова:
діти, клінічний поліморфізм, ПТСР, депресивні розлади.

Актуальність. Високий рівень травматизації дітей та підлітків внаслідок військових дій на Сході України зумовив посилену увагу медичних, психологічних та соціальних служб до проблематики посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків.

У Донецькій, Луганській, а також прилеглих до них Харківській, Дніпропетровській та Запорізькій областях відмічена висока (до 83 %) поширеність розладів психіки та поведінки у дітей, які до переміщення мешкали безпосередньо в зоні конфлікту [1].

© Д. І. Марценковський, 2018

Клініка психічних розладів після травматичних подій різноманітна. До найтяжчих її варіантів належить посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який часто супроводжується симптомами депресії та тривоги [8, 9].

Клінічна практика свідчить, що у підлітків наявна більша поширеність психічних та поведінкових розладів, пов'язаних зі стресом, ніж у дітей молодшого віку. Вважають загальновизнаним, що у дітей дошкільного віку не розвиваються стрес-асоційовані розлади, такі як ПТСР та депресія, це підтверджено результатами оцінювань з використанням діагностичних критеріїв DSM IV. Нижчі показники захворюваності можна пояснити як незрілістю дитячого сприйняття травматичних подій, так і низькою чутливістю діагностичних критеріїв до розладу у дітей молодшого віку.

З огляду на останню можливість дослідники внесли зміни до критеріїв DSM-IV і провели серію досліджень із залученням маленьких дітей. Результати цих досліджень продемонстрували, що при використанні більш чутливих критеріїв вдається виявити у три – вісім разів більше дітей з ПТСР, ніж при використанні DSM-IV. Це стало підставою не лише для зміни критеріїв ПТСР в DSM-5, а й для виділення окремого підтипу ПТСР для дітей дошкільного віку [2, 3].

Діти, які зазнали психічної травматизації, характеризуються тяжкою афективною нестабільністю, що є підставою для діагностування у них поведінкових (опозиційно-демонстративного розладу, розладу регуляції настрою з руйнівною поведінкою), афективних (тривожного, депресивного, біполярного) розладів, розладів з дефіцитом уваги / гіперактивністю. В однієї дитини одночасно можуть виконуватися діагностичні критерії декількох розладів. У різні періоди життя такі діти можуть мати різні діагнози, проте їх об'єднує спільне порушення розвитку, яке можна класифікувати як травматичний розвиток [4–6].

Наведений клінічний поліморфізм призводить до того, що у дітей з ПТСР часто необгрунтовано діагностують інші психічні та поведінкові розлади, призначають неналежну терапію [7].

Діагностика ПТСР у дітей та підлітків відповідно до останньої редакції DSM-5 зазнала значних змін. Крім появи окремих критеріїв діагностики ПТСР у дітей дошкільного віку (6 років та менше) [12], змін зазнали і основні критерії: були звужені поняття травматичних подій (вилучена з переліку несподівана смерть родичів або близьких людей внаслідок природних обставин), вилучені вимоги до реакції дитини під час травматизації у вигляді вираженого страху чи безпорадності. Водночас додані нові симптоми, зокрема «негативні думки або сприйняття себе та оточуючого світу», «негативний афект» та «необдумана або саморуйнівна поведінка» [10, 11].

Мета дослідження – вивчити вікові особливості клінічних проявів ПТСР у дітей та підлітків внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій на Сході України; вивчити клінічний поліморфізм симптомів депресії, їх роль в екстерналізації та інтерналізації клінічної картини ПТСР.

Матеріали та методи дослідження

У ході крос-секційного дослідження на базі відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології було відібрано 80 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з ПТСР, що постраждали від військових дій на Сході України. Від батьків та опікунів дітей, а також від самих дітей, що досягли віку 14 років, була отримана згода на психіатричне обстеження та включення їх до дослідження.

Соціально-демографічні показники включених у дослідження дітей та підлітків наведені в таблиці 1.

Серед 80 обстежених дітей було 52 дівчини і 28 хлопців. Гендерний розподіл рандомізованих дітей відповідає популяційному, відображає вищу поширеність ПТСР та депресій серед осіб жіночої статі. У дослідження були включені діти трьох вікових категорій: молодшого шкільного віку (8–11 років), середнього шкільного віку (12–15 років) та підліткового віку (16–18 років). Віковий та гендерний розподіл пацієнтів по групах порівняння наведено на рисунку 1.

Більшість дітей проживали разом з біологічними батьками (80 % дітей з обома, 17 % – з одним із біологічних батьків), лише одна дитина перебувала під опікою. Близько ¼ дітей проживали у власному помешканні, ¾ – в тимчасових помешканнях або у родичів.

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика включених у дослідження дітей та підлітків з ПТСР (n=80)

Показник	M(SD)/%
Вік (в роках)	13,87±3,23
Стать	
- чоловіча	38,75
- жіноча	61,25
Хто здійснює опіку над дитиною	
- обоє батьків	81,25
- один з батьків	17,5
- опікуни	1,25
Рівень освіти батьків	
- вища	72,5
- середня	21,25
- без освіти	6,25
Мають постійну роботу (принаймні один з батьків)	55,0
Мають тимчасову роботу (принаймні один з батьків)	35,0
Проживають на соціальні виплати (не мають постійного іншого джерела доходів)	10,0
Мають постійне власне помешкання	26.25
Мають тимчасове власне помешкання	63,75
Проживають у родичів	10,0

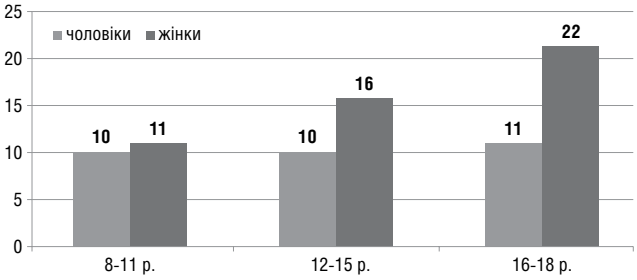

Рис. 1. Розподіл дітей у групах порівняння за статтю та віком

Соціально-демографічні дані свідчать також про високий рівень освіти та соціальної дезадаптації батьків тимчасово переміщених дітей: понад 90 % з них мали освіту, 72,5 % закінчили вищі навчальні заклади; лише близько половини батьків мали постійну роботу, третина – тимчасову роботу.

Формалізовану оцінку наявності та тяжкості симптомів ПТСР у дітей та підлітків здійснювали з використанням «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5). Інформацію отримували безпосередньо від дитини та обох батьків [14].

За допомогою інструментарію «Рейтингова шкала депресій у дітей» (Children's Depression Rating Scale, Revised – CDRS-R) оцінювали вираженість депресивної симптоматики відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5 [15].

«Контрольний перелік симптомів дитячої поведінки» (Child Behavioural Check List – CBCL) використовували для формалізованої оцінки симптомів інтерналізації та екстерналізації. Оцінювання проводили за окремими субшкалами: проявів депресії / тривоги, соціальної відгородженості, соматичних скарг, соціальних проблем, проблем з мисленням, проблем з увагою, агресивної та деліквентної поведінки [16].

З метою виключення коморбідних розладів усі діти були обстежені з використанням «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років» (Development and Well–Being Assessment – DAWBA) [13].

Для статистичної обробки даних були використані методи описової статистики. Статистичну різницю між групами порівняння вираховували методом дисперсійного аналізу (ANOVA) з використанням поправки Бонферроні. Всі дані попередньо перевіряли на нормальність розподілу методом Колмогорова–Смірнова.

Результати та їх обговорення

За результатами обстеження з використанням «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років», підтвердженими результатами «Рейтингової шкали депресій у дітей» та «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків», усі 80 дітей відповідали критеріям МКХ-10 для діагностики ПТСР (F43.1).

Переважна більшість дітей, крім симптомів ПТСР за результатами обстеження з використанням «Контрольного переліку симптомів дитячої поведінки», одночасно мали симптоми, специфічні для інших психічних розладів (афективних, тривожних, поведінкових, РДУГ). Узагальнені результати обстеження за різними субшкалами наведені в таблиці 2.

Клінічні симптоми ПТСР у дітей віком від 8 до 11 років

Діти молодшого шкільного віку часто виглядали наляканими або розгубленими, особливо після подій, які могли нагадувати їм про пережитий травматичний досвід. У багатьох випадках ми спостерігали регресивні прояви: енурез, патологічні звичні дії (звички), як-то смоктання пальців або обкусування нігтів, що не було притаманно їм до початку травматичних подій. Ознаки регресивної симптоматики спостерігали також у сфері соціального функціонування, що проявлялися у зміні інтересів з однолітків до дітей молодшого віку. Під час ігрової діяльності діти часто програвали травматичні події, вибирали «улюблений предмет», наприклад іграшку, та повсюди носили її з собою. При намаганні відібрати цей предмет починали плакати й нерідко ставали агресивними. Виражена плаксивість та дратівливість супроводжувалися сапалахами агресії, руйнівної поведінки: дитина ламала свої речі, речі інших членів родини.

Більшість часу діти виглядали знудьгованими, були надмірно рухливими, «не могли втриматися на одному місці». Вони скаржилися на головокружіння, головний біль, біль в ногах чи руках, неприємні відчуття на шкірі та в очах. Вони відмовлялися йти до школи, демонстрували зниження академічної успішності, порівняно з попереднім місцем навчання. Характерним проявом тривоги у таких дітей було збільшення залежності від дорослих, особливо членів первинної групи підтримки, що виявлялося в небажанні розлучатися з ними на тривалий час, засинати або взагалі спати без них. Думки про самогубство зустрічалися рідко, були наслідком почуття провини.

Клінічні симптоми ПТСР у дітей віком від 12 до 15 років

У дітей середнього шкільного віку прояви дратівливості та спалахи агресії на ґрунті постійних суперечок із дорослими виникали частіше. Водночас діти цього віку мали схильність до відчуття провини, безпідставно проектували на себе причину травматичних подій. У таких дітей частіше спостерігали специфічні симптоми репереживаня у вигляді флешбеків та емоційного оніміння. Вони також нерідко відчували себе безпорадними, самотніми, не вартими уваги та любові. Діти всіляко уникали місць або подій, що могли нагадувати їм про травматичний досвід. Така поведінка уникнення могла виглядати як уникання певних видів ігрової діяльності або як специфічні страхи та фобії.

Поширеною клінічною ознакою були порушення сну, які часто супроводжувалися нічними жахами та енурезом. Переживання з приводу реакції на паросомнії та випадки енурезу підсилювали відчуття дитиною власної неповноцінності. Разом з відчуттям вираженого дистресу це проявлялося в соматизації, численних соматичних скаргах.

Порушення концентраційної функції уваги та мотивації, прояви фіксаційної амнезії зумовлювали зниження академічної успішності, що посилювало відчуття власної нікчемності. Через труднощі в спілкуванні такі діти були позбавлені соціальної підтримки з боку однолітків, часто ставали жертвами булінгу, самі проявляли агресію до однолітків, що ще більше відрізняло їх від інших, робило більш уразливими. У своєму намаганні завоювати соціальну прихильність вони часто потрапляли до антисоціальних компаній. У цьому віковому періоді діти часто вперше пробують психоактивні речовини, починають їх систематично вживати. У стані алкогольних і наркотичних сп'янінь у таких дітей відмічався високий рівень

імпульсивності, що призводило до появи суїцидальних думок та самоушкоджувальної поведінки (змінених форм сп'яніння).

Клінічні симптоми ПТСР у дітей віком від 16 до 18 років

Клінічна картина ПТСР та депресії у підлітків максимально наближена до дорослих: поширені симптоми переживання, уникнення, емоційного оніміння, гіперзбудливості та негативних змін в когніціях і настрої, що притаманно для класичного перебігу ПТСР. Водночас підлітки більш схильні до приховування власних переживань, тому для них була характерною виражена соціальна ізоляція у вигляді відгородженості від родичів та однолітків.

Підліткам, особливо із соціально дезадаптованих родин, були властиві негативні думки про майбутнє, часто пов'язані з втратою колишнього соціального рівня та достатку.

Рівень емоційної дизрегуляції характеризувався спалахами вираженої дратівливості та гніву, які часто змінювалися плачем та відчуттям власної провини.

Такі діти частіше виглядали сумними та апатичними. Низький рівень мотивацій призводив до бездіяльності та втрати можливості отримувати задоволення. У підлітків, що зазнали травматизації, частіше зустрічалися порушення апетиту, епізоди порушень харчової поведінки.

Значна частина підлітків мали високий рівень відчуття образи та агресії на обставини або людей, що призвели до травматизації. Це часто виливалося в думки та мрії про помсту, провину за пережиті травматичні події вони нерідко проектували на оточуючих: родичів, однолітків тощо. Це виливалося в агресивну поведінку, порушення меж у стосунках, знущання над однолітками тощо. Підлітки з ПТСР мали високий рівень імпульсивності, через що вони скоювали дрібні правопорушення або демонстрували поведінку, пов'язану зі значним ризиком. Вони частіше прогулювали заняття в школі, вживали психоактивні речовини, вступали у сексуальні зв'язки, спричиняли самоушкодження.

За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) була встановлена статистично значуща різниця балів між групами порівняння за CDRS-R ($F(2,77)=18,240$, $p=0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів депресії була значуще нижчою серед дітей молодшого (48,29±8,6, p=0,001) та середнього шкільного віку (56,27±7,96, p=0,021), порівняно з підлітками (62,18±8,24), а в групі дітей молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку (p=0,004). За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця показників екстерналізації за CBCL між групами порівняння ($F(2,77) = 15,159$, $p = 0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів екстерналізації була значуще нижчою серед дітей молодшого (58,52±5,83, p=0,001) та середнього шкільного віку (63,96±7,57, p=0,014), порівняно з підлітками (69,27±7,3), а в групі молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку (p=0,027). Тяжкість симптомів за CAPS-CA-5 ($F(2,77)=0,43$, $p=>0,05$), проявів інтерналізації ($F(2,77)=0,245$, $p=>0,05$) та загальних проблем ($F(2,77) = 0,139$, $p=>0,05$) при оцінюванні за CBCL не відрізнялися.

Рівень екстерналізації психічних проявів, асоційованих із психічною травмою, зростав із віком рандомізованих дітей шляхом посилення питомої ваги агресивної та асоціальної поведінки серед дітей. Отримані дані відображені в літературі як крива «вік–правопорушення» [17]. Формалізована оцінка інтерналізації практично не змінюється в вікових групах при зміні в групах показників за CDRS-R, що відображає зсув структури клінічного поліморфізму розладів від тривожних до депресивних. Такі зміни, з урахуванням змін в статевому складі групи, можна пояснити біологічними та соціальними факторами під час пубертату, вони відображають чутливість дівчат до формування ПТСР та депресії [18].

Встановлені нами вікові особливості проявів психологічної травматизації можна пояснити з погляду концепцій розвитку Ж. Піаже та Е. Еріксона про залежність проявів симптомів від фази когнітивного розвитку дитини [19, 20]. Це, в свою чергу, пояснює варіативність та зміни в репрезентації травматичних симптомів з віком як прояв порушеного «травматичного розвитку» дитини.

Проте не можна виключити, що такі симптоми є початковими стадіями формування коморбідних розладів. У такому випадку вікову варіативність можна пояснити розвитком коморбідних психічних розладів внаслідок травматичного впливу в різні кризові періоди дитячого розвитку [19, 21, 22]

Висновки

Репрезентація симптомів ПТСР у дітей та підлітків характеризується асоційованим із віком клінічним поліморфізмом, супроводжується тривожними, афектив-

Таблиця 2. Результати формалізованої оцінки поведінкових та психічних симптомів у дітей з ПТСР за субшкалами в різних вікових категоріях

Діагностична шкала	Групи порівняння			F	df	P1-2	P1-3	P2-3
	8–11 років	12–15 років	16–18 років					
CAPS-CA-5	40,76 (36,39; 45,14)	41,38 (37,26; 45,51)	41,55 (39,18; 44,92)	0,043	2	>0,05	>0,05	>0,05
CDRS-R (T-score)	48,29 (44,37; 52,20)	56,27 (53,05; 59,49)	62,18 (59,26; 65,10)	18,240	2	0,004	<0,001	0,021
CBCL								
Шкала інтерналізації	69,48 (66,66; 72,30)	68,54 (65,29; 71,79)	68,03 (65,34; 70,72)	0,245	2	>0,05	>0,05	>0,05
Шкала екстерналізації	58,52 (55,87; 61,18)	63,96 (60,90; 67,02)	69,27 (66,68; 71,86)	15,159	2	0,027	<0,001	0,014
Шкала загальних проблем	73,29 (69,65; 76,92)	71,96 (68,04; 75,89)	72,18 (68,89; 75,47)	0,139	2	>0,05	>0,05	>0,05

ними та поведінковими симптомами. Високий рівень інтерналізації та екстерналізації симптомів ускладнюють діагностику ПТСР.

Тривожні та депресивні симптоми спостерігали у дітей усіх вікових груп порівняння. У клінічній картині асоційованих з травмою психічних розладів дітей молодшого віку переважають симптоми тривоги, дефіцит уваги та імпульсивність; з наближенням пубертату в клінічній картині збільшується питома вага депресивних симптомокомплексів, антисоціальної поведінки.

Список використаної літератури

1. Khaustova O. Post-traumatic Psychopathological Phenomena Among Children and Adolescents Living in Conflict Region and Surrounding Areas in Eastern Ukraine [Abstract] / O. Khaustova, O. Chaban, L. Trachuk // Indian journal of social psychiatry. 2016. – Vol. 32, issue 4. – P. 423.
2. Somerville L. H. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues / L. H. Somerville, R. M. Jones, B. J. Casey // Brain and cognition. – 2010. – Vol. 72, issue 1. – P. 124–133.
3. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // Arch. Gen. Psychiatr. – 2005. – Vol. 62. – P. 593–602.
4. Нестеренко М. Жестокое обращение с детьми и запущенность: взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / М. Нестеренко, И. Марценковский // Новости медицины и фармации. Психиатрия. – 2011. – № 8 (362). – С. 24–26.
5. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B. A. Van der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz [et al.] // Journal of traumatic stress. – 2005. – Vol. 18, issue 5. – P. 389–399.
6. 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.
7. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study / J. F. Havens, O. G. Gudiño, E. A. Biggs [et al.] // Journal of traumatic stress. – 2012. – Vol. 25, issue 2. – P. 171–178.
8. Herbert M. Posttraumatic stress disorder in children / M. Herbert. –Leicester : British Psychological Society, 1996.
9. Yule W. Posttraumatic stress disorders // Child and adolescent psychiatry: modern approaches / M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov (eds.). – 3rd ed. – Oxford : Blackwell, 1995. – P. 392–406.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) // American Psychiatric Association. – Washington, DC : Author, 2013.
11. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using *DSM-IV* and *DSM-5* criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // Journal of Traumatic Stress. –2013. – Vol. 26. – P. 537–547. DOI: 10.1002/jts.21848.
12. Scheeringa M. S. PTSD for children 6 years and younger / M. S. Scheeringa // National Center for PTSD: US Department of Veteran Affairs. – 2013. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd_children_6_and_younger.asp.
13. The development and wellbeing 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.
14. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version / R. S. Pynoos, F. W. Weathers, A. M. Steinberg [et al.] // Scale available from the National Center for PTSD at: www.ptsd.va.gov.
15. 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.
16. Achenbach T. M. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR // T. M. Achenbach, L. Dumenci, L. A. Rescorla // Burlington, VT : University of Vermont, 2001.
17. Hirschi T. Age and the explanation of crime / T. Hirschi, M. Gottfredson // American journal of sociology. – 1983. – Vol. 89, issue 3. – P. 552–584.
18. Marshall A. D. Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls / A. D. Marshall // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – Vol. 55, issue 1. – P. 25–32.
19. Guerra G. Normal development: Infancy, childhood and adolescence / G. Guerra, A. A. Williamson, B. Lucas-Molina // IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A.2. –2012. – P. 1–39.
20. Марценковский И. А. Депрессивные и дисморфные нарушения у детей: взгляд через призму психиатрии развития / И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева // Здоров'я України. – 2007. – № 11/1. – С. 52–54.
21. Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries / M. van Nierop, W. Viechtbauer, N. Gunther [et al.] // Psychological medicine. – 2015. – Vol. 45, issue 6. – P. 1277–1288.
22. Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states / J. T. Wigman, J. van Os, E. Thiery [et al.] // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, issue 3. – P. e59559.

References

1. Khaustova, O., Chaban, O., & Trachuk, L. (2016). Post-traumatic Psychopathological Phenomena Among Children and Adolescents Living in Conflict Region and Surrounding Areas in Eastern Ukraine [Abstract]. *Indian journal of social psychiatry*, vol. 32, issue 4, pp. 423.
2. Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and cognition*, vol. 72, issue 1, pp. 124–133.
3. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatr*, vol. 62, pp. 593–602.
4. Nesterenko, M., & Martsenkovsky, I. (2011). Zhestokoe obrashhenie s det'mi i zapushhennost': vzgljad na problemu s pozicij detskoj psihiatrii [Child abuse and neglect: a view of the problem from the standpoint of child psychiatry]. *Zdorovia Ukrainy* – Ukraine*'s Health*, no. 8 (362), pp. 24–26. (In Russian).
5. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, vol. 18, issue 5, pp. 389–399.
6. 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.
7. Havens, J. F., Gudiño, O. G., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Weis, J. R., & Cloitre, M. (2012). Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study. *Journal of traumatic stress*, vol. 25, issue 2, pp. 171–178.
8. Herbert, M. (1996). *Posttraumatic stress disorder in children*. Leicester: British Psychological Society.
9. Yule, W. (1995). Posttraumatic stress disorders. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (eds.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (3rd ed.) (pp. 392–406). Oxford: Blackwell.
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
11. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress,* vol. 26, pp. 537-547. DOI: 10.1002/jts.21848.
12. Scheeringa, M. S. (2013). PTSD for children 6 years and younger. *National Center for PTSD: US Department of Veteran Affairs*. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd_children_6_and_younger.asp.
13. 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.
14. Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., … Kriegler, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version*. Scale available from the National Center for PTSD at: www.ptsd.va.gov.
15. 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.
16. Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont.
17. Hirschi, T., & Gottfredson, M. (1983). Age and the explanation of crime. *American journal of sociology*, vol. 89, issue 3, pp. 552–584
18. Marshall, A. D. (2016). Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 55, issue 1, pp. 25–32.
19. Guerra, G., Williamson, A. A., & Lucas-Molina, B. (2012). Normal development: Infancy, childhood and adolescence. *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A. 2*, pp. 1–39.
20. Martsenkovsky, I. A., & Bikshaieva, Ya. B. (2007). Depressivnye i dismorfnye narushenija u detej: vzgljad cherez prizmu psihiatrii razvitija [Depressive and dysmorphic disorders in children: a view through the prism of developmental psychiatry]. *Zdorovia Ukrainy* – Ukraine's Health, no. 11/1, pp. 52–54. (In Russian).
21. Van Nierop, M., Viechtbauer, W., Gunther, N., Van Zelst, C., De Graaf, R., Ten Have, M., ... OUtcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological medicine*, vol. 45, issue 6, pp. 1277–1288.
22. Wigman, J. T., van Os, J., Thiery, E., Derom, C., Collip, D., Jacobs, N., & Wichers, M. (2013). Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states. *PLoS One*, vol. 8, issue 3, pp. e59559.

ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЁННЫХ ЛИЦ С ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Д. И. Марценковский

Актуальность. Дети, подвергшиеся психической травматизации, характеризуются тяжелой аффективной нестабильностью, что может стать основанием для диагностирования у них поведенческих (оппозиционно-демонстративного расстройства, расстройства регуляции настроения с разрушительным поведением), аффективных (тревожного, депрессивного, биполярного) расстройств, расстройств с дефицитом внимания / гиперактивностью. Приведенный клинический полиморфизм приводит к тому, что у детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) часто необоснованно диагностируют другие психические и поведенческие расстройства, назначают ненадлежащую терапию.

Цель – исследовать возрастные особенности клинических проявлений ПТСР у детей внутренне перемещенных лиц с временно оккупированных территорий на Востоке Украины; изучить клинический полиморфизм симптомов депрессии, их роль в экстернализации и интернализации клинической картины ПТСР.

Материалы и методы. Мы обследовали 80 детей и подростков с ПТСР с использованием «Интервью с детьми и подростками» (DAWBA), «Клинической рейтинговой шкалы ПТСР для детей и подростков» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5), «Рейтинговой шкалы депрессий у детей» (CDRS-R) и «Контрольный перечень симптомов детского поведения» (Child Behavioural Check List – CBCL).

Результаты. Описанны клинические фенотипы ПТСР у детей младшего школьного, среднего школьного и подросткового возраста. По результатам дисперсионного анализа (ANOVA) установлена статистически значимая разница баллов между группами сравнения по CDRS-R (F(2,77)=18,240, p=0,001). По результатам апостериорного теста Тьюки установлено, что выраженность проявлений депрессии была значимо ниже у детей младшего (48,29±8,6, p=0,001) и среднего школьного возраста (56,27±7,96, p=0,021), по сравнению с подростками (62,18±8,24), а в группе детей младшего школьного возраста – ниже, по сравнению с детьми среднего школьного возраста (p=0,004). По результатам дисперсионного анализа (ANOVA) установлена статистически значимая разница показателей экстернализации по CBCL между группами сравнения (F(2,77) = 15,159, p = 0,001). По результатам апостериорного теста Тьюки установлено, что выраженность проявлений экстернализации была значимо ниже среди детей младшего (58,52±5,83, p=0,001) и среднего школьного возраста (63,96±7,57, p=0,014), по сравнению с подростками (69,27±7,3), а в группе младшего школьного возраста – ниже, по сравнению с детьми среднего школьного возраста (p=0,027). Тяжесть симптомов при CAPS-CA-5 (F (2,77)=0,43, p=>0,05), проявлений интернализации (F(2,77)=0,245, p=>0,05) и общих проблем (F (2,77)=0,139, p=>0,05) при оценке по CBCL не отличались.

Выводы. Репрезентация симптомов ПТСР у детей и подростков характеризовалась ассоциированным с возрастом клиническим полиморфизмом, сопровождалась тревожными, аффективными и поведенческими симптомами. Высокий уровень интернационализации и экстернализации симптомов усложняли диагностику ПТСР.

Тревожные и депрессивные симптомы наблюдали у детей всех возрастных групп сравнения. В клинической картине ассоциированных с травмой психических расстройств у детей младшего возраста преобладали симптомы тревоги, дефицит внимания и импульсивность; с приближением пубертата в клинической картине увеличивался удельный вес депрессивных симптомокомплексов, антисоциального поведения.

Ключевые слова: дети, клинический полиморфизм, ПТСР, депрессивные расстройства.

THE AGE-RELATED POLYMORPHISM OF PTSD AND DEPRESSION IN CHILDREN OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS FROM THE OCCUPIED TERRITORIES

D. I. Martsenkovskyi

Background. Children that were exposed to mental trauma are characterized by severe affective instability, that can be a reason for the diagnosis of behavioral (oppositional-defiant disorder, conduct disorders), affective (anxiety, depressive, bipolar) disorders, attention-deficit / hyperactivity disorder. As a result of this clinical polymorphism, children with PTSD are often unreasonably diagnosed with other psychiatric and behavioral disorders and prescribed improper therapy.

Objective. To investigate the age-related features of clinical manifestations of PTSD in children and adolescents of internally displaced persons from temporarily occupied territories on the East of Ukraine. To study the clinical polymorphism of the symptoms of depression, their role in externalization and internalization of the clinical picture of PTSD.

Materials and methods. 80 children and adolescents with PTSD were examined using the "The Development and Well-Being Assessment" (DAWBA), the " The Clinician-Administered PTSD Scale for Children and adolescents" (CAPS-CA-5), "Children's Depression Rating Scale" (CDRS-R) and "Child Behavioural Check List (CBCL)".

Results. We described the clinical phenotypes of PTSD in children of different age groups (8–11, 12–15 and 16–18 years old). There was a statistically significant difference between groups in CDRS-R scores as determined by one-way ANOVA (F(2.77) = 18.240, p = 0.001). A Tukey post hoc test revealed that the severity of depression was significantly lower among children 8–11 y.o. (48.29±8.6, p = 0.001) and 12–15 y.o. (56.27±7.96, p = 0.021) compared to the 16–18 y.o (62.18 ± 8.24). In the group of 8–11 y.o. children results were lower compared to 16–18 y.o (p = 0.004). There was a statistically significant difference between groups in externalization as determined by one-way ANOVA (F (2.77) = 15.159, p = 0.001). A. Tukey post hoc test revealed that the severity of the manifestations of externalization was significantly lower among children 8–11 y.o. (58.52±5.83, p = 0.001) and 12–15 y.o. (63.96±7.57, p = 0.014) compared to the 16–18 y.o (69.27±7.3). In the group of 8–11 y.o. children results were lower compared to 16–18 y.o (p = 0.027). There were no diference in one-way ANOVA results of severity of symptoms on CAPS-CA-5 (F (2.77) = 0.43, p => 0.05), manifestations of internalization (F(2.77) = 0.245, p =>0.05) and general problems (F(2.77) = 0.139, p => 0.05).

Conclusion. The presentation of symptoms of PTSD in children and adolescents was characterized by age-associated clinical polymorphism and accompanied by anxiety, affective and behavioral symptoms. The high level of internalizing and externalizing of symptoms complicated the diagnosis of PTSD.

Anxiety and depressive symptoms were observed in children of all age groups of comparison. The symptoms of anxiety, attention deficit disorder and impulsivity were predominant in the clinical picture of trauma-related mental disorders in young children; while with the approaching of puberty was found the increase in depressive symptoms and symptoms of anti-social behavior.

Keywords: children, clinical polymorphism, PTSD, depressive disorders.

Стаття надійшла до редакції 15.02.2018 р.

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

МАРЦЕНКОВСКИЙ Дмитрий Игоревич, аспирант кафедры психиатрии и наркологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: d.martsenkovskyi@gmail.com

MARTSENKOVSKYI Dmytro Ihorovych, MD, Ph.D. student of Department of Psychiatry and Addiction of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: d.martsenkovskyi@gmail.com