

ДЕПРЕСІЇ при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків

О.К. Напрєєнко, Д.І. Марценковський,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ

Понад чверть загальної кількості дітей за час від раннього дитинства до повноліття потерпають від різноманітних значущих травматичних подій: фізичного та сексуального насильства, природних та техногенних катастроф; зазнають психічної травматизації, мешкаючи в несприятливих умовах — у родинях із психічно хворими батьками, за недостатньої опіки, у злиднях у соціально дезадаптованих родинях.

Е. J. Costello et al. (2003), досліджуючи частоту травматичних подій у дитячому та підлітковому віці, установили, що близько чверті дітей потерпають протягом життя від подій, визначених DSM–IV (Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів 4-го видання) як надзвичайні стресори; ще щонайменше третина дітей переживають події, які стають травматичними за певних умов (наприклад, розлучення батьків, смерть найрідніших людей, цькування однолітками тощо) [1].

Однією з найчастіших причин травматизації дітей і підлітків у загальній популяції в мирний час є жорстоке поводження (англ. *child maltreatment*), яке включає невиконання батьківських обов'язків, фізичне, емоційне та сексуальне насильство [74]. К. J. Meroz (2005) виділила окремий вид фізичного та емоційного насильства над дітьми, який вона іменувала як «домашнє насильство» [75]. Результати дослідження соціально дезадаптованих родин у Парижі, серед яких переважали сім'ї біженців із високим рівнем травматизації, продемонстрували наявність у них високого рівня насильства. Насильство в родині чинило вплив на стан психічного здоров'я дітей: у 28,3 % — емоційні порушення, у 23,9 % — проблеми з дезадаптивною поведінкою, у 17,7 % — порушення активності та уваги, 10,7 % — складнощі у взаємовідносинах з однолітками [128]. Понад 20 % батьків, які стали жертвами насильства та занедбаності в дитинстві, демонстрували жорстоке ставлення до власних дітей [93, 100]. S. E. Evans et al. (2008) звернули увагу на те, що у низці випадків травмовані діти не були безпосередніми об'єктами насильства, проте були свідками насильницьких дій у родині щодо інших членів групи первинної підтримки [76].

У США близько трьох мільйонів дітей щорічно стають жертвами жорстокого поводження, насильства або занедбання. Випадки занедбання реєструються втричі частіше, ніж жорстоке поводження, та асоціюється переважно із жінками, які культурально відповідальні за безпосередній догляд і турботу про дитину.

Із чоловіками частіше пов'язані епізоди жорстокого поводження та фізичного насильства над дітьми; зокрема особи сильної статі скоюють понад 80 % випадків сексуального насильства. Хлопчики втричі частіше, ніж дівчата, піддаються фізичному насильству і стають жертвами емоційної депривації та занедбаності [93, 74]. Так само травматичними для дітей є цькування (булінг) з боку однолітків у школі та за її межами.

Відповідно до результатів крос-секційного дослідження W. Craig et al. (2009) встановлено, що в низці країн, зокрема і в Україні, близько третини дітей беруть участь у булінгу; а половина цих дітей стають жертвами шкільного насильства [78]. У разі шкільного цькування серед наслідків травматизації спостерігають: зниження мотивації, погіршення академічної успішності та низку психічних розладів, зокрема зі збільшенням суїцидального ризику [79].

Травматизація в дитячому віці чинить вплив на фізичне та психічне здоров'я дітей. Національна мережа з питань дитячого травматичного стресу в США визначає травматичні події як такі, що викликають у них виражений страх або завдають значущої шкоди їх емоційному або фізичному благополуччю [73].

Одномоментну тяжку травматизацію пов'язують із розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а хронічне занедбання та хронічне жорстоке поводження з дітьми — із першазивним впливом на їхній розвиток [19–20, 94, 97].

Вплив травматичних чинників на дітей і підлітків

Е. J. Brown et al. (2004) та J. A. Cohen et al. (2006) продемонстрували високий рівень травматичних симптомів у дітей у разі гострої травматизації внаслідок раптової, не зумовленої хронічними захворюваннями втрати близької людини, смерті батьків через катастрофи чи аварії [53, 77].

Під час природних катастроф, військових дій, терористичних актів діти та підлітки можуть піддаватися впливу надзвичайно інтенсивних і виражених травматичних чинників. Ці види травматизації характеризуються не лише вираженою шкодою для фізичного здоров'я дітей, а ще й створюють атмосферу страху, небезпеки та невизначеності, внаслідок чого відбувається подальша психічна травматизація [80–81].

Травматизація внаслідок військових або терористичних дій

Результати досліджень щодо визначення рівня травматизації у популяціях, які постраждали внаслідок військових або терористичних дій, вказують на значно вищий рівень зумовлених травмою психічних розладів і його наслідків серед цивільного населення, зокрема серед дітей. L. Itani et al. (2014) у крос-секційному дослідженні популяції Лівану (за участю дітей і дорослих), установили, що з них більш ніж 70 % мали пов'язану з війною психічну травму, понад половина хворих на ПТСР зазнали травматизації у віці до 18 років [4]. Особливостями психічної травматизації серед осіб, які постраждали через військову агресію, є значна тяжкість психотравмувальних чинників, більшість з яких безпосередньо пов'язані із загрозою для життя дитини та групи її первинної підтримки, комплексністю дії цих чинників і низкою нових травматичних подій, таких як зниження соціоекономічного рівня життя, брак діючої правової системи, вимушене переселення тощо [5, 6].

Частина тимчасово переміщених внаслідок військових дій дітей відчувають фрустрацію через те, що мешкають у новому місці без батьківської опіки або під опікою родичів чи батьків, які можуть бути травмованими чи повністю деморалізованими новими соціально-економічними викликами, потерпати від тривожних і депресивних розладів, зловживати психоактивними речовинами. До того ж у таких родинах нерідко спостерігається збільшення ризику насильства вдома [6].

У дослідженні С. Catani et al. (2008), на прикладі Афганістану та Шрі-Ланки — країн, які постраждали внаслідок військового конфлікту та природної катастрофи, — встановили, що 82 % дітей у цих країнах зазнали впливу хоча б одного психотравмувального чинника, пов'язаного з військовими діями чи природною катастрофою; понад половина дітей потерпали одночасно від впливу декількох із них. Зокрема, близько половини дітей у цих країнах стали жертвами насильства в родині, зазнали травматизації, мешкали в злиднях, були позбавлені спілкування з однолітками та можливості відвідувати навчальні заклади [7].

Травмовані діти-біженці та члени їхніх родин у зоні військового конфлікту мають обмежений доступ до психологічної та медичної допомоги, демонструють нездатність скористатися пропозиціями такої допомоги від волонтерських організацій. О. О. Хаустова у співавторстві з О. С. Чабаном і Л. М. Трачук досліджували посттравматичні психопатологічні феномени у дітей і підлітків, які проживають у зоні військових конфліктів і прилеглих районах на сході України. За результатами дослідження дітей, які мешкають на територіях Харківської, Дніпропетровської, Запорізької областей, а також окупованих районів Луганського та Донецького регіону, автори виявили високу (до 83 %) поширеність розладів психіки та поведінки в осіб дитячого віку, що перебували безпосередньо в зоні проведення військових операцій. Діти старшого віку мали більше психологічних проблем, аніж молодшого віку. За професійною допомогою для подолання стресу батьки залучених до дослідження дітей зверталися вкрай рідко. У цих регіонах простежувався низький рівень психологічної підтримки, попри

наявну достатню кількість пропозицій такої допомоги від волонтерських організацій. Зазвичай такі родини шукали підтримки з боку своєї сім'ї та друзів і демонстрували певну недовіру до психологічних послуг волонтерів [102]. Серед сімей переселенців із зони військових дій недовірливість не обмежувалася медичними та соціальними службами: лише близько 50 % дітей-біженців одразу пішли до шкіл за місцем перебування; значна частина з них не мала соціальної підтримки за місцем навчання, почувалися в нових шкільних колективах самотніми та соціально ізольованими [6].

Біологічне підґрунтя тяжкості впливу травматичних чинників на дітей і підлітків

Дитинство та підлітковий вік характеризуються наявністю особливих критичних періодів когнітивного, емоційного, поведінкового та соматичного розвитку, під час яких спостерігається особлива чутливість до зовнішніх подразників, зокрема травматичних подій [8]. Так, одну з ключових ролей у формуванні біологічної відповіді на травму відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, дисфункція якої пов'язана з патологічною відповіддю на стресові чинники [82, 83]. В. S. McEwen (2001) у своєму дослідженні описав роль естрогену та прогестерону, їх вплив на дозрівання певних ділянок мозку дитини, а також дію цих гормонів на серотонінергічну і дофамінергічну нейротрансмітерні системи, які регулюють емоційну та когнітивну сфери [9].

С. R. Pryce (2008) на підставі дослідження на тваринах установив, що психічна травматизація в чутливі періоди дозрівання головного мозку призводить до експресії глюкокортикоїдних рецепторів у префронтальній корі, підвищуючи чутливість цих ділянок мозку до гормонів стресу. Такі нейрохімічні зміни у сукупності з генетичною схильністю зумовлюють розвиток стрес-асоційованих захворювань у коротко- чи довгостроковій перспективі [10].

Наведені дані підтверджено в клінічних дослідженнях. А. Maercker et al., результати якого були опубліковані в Британському журналі психіатрії (2004). Зокрема, доведено, що вік і тривалість травматизації можуть розглядатися як предиктори розвитку психічних розладів протягом подальшого життя. Дослідники виявили вищий рівень маніфестації ПТСР та рекурентної депресії серед осіб, які зазнали травматизації в дитинстві [11].

Так, на думку J. Read et al. (2005) факультету психології Оклендського університету, вплив на мозок малолітньої дитини травматичних подій зумовлює нейробіологічні зміни, подібні до тих, що описані під час ендогенно-процесуальних захворювань:

- активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи;
- порушення диференціації моноамінових нейротрансмітерних трактів;
- порушення процесу синаптичного скорочення зі збереженням надмірної щільності допамінергічних рецепторів у гіпокампальних структурах;
- медіобазальну та церебральну атрофію;
- вентрикулодилатацію [140].

Опубліковано результати низки досліджень, у яких продемонстровано наявність зв'язку дитячої психічної

травми з подальшими нейрокогнітивними порушеннями й виникненням у дорослому житті цих осіб рекурентної та біполярної депресії і психотичних симптомів [139].

Причинно-наслідкові зв'язки депресій і посттравматичного стресового розладу та їх клінічний поліморфізм у педіатричній популяції

Наразі вважають доведеним, що експозиція психічної травми призводить до адаптивних змін у синапсах нейронів, які регулюють поведінку дитини. Ці зміни було названо «синаптичною пластичністю» — здатністю до створення та знищення нових синаптичних зв'язків [69]. Внаслідок реакції на «гострий стрес» відбувається збільшення кількості (щільності) цих синапсів; хронічний стрес, навпаки, зменшує кількість нейронних з'єднань у різних зонах мозку, що своєю чергою чинить вплив на адаптивну поведінку та емоційну регуляцію [69–70]. Такі зміни негативно позначаються на психічному та соматичному здоров'ї дітей, їхньому подальшому розвитку та якості життя як у короткотривалій, так і довготривалій перспективі [12, 13, 14–16, 22].

Наслідки жорстокого поводження з дітьми або їхньої занедбаності

Діти, які стали жертвами жорстокого поводження або занедбаності в період новонародженості, у грудному чи ясельному віці, як правило, характеризуються загальною затримкою розвитку, зокрема когнітивних, мовленнєвих, психомоторних та соціальних навичок. У них не спостерігається класичних симптомокомплексів, притаманних посттравматичному стресовому розладу. Симптоми ПТСР зазвичай приховані за яскравішими проявами порушень когнітивної, емоційної, поведінкової, соціальної та соматичної сфер. Поліморфні емоційні, поведінкові та вісцеро-вегетативні симптомокомплекси у таких дітей характеризуються динамічністю і виразною тенденцією до флюктуючого перебігу [97, 98].

В. Draper et al. (2008) у дослідженні, результати якого опубліковані в журналі Американського геріатричного товариства, стверджують, що особам, які зазнали психологічної травматизації в дитинстві, притаманна значна поширеність психічних розладів, більша тяжкість їхнього перебігу та гірші показники соматичного здоров'я в зрілому віці [16].

У дітей із хронічною ювенільною травмою часто спостерігаються порушення свідомості, короточасні ретроспективні мимовільні спогади про травмувальні події та нічні кошмари, що відображають травматичну ситуацію й супроводжуються порушенням орієнтації в просторі та часі, сенсомоторними порушеннями, амнезією (гіпермнезією), дисоціативними симптомами, деперсоналізацією і дереалізацією. Такі діти переважно не знають і не розуміють, «хто вони такі» і «хто такі інші люди». Вони практично не розуміють власних почуттів, дуже часто розвиток мовлення в них із поняттєвої точки зору не відповідає віку; не володіють мовленнєвими навичками тією мірою, яка дозволяє описати та висловити свій внутрішній емоційний стан. Їм властива тенденція приписувати власні почуття іншим людям та описувати ставлення інших людей

до світу як свої переживання, при цьому вони не в змозі відокремити другорядне від головного. Діти з хронічною ювенільною комплексною травмою живуть у непередбачуваному світі: у них не завершено формування концепції константності сприйняття і немає цілісних концептуальних уявлень як про їхній внутрішній світ, так і про навколишнє середовище й інших людей.

Таким дітям здебільшого бракує внутрішнього алгоритму поведінки: вона дисфункціональна, непослідовна, неспланована, імпульсивна. Вони підміняють «прохання» «імпульсивними діями», «беруть замість того, щоб попросити». Як правило, не поважають інших людей, їхні почуття, не можуть належно оцінити їхні вчинки. Такі діти не в змозі усвідомлювати бажання й потреби інших людей, неспроможні прийняти будь-які зміни, а все нове сприймають як потенційну загрозу. І навпаки, все, що їм вже знайоме, вони приймають як більш безпечно, навіть коли йдеться про джерело неналежного догляду чи насильства [99].

Встановленим вважають зв'язок між жорстоким ставленням до дитини впродовж перших трьох років після народження та ризиком захворювання на шизофренію протягом подальшого життя. Такий зв'язок дослідники пояснюють у межах діатез-стрес моделі психозу [139].

Наслідки сексуальної наруги над дітьми

Наявні численні свідчення того, що жорстоке ставлення, сексуальна наруга над малолітньою дитиною можуть збільшувати ризик психотичних розладів, зокрема депресій із психотичними симптомами, шизофренії в зрілому віці [139]. Сексуальна наруга над дитиною не є етимологічно специфічною для психозів, проте в межах клінічної картини шизофренії вона може знаходити відображення в особливих психотичних симптомах. З інцестом і сексуальною наругою в анамнезі дитини можуть бути пов'язані нав'язливі спогади із сенсорними (тактильними, слуховими та нюховими) феноменами, параноїальне маячення, тактильні та нюхові галюцинації. Такі симптоми не є діагностично значущими для шизофренії, вони спостерігаються і в загальній популяції, а при психозах більше асоційовані зі зловживанням психоактивними речовинами [141].

Вплив ювенільної травматизації на подальший психологічний розвиток дітей та їхнє соматичне здоров'я

Хронічна ювенільна травматизація є визначальною характеристикою середовища розвитку дитини або його системи виховання і деформує весь процес її психологічного розвитку. Травматичний розвиток може зумовлювати порушення інтеграції сенсорної, емоційної та когнітивної інформації, призводити до формування реактивної лабільності, що своєю чергою може спричинити дисфункційність відповідей на стресогенні ситуації. У такому разі є всі підстави говорити про вторинну травматизацію. Надалі у цих дітей спостерігається широкий спектр аномалій розвитку з фізіологічними, соматичними та поведінковими порушеннями: від інтелектуальної недостатності та специфічних розладів розвитку, що створюють проблеми під час навчання, до антисоціальної поведінки з агресією,

спрямованою на себе та оточуючих [94, 95, 98]. Діти, у яких був початковий період нормального розвитку і, які надалі мали ювенальну травматизацію, в процесі терапії можуть поліпшити своє функціонування, тоді як особи, які з народження не мали періоду нормального розвитку та/або страдали від жорстокого поводження й емоційної депривації протягом перших трьох років життя, демонстрували мінімальну позитивну динаміку навіть у процесі багаторічної терапії [97].

W.E. Copeland et al. (2007) у дослідженні психічних розладів у дітей, зумовлених психічною травматизацією, обстежили вибірку з 1 тис. 420 осіб віком 9, 11 та 13 років, яких надалі спостерігали до 16-річного віку. Дослідники довели, що діти, які були раніше травмовані або мешкали в несприятливих умовах, мали більший ризик розвитку психічних розладів; психічні розлади переважно виникали в осіб, які постраждали від сексуального насильства та жорстокого поводження [3]. I. Schalinski et al. (2016), досліджуючи кумулятивний ефект негативних подій у дитинстві, встановили взаємозв'язок тяжкості негативних чинників у цьому віці та вираженості симптомів ПТСР; час виникнення травми у більш дорослому віці корелював із депресивними та дисоціативними симптомами [72].

C. V. Dierkhising et al. (2013) обстежували молодих осіб, які відбували кримінальне покарання. Вчені встановили, що 30 % із досліджуваних осіб відповідали критеріям ПТСР; 90 % рандомізованих ув'язнених зазнали психічної травматизації у віці до 5 років, а більше половини з них мали повторні епізоди травматизації в підлітковому віці [64]. K. Weber et al. (2008) виявили зв'язок психічної травматизації в дитинстві та підлітковому віці з більшою тяжкістю перебігу та вищою частотою госпіталізацій у пацієнтів із депресією та ПТСР [17]. Дослідники припустили, що психічна травматизація може зумовлювати маніфестацію не лише депресій і ПТСР, а й інших психічних та соматичних захворювань. Так, у ретроспективному дослідженні R. Kessler et al. (2010), проведеному за підтримки Всесвітнього банку, було рандомізовано 51 тис. 945 дорослих із 21 країни світу з різним рівнем соціального та економічного розвитку, зокрема і з України. Було встановлено, що несприятливі обставини у дитинстві пов'язані з 29,8 % всіх психічних захворювань, більшість із яких розпочинається в дитинстві [2].

A. C. McFarlane et al. (2010) продемонстрували згубний вплив зазваної психічної травми на соматичне здоров'я. Так, відповідно до результатів дослідження, в осіб, які пережили травматизацію, частіше спостерігали гіпертонічну хворобу, гіперліпемію, ожиріння та ішемічну хворобу серця [65]. M. V. Porche et al. (2011) під час дослідження шкільної когорти у США встановили взаємозв'язок травматизації із частотою відрахувань зі школи та низькою академічною успішністю. Згідно з результатами згаданого дослідження, серед дітей, які зазнали травматизації, була більшою частота поведінкових розладів, вони частіше зловживали психоактивними речовинами та мали вищий ризик ув'язнення, що було особливо характерне для сімей іммігрантів [63].

У метааналітичному дослідженні V. Attanayake et al. (2009) вивчали травматичний вплив специфічних для

військових дій чинників (безпосередню дію асоційованих із війною травматичних ситуацій; пряме перебування в зоні бойових операцій, бомбардувань, артилерійських обстрілів, у бомбосховищах тощо) на психічну сферу дітей і підлітків. За результатами аналізу 17 досліджень, які загалом включали дані щодо 7 тис. 920 таких дітей, було встановлено вищий рівень поширеності психічних розладів, особливо стрес-асоційованих, високий рівень їхньої коморбідності, якщо порівняти із загальною популяцією [5].

Спектр психічних розладів, спричинених травматичними подіями

M. Нестеренко (Університет SUNY Upstate, штат Нью-Йорк, США) та І.А. Марценковський (ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України») описали клініко-динамічні особливості первазивного розвитку в разі хронічної травматизації [96]. Такі діти часто демонструють тяжку афективну нестабільність, що є підставою для діагностування в них поведінкових (опозиційно-демонстративного, антисоціального), афективних (тривожного, депресивного та навіть біполярного) розладів, а також розладів із дефіцитом уваги/гіперактивністю (РДУГ). У дитини одночасно можуть бути наявними діагностичні критерії декількох розладів. До того ж у різні періоди життя дітям можуть встановлювати різні діагнози, проте всіх їх об'єднує спільне порушення розвитку, яке можна кваліфікувати як травматичний розвиток [96, 98].

Найяскравішою ознакою хронічної ювенільної травматизації є емоційна нестабільність. Вона призводить до дефіциту розвитку особистості — браку передбачуваності, сталості самосприйняття, відчуття власного «я»; порушень сепарації та сприйняття свого тіла; дефіциту почуття усвідомлення власного існування окремо від інших — «почуття самості». Надмірна емоційність і нестача навичок регулювання своїх емоцій та імпульсивної поведінки нерідко супроводжуються агресією, спрямованою як на себе, так і на оточуючих осіб, невпевненістю в передбачуваності та стабільності інших людей, недовірою, підозрілістю і проблемами в інтимних стосунках [100].

Клінічному фенотипу психічних розладів після травматичних подій властивий значний поліморфізм: від депресивних і тривожних розладів до найтяжчого варіанта — посттравматичного стресового розладу [18–22, 19–24].

Відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), ПТСР — це психічний розлад, який може бути діагностований виключно у людей, які зазнали впливу подій або обставин, що були катастрофічними та могли викликати дистрес у будь-якої особи, що їх зазнала [25]. Відповідно до DSM-5, стресова подія, яка відповідає критеріям для діагностики травматичного розладу, визначається як така, що асоціюється з небезпекою життю або здоров'ю людини та супроводжується відчуттям сильного страху, безсилля або жаху [26].

За даними різних джерел, поширеність ПТСР серед дітей і підлітків коливається в межах 3–7 % у загальній популяції за мирного часу і становить від 10 до 90 % у популяціях, які постраждали внаслідок військових дій і природних катастроф [22, 24, 27, 28, 29].

ПТСР, окрім специфічних симптомів із кластерів переживання та уникання, часто супроводжується психотичними синдромами, ознаками депресії та тривоги, або проявами поведінкових порушень і гіперкінетичними симптомами [24, 28, 31, 30, 33, 89, 90]. А. А. М. Thabet та P. Vostanis (1999) обстежили 239 дітей із Сектору Газа і встановили, що у тихосіб, які мешкали в таборах для біженців, відчуваючи гостру соціальну депривацію та економічні труднощі, спостерігався високий рівень тривожної симптоматики [24]. Схожі дані отримали в дослідженні E. Salcoğlu і M. Başoğlu (2008), які, крім тривожних симптомів, описали наявність у таких дітей виражених фобій і депресивних симптомів, що супроводжувалися поведінкою уникання [28].

P. Johansson і K. Kempf-Leonard (2009) за результатами обстеження 10 тис. 450 підлітків, які порушили закон (чії справи розглядав Техаський суд), виявили високий рівень кореляції агресивної, жорстокої та асоціальної поведінки з пережитою психічною травмою та наявною посттравматичною симптоматикою [89]. V. V. Ruchkin et al. (1998) за результатами дослідження когорти російських підлітків, які відбували кримінальні покарання, встановили, що серед осіб, які відповідали критеріям ПТСР, спостерігається високий рівень асоціальної та жорстокої поведінки і низький рівень проблемно-вирішувальних навичок, що є притаманним пацієнтам із поведінковими розладами [90].

Поліморфізм клінічної картини у дітей, які зазнали психічної травматизації, нерідко викликає труднощі під час діагностики та створює підстави для подвійного встановлення цих розладів [33–37]. J. F. Havens et al. (2012) обстежили 140 пацієнтів підліткового віку із психіатричного стаціонару та встановили, що у дітей із ПТСР під час первинного психіатричного обстеження, порівняно з іншими підлітками, частіше діагностували біполярний афективний розлад (27,5 проти 9,2 %) і призначали терапію антипсихотиками й іншими лікарськими засобами (47,5 проти 27,6 %). У підлітків із ПТСР також частіше, ніж у загальній вибірці госпіталізованих, додатково діагностували коморбідну депресію (30 проти 14,3 %) [37].

S. A. Husain et al. (2008) звернули увагу, що в когорти клінічних випадків окремі симптоми ПТСР, зокрема гіперзбудження та прояви поведінки уникання, часто помилково розцінювали експерти як імпульсивність і гіперактивність зі спектра РДУГ, тому такі пацієнти потребували додаткового скринінгу на наявність перенесених травматичних подій, що має передувати призначенню медикаментозного лікування [35]. Високий рівень перекриття низки симптомів ПТСР і депресії — порушень сну, настрою та концентрації уваги, а також втрата мотивації та зацікавленості можуть бути як наслідком їхньої коморбідності, так і передумовою для диференційної діагностики та застосування різних терапевтичних стратегій [42].

Депресія залишається одним із найпоширеніших коморбідних розладів при ПТСР, проте дані щодо їх поширеності варіюють залежно від популяції, критеріїв діагностики та різновиду зазнаних травматичних подій [38–41].

Так, M. Başoğlu et al. обстежили 950 дітей, які перебували в зоні землетрусу в Туреччині. Цей землетрус забрав життя у понад 17 тис. осіб, зруйнувавши більш ніж 250 тис. будівель. Було встановлено, що 23 % дітей з епіцентру землетрусу та 14 % із периферії стихійного лиха (м. Стамбул) відповідали критеріям для встановлення ПТСР, водночас понад половина цих дітей додатково відповідали критеріям для діагностики депресивного розладу [38].

Схожі результати отримали під час дослідження наслідків впливу руйнівного циклону, внаслідок якого постраждало понад 15 млн мешканців Індії. Відповідно до результатів дослідження, наявність психічних розладів через травми була встановлена у 39 % осіб, а рівень коморбідності між ПТСР і депресивним розладом сягав 63,2 % [39]. За результатами іншого дослідження дітей, проведеного в Секторі Газа, 68,9 % обстежених відповідали критеріям для ПТСР, а 40 % мали коморбідну депресію [67].

Можливі причинно-наслідкові взаємозв'язки посттравматичного розладу і депресії

Високий рівень подвійної діагностики ПТСР і депресивного розладу створює підстави для дискусії щодо їхніх причинно-наслідкових взаємозв'язків. Симптоми депресії можуть як входити до структури ПТСР, так і бути ознаками коморбідних щодо ПТСР преморбідних гіперкінетичних і тривожних розладів та станів, за яких можлива подвійна діагностика ПТСР і рекурентної депресії, іншого психічного розладу, що маніфестував після травматизації дитини [46–48]. V. A. Stander et al. (2014), аналізуючи коморбідність депресії та ПТСР у вибірці ветеранів війни, дійшли висновку щодо наявності двостороннього складного зв'язку між двома розладами, при якому кожен із них може бути тригером для розвитку іншого [44]. Результати низки досліджень дають підстави вважати, що депресія та ПТСР можна розглядати як дискретні розлади, які чинять вплив на перебіг один одного.

D. G. Campbell et al. (2007) та S. Momartin et al. (2004) оприлюднили дані дослідження, що свідчать про гірший клінічний перебіг, більшу тяжкість і нижчу ефективність лікування у пацієнтів із ПТСР за наявності коморбідної депресії [50, 51]. Крім того, в іншому мультицентровому європейському дослідженні було доведено, що коморбідність між ПТСР і депресією підвищує суїцидальний ризик [49].

ПТСР і депресія мають низку спільних, властивих обома розладам симптомокомплексів, що дає змогу говорити про певний клінічний поліморфізм — континуум зумовлених травматизацією психічних розладів, які розвиваються у відповідь на психотравматичну ситуацію [42–45].

N. Breslau et al. (2000) опублікували результати масштабного ретроспективного дослідження за участю понад тисячі молодих дорослих із південно-східного Мічигану (штат на півночі центральної частини США). Встановлено, що в осіб із ПТСР частота депресії була значно вищою порівняно з тими, хто не зазнав травматизації. Більшість випадків діагностованої депресії маніфестувала через декілька днів після травматизації та лише невелика

кількість протягом року. Результати дослідження продемонстрували, що в осіб, які мали депресію до травми, частота розвитку ПТСР була вищою. Дані дослідження підтвердили теорію про наявність спільних генетичних, біологічних і соціальних чинників, що сприяють розвитку обох захворювань [48].

За результатами генетичного дослідження ветеранів війни у В'єтнамі К. С. Koenen et al. (2008) виявили слабкий кореляційний зв'язок між генетичними чинниками, що чинять вплив на розвиток депресії та ПТСР, проте основну роль у формуванні коморбідності дослідники пояснили середовищними чинниками, насамперед соціальними [68]. Спільні для ПТСР і рекурентних депресій генетичні модифікації — метилювання ДНК, модифікації гістонів та експресія певних генів — були встановлені в дослідженнях В. Z. Yang et al. (2013) та J. D. Flory і R. Yehuda (2015) [84, 85].

Вивчаючи відмінності середовищних чинників, насамперед соціальних, на постраждалих, деякі дослідники намагалися пояснити розвиток симптомів реперезивання, депресивного спектра з вітальністю переживань або поведінкових порушень із дратівливістю та імпульсивністю. Зокрема, досліджували чинники ризику для розвитку депресії та ПТСР після зазнаних травматичних подій. В. Tang et al. (2014) у метааналітичному огляді визначив агенти ризику розвитку депресії в дітей, які постраждали від стихійного лиха. Діти, які отримали фізичні ушкодження (поранення), пережили почуття сильного страху, стали свідками смерті або сильного поранення інших осіб, були більш схильними до розвитку депресії, так само, як і діти, які надалі відчували нестачу соціальної підтримки [18].

К. В. Nooner et al. (2012) проаналізували низку досліджень, присвячених вивченню ПТСР у підлітків, та встановили, що жіноча стать, наявність серйозних соматичних захворювань, психологічна травматизація в анамнезі та брак соціальної підтримки виступали тригерами ризику розвитку ПТСР після психічної травматизації. Проте вчені не встановили зв'язку між типом травми та ПТСР [8].

Д. Trickey et al. (2012) за результатами метааналізу 64 досліджень довели, що несприятливі соціально-психологічні чинники безпосередньо після травматизації дитини (низький рівень соціальної підтримки в родині, незначний рівень соціального забезпечення, вторинна травматизація тощо) є предикторами розвитку ПТСР. Також встановлено кореляцію між жіночою статтю та ризиком розвитку ПТСР. Сила кореляційного зв'язку суттєво збільшувалася з віком дитини [66].

В іншому дослідженні доведено зв'язок віку травматизації дитини з розвитком депресії чи ПТСР: у дітей, які зазнали психічної травми у віці до 12 років, порівняно з тими, у кого травматизація відбулася після 13 років, статистично частіше спостерігали депресивні розлади; при травматизації у підлітковому віці частіше розвивався ПТСР [11]. Такі вікові розбіжності можна пояснити нейробиологічними особливостями дитячого та підліткового мозку й поведінково-емоційної регуляції, гормональним впливом на процеси саморегуляції [86–87]. Слід також враховувати низький рівень діагностики ПТСР у дітей, насамперед дошкільного віку, що пов'язано з особливостями клінічних проявів [88].

Діагностика депресій при посттравматичному стресовому розладі в дітей і підлітків

Незадоволеність практикою застосування діагностичних критеріїв DSM–IV для ПТСР у дітей стала причиною появи окремих діагностичних критеріїв для дітей віком до 6 років у DSM-5. ПТСР став першим розладом у DSM, який має відмінні діагностичні критерії для дорослих і дітей (віком 6 років і молодше) [129].

Робоча група DSM-5 акцентувала увагу на високому рівні травматизації дитячого населення і на тому, що поширеність ПТСР під час оцінювання за допомогою критеріїв DSM–IV у дітей дошкільного віку була значно нижчою, ніж у дітей шкільного віку та дорослих. Низькі показники захворюваності можна пояснити незрілістю сприйняття дітьми травматичних подій або низькою чутливістю наявних діагностичних критеріїв для діагностики розладу в педіатричній популяції.

З погляду на останнє дослідники внесли певні зміни до критеріїв DSM–IV і провели серію досліджень із залученням маленьких дітей [130]. Це дало змогу оцінити вплив діагностичних критеріїв на епідеміологічні показники ПТСР у різних вікових групах. Так, результати дослідження продемонстрували, що в разі застосування більш чутливих критеріїв для осіб віком до 6 років кількість дітей, які відповідали критеріям розладу, зростала в 3–8 разів. Спираючись на отримані дані, цільова група прийняла рішення не лише змінити критерії ПТСР у DSM-5, але і виділити окремий його підтип саме для дітей дошкільного віку. Діагностичні критерії ПТСР для дітей більш старшого віку, підлітків і дорослих, порівняно з DSM–IV, майже не зазнали змін. Різницю між гострим і хронічним ПТСР було усунуто, оскільки існуючих доказових даних для обґрунтування корисності такої диференціації забракло. Втім, додано підтип — «із дисоціативною симптоматикою». Особи, які відповідають критеріям згаданого підтипу, задовольняють критерії ПТСР і виявляють додаткові симптоми деперсоналізації та/або дереалізації. Не знайдено підстав для введення в DSM-5 окремого підтипу ПТСР — «із депресивною симптоматикою» [131].

Проте систематика DSM-5 передбачає відмінну від діагностики ПТСР діагностику пов'язаних зі стресом тривожних розладів і розладів настрою. Травма і пов'язані зі стресом розлади є новим діагностичним розділом у DSM-5, що об'єднав низку раніше різних розділів і діагностичних категорій DSM–IV. Новий розділ включає реактивний розлад прихильності, розгальмований розлад соціальної активності, посттравматичний стресовий розлад, гострий стресовий розлад, розлад адаптації. Включені також пов'язані зі стресом тривожні розлади і розлади настрою. Основним обґрунтуванням для об'єднання зазначених діагностичних категорій до єдиного розділу стало визнання того, що їхньою спільною рисою є наявність дистресу після впливу травматичної чи стресової події [132].

Дослідження не знаходять статистично значущих спільних соціальних тригерів для ПТСР і депресії, окрім наявності в анамнезі вже пережитої травми та браку соціальної підтримки безпосередньо після травматизації, що

повторно ставить питання щодо специфічного депресивного ендотипу ПТСР та особливості його лікування [85].

Лікування депресій при посттравматичному стресовому розладі в дітей і підлітків

Існує низка методів лікування дітей з асоційованими з психічною травмою розладами психіки та поведінки. Найбільший рівень доказовості мають:

- системно-травматичний підхід;
- терапія за «моделлю прихильності–самоорганізації–компетентності» (ARC модель);
- травмофокусована поведінкова терапія для батьків і дитини.

Вказані методики можливо застосовувати як для індивідуальної, так і групової терапії. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку важливим є формування дитячо-материнської прихильності для подальшого непервазивного розвитку дитини. Тому терапевтичні стратегії для немовлят, дітей дошкільного і молодшого шкільного віку специфічно спрямовані на роботу з діадою дитина–мати (дорослий безпосередньо піклується про дитину) [137].

При лікуванні комплексної травми у підлітків часто використовують групову терапію, при цьому роблять акцент на формуванні навичок спілкування, емоційного регулювання, навичок, відповідних нормальному розвитку дитини відповідного віку, формуванні компетентності, виявленні та посиленні сильних властивостей особистості дитини [101].

Для цього застосовують спеціальні техніки:

- навчання навичок регуляції міжособистісних взаємин і настрою (Skills Training in Affect and Interpersonal regulation) [134];
- структуровану психотерапію стійкості підлітків до хронічного стресу та відновлення адаптивної поведінки (Structured Psychotherapy for Adolescent responding to Chronic Stress and Trauma Adaptive recovery) [135];
- роботу в психоосвітніх групах і групах розвитку (Group Education and Training) [136].

Загальним для всіх цих терапевтичних втручань є виявлення симптомів, асоційованих із травмою та їх десенситизація, набуття конкретних навичок і використання групового процесу для дестигматизації постраждалих, підвищення соціальної підтримки [138].

Психотерапія зумовлює зменшення тяжкості симптомів і поліпшення соціального функціонування, емоційної стабільності, соціальної компетентності та покращує прогноз соціального функціонування таких дітей у майбутньому [101].

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія

Міжнародні рекомендації щодо лікування дітей і підлітків із ПТСР і низка метааналітичних досліджень рекомендують травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) як терапію першого вибору, проте рекомендацій щодо лікування ПТСР із коморбідними розладами, зокрема з депресією,

немає [52]. ТФ-КПТ – варіант психотерапевтичної допомоги, яку розробили J. A. Cohen, A. P. Mannarino та E. Deblinger для допомоги дітям, які зазнали психічної травми.

Умовно сеанси ТФ-КПТ можна розділити на три ключові фази:

- стабілізації (1/2 часу всієї терапії);
- відтворення історії травми (1/4 часу терапії);
- інтеграції/консолідації (1/4 часу терапії) [55].

Кожна з них становить близько чверті часу терапевтичних інтервенцій. Результати низки рандомізованих контрольованих досліджень підтвердили ефективність ТФ-КПТ при ПТСР у дітей. J. A. Cohen et al. (2004) порівнювали ефективність ТФ-КПТ і дитино-центрованої психотерапії у дітей віком від 8 до 14 років, які зазнали сексуального насильства. За результатом дослідження ТФ-КПТ продемонструвало вищу ефективність для симптомів ПТСР, депресії та тривоги [56].

C. E. Cary та J. C. McMillen (2012), а також A. S. Lenz і K. M. Hollenbaugh (2015) за результатами метааналітичних досліджень підтвердили, що ТФ-КПТ значно ефективніша, ніж інші види психотерапії. Вона зменшує тяжкість симптомів ПТСР, проте поступається їм при терапії симптомів депресії та тривоги [54, 58].

T. K. Jensen, T. Holt та S. M. Ormhaug (2017) порівнювали ефекти ТФ-КПТ і «традиційної терапії» при депресивних розладах у дітей із ПТСР. Хоча ТФ-КПТ достатньо ефективно допомагала при лікуванні симптомів депресії, встановлено, що підлітки із середньотяжкими та тяжкими депресіями краще реагували саме на традиційну терапію [57].

M. A. Schottenbauer et al. звернули увагу на високий рівень відмови пацієнтів із ПТСР від ТФ-КПТ, внаслідок чого вони не закінчували дослідження. Таку некомплаєнтність автори пояснили впливом коморбідної психопатології [59]. Подібні результати отримали A. McDonagh et al., досліджуючи дорослих жінок із хронічним ПТСР. Ті, хто відмовився від ТФ-КПТ, мали вищі базові показники депресії, аніж ті, хто успішно закінчили курс лікування [60]. Жодного зв'язку між ефективністю ТФ-КПТ і рівнем відмови від лікування не знайшов у своїх дослідженнях I. M. Aderka et al. (2011, 2013), проте автори зазначили, що пацієнти з коморбідною депресією та ПТСР потребували більшої кількості сесій ТФ-КПТ [61, 62]. Така різниця в ефективності ТФ-КПТ може бути зумовлена методологічними особливостями досліджень, починаючи від методик, якими користувалися для визначення тяжкості депресії та ПТСР, до особливостей дизайну досліджень і протоколів ТФ-КПТ.

J. A. Cohen, A. P. Mannarino та E. Deblinger (2006) під час відбору досліджень для метааналізу звернули увагу на те, що не у всіх дослідженнях ТФ-КПТ надавалася за стандартним протоколом, оскільки в окремих випадках лікування включало п'ять та менше ключових із восьми пунктів протоколу [53, 54].

Проте дані щодо ефективності ТФ-КПТ для лікування коморбідної депресивної та тривожної симптоматики залишаються суперечливими й потребують подальшого дослідження, зокрема щодо порівняння з іншими

ефективними стратегіями терапії депресії та тривожних розладів у дітей [32].

Інші психотерапевтичні втручання

Відповідно до результатів метааналітичних досліджень, ефективність інших психотерапевтичних втручань, таких як психодинамічна терапія, клієнт-центрована психотерапія, десенсибілізація рухами очних яблук і психологічне консультування, мають помірну ефективність при симптоматичній ПТСР, якщо порівняти з пацієнтами контрольної групи, які знаходилися в листі очікування або відмовилися від терапії. Жодне з включених до аналізу досліджень не порівнювали з фармакологічним лікуванням або іншою психотерапевтичною допомогою. Бракує також даних, які б дали змогу оцінити ефект плацебо [91].

D. Gillies et al. (2013) у схожому метааналітичному дослідженні оцінювали вплив наведених вище психотерапевтичних втручань, включно з ТФ-КПТ, на редукцію коморбідної депресивної симптоматики. Вчені акцентували увагу на низькій ефективності терапії та високій питомій вазі осіб, які не завершили дослідження через відмову від продовження терапії [92].

Психофармакотерапія

Поряд із психотерапевтичним лікуванням у дорослих широко застосовують психофармакотерапію ПТСР із використанням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), яка продемонструвала ефективність щодо зниження тяжкості симптомів ПТСР [103]. Наразі залишаються питання щодо кількості респондерів серед пацієнтів із ПТСР під час терапії СІЗЗС. M. B. Stein, N. A. Kline та J. L. Matloff (2002), а також J. Zohar et al. (2002) досліджували ефективність лікарських засобів у ветеранів і встановили, що кількість респондерів під час лікування СІЗЗС не перевищує 60 %, менше половини з яких досягають ремісії [106, 107]. Значна кількість побічних ефектів терапії СІЗЗС — збільшення маси тіла, негативний вплив на шлунково-кишковий тракт, недостатньо високий рівень відповіді на терапію, що викликають запитання стосовно доцільності їх застосування [104].

В окремих дослідженнях за участю дорослих пацієнтів обговорювали можливу ефективність застосування у хворих із ПТСР протиепілептичних препаратів (ламотриджину, топірамаму) завдяки їх здатності до інгібування нейротрансмісії глутамату, проте в метааналітичних порівняльних дослідженнях із СІЗЗС їхню дієвість не було доведено [110, 111]. Проте в окремих рандомізованих подвійних сліпих контрольованих плацебо клінічних дослідженнях на невеликих вибірках із використанням рисперидону та оланзапіну отримано доказові дані щодо їх ефективності як засобу додаткової терапії (наприклад, під час лікування антидепресантами поведінкових розладів у дорослих із ПТСР, ускладненим руйнівною поведінкою та агресією) [112–114].

Результати щодо ефективності психофармакотерапії у дорослих популяціях не можуть бути перенесені на педіатричну практику. Слід також враховувати, що, відповідно до результатів окремих досліджень, побічні

ефекти психотропних лікарських засобів (сонливість, дратівливість, надмірна рухова активність, проблеми з травленням, суїцидальний ризик) виникають у неповнолітніх значно частіше [105]. Кількість контрольованих досліджень із застосування психотропних лікарських засобів при ПТСР у неповнолітніх обмежена. Одне з перших досліджень ефективності СІЗЗС у дітей провели J. A. Cohen et al. (2007), присвятивши його вивченню ефективності сертраліну в дозуванні 50–200 мг як засобу додаткової терапії до ТФ-КПТ. Відповідно до результатів дослідження, обидві групи пацієнтів продемонстрували значуще поліпшення з незначною перевагою в групі комбінованої терапії [108].

Інше контрольоване дослідження ефективності флуоксетину, іміпраміну та плацебо для лікування симптомів ПТСР у дітей із опіками не виявило різниці в терапевтичній ефективності згаданих лікарських засобів. Рівень доказовості отриманих результатів невисокий через незначну (протягом тижня) тривалість контрольованого дослідження [109]. У двох контрольованих дослідженнях вивчали дієвість карбамазепіну та солей вальпроєвої кислоти. Не було отримано належних доказових даних ефективності застосування протиепілептичних препаратів для терапії ПТСР, проте карбамазепін продемонстрував помірний ефект щодо редукції поведінкових та емоційних симптомів (дратівливість і нетримання афекту) у дітей із ПТСР [115, 116].

Ефективність антипсихотичних препаратів у дітей не вивчали у рандомізованих клінічних дослідженнях, проте результати декількох невеликих досліджень свідчать про дієвість терапевтичних заходів із рисперидоном і кветіапінном для редукції симптомів ПТСР у підлітків. Хоча в цих дослідженнях спостерігали високий рівень побічних ефектів, зокрема пролактинемії та збільшення індексу маси тіла [117, 118].

СІЗЗС мають розглядати як лікарські засоби, перспективні для терапії ПТСР і коморбідних тривожних і депресивних розладів у дітей, проте їхня ефективність потребує подальшого вивчення, особливо порівняно з методами психотерапії ПТСР із доведеною ефективністю (ТФ-КПТ).

Профілактика стрес-асоційованих розладів

Зважаючи на соціальну значущість зумовлених психічною травмою розладів психіки, низьку ефективність терапії та економічний тягар менеджменту ПТСР, слід зробити акцент на первинній та вторинній профілактиці стрес-асоційованих розладів.

Як свідчить практика, відповіді осіб на стрес значно різняться між собою та варіюють від розвитку стрес-асоційованих психічних розладів до окремих транзиторних психопатологічних симптомів. Форму відповіді організму на стрес пов'язують із резильєнтністю. Американська психологічна асоціація (АРА) визначає резильєнтність як процес адаптації в умовах впливу негативних чинників, травми, трагедії та навіть значущих джерел небезпеки [119].

Втручання, спрямовані на збільшення та розвиток резильєнтності, відіграють провідну роль у первинній профілактиці.

Адаптивні можливості пов'язують із низкою психосоціальних чинників, зокрема:

- 1) позитивний емоційний стан під час розвитку дитини;
- 2) виховання в умовах належної опіки та піклування;
- 3) наявність позитивної та міцної моделі поведінки для наслідування, когнітивної гнучкості, вміння регулювати емоції;
- 4) висока самооцінка;
- 5) наявність соціальної підтримки [120].

К. J. Kinniburgh et al. (2017) у дослідженні медичних втручань у дітей із комплексною травмою звернули увагу на те, що якщо травматизація відбувалася за присутності батьків, які забезпечували дитині посилену психологічну підтримку, дитяча реакція на стрес могла фенокопіювати їхні захисні форми реагування. Це призводило до того, що чим більш дисфункціональною та дезорганізованою була реакція батьків на стрес, тим більш дезадаптивну поведінку демонструвала дитина і тим більш дисгармонійним був її посттравматичний розвиток [101]. Важливість того, щоб втручання не обмежувалися лише популяцією дітей, а й включали їхніх опікунів, довели J. E. Lambert et al. (2014). У своєму метааналітичному дослідженні вони встановили, що наявність симптомів ПТСР у будь-кого з батьків значно збільшує ймовірність дистресу в дитини, а тому акцентували увагу на критичній важливості сімейних втручань і підтриманні здорових відносин у родині [122].

S. M. Southwick та D. S. Charney (2012) описали втручання, спрямовані на зменшення негативного впливу генетичних і середовищних чинників ризику та розвиток резильєнтності до депресивних розладів. Автори виділили когнітивно-поведінкову терапію як дієве втручання для розвитку ефективних стратегій подолання наслідків стресу й травми та вироблення організованих адаптивних моделей поведінки у відповідь на вказані стимули [121].

P. M. Skeffington et al. (2013) у метааналітичному дослідженні звернули увагу, що психоосвітні тренінги з когнітивним моделюванням, скеровані на роз'яснення реакцій організму на стрес у дорослих поствоєнних популяціях, продемонстрували певну ефективність, проте ці методики потребують подальшого вивчення [123].

Науковці вивчали короткотривалі психосоціальні втручання у вигляді 1–2 сесій як варіант кризових заходів, проте останні не виявили прямого терапевтичного впливу на симптоматику ПТСР [124–126]. Вважати неефективними такі інтервенції наразі передчасно. J. Kenardy et al. (2008), а також D. Zehnder et al. (2010) досліджували ефективність короткотривалих психосоціальних втручань у дітей після нещасних випадків, зокрема автомобільних катастроф, і довели їхню ефективність (здатність викликати редукцію) щодо тривожних і депресивних симптомів [124, 126].

Обмежена кількість досліджень була присвячена вивченню ефективності фармакологічних препаратів для профілактики ПТСР у дорослій популяції. S. Fletcher, M. Creamer та D. Forbes (2010) у своєму огляді описали роль хемопрофілактики у превенції ПТСР. Ефективність щодо запобігання розвитку ПТСР продемонстрував гідрокортизон; але невелика вибірка та недоліки дизайну його дослідження не дають належних підстав для того, щоб рекомендувати згаданий лікарський засіб для профілактики ПТСР без подальшого вивчення [127].

Високий рівень коморбідності депресій і ПТСР у дітей, суперечливі дані щодо ефективності ТФ-КПТ і терапії СІЗС при посттравматичному стресовому розладі з коморбідними депресивними та тривожними розладами потребують подальших контрольованих досліджень у цій сфері.

Список літератури знаходиться в редакції.

Науково-практична конференція з міжнародною участю
«УКРАЇНЬСЬКА НЕВРОЛОГІЧНА ШКОЛА: НА СТИКУ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ»
 31 березня – 2 квітня 2019
 м. Львів, вул. Матейка 6, готель «Лістер»

 <p>ГЕГРИЧ Т.І. д.м.н., професор кафедри неврології Львівського національного медичного Університету ім. Данила Галицького</p>	 <p>ОРОС М.М. д.м.н., професор, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету</p>	 <p>ЧАБАН О.С. д.м.н., професор, завідувач Кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О. О. Богомольця</p>
--	--	--

НАУКОВІ НАПРЯМКИ:

- ✓ епілепсія
- ✓ хронічний біль
- ✓ паркінсонізм
- ✓ розсіяний склероз
- ✓ когнітивні порушення
- ✓ депресії
- ✓ тривожні розлади та інше

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМПІТЕТ:
 Олег Могильний +38 067 548-49-09 oleg.mogilnyi@mamo.kiev.ua
 Наталя Пасічник +38 098 076-76-59 manager@mamo.kiev.ua
 Артем Бараник +38 067 499-83 -31 info@mamo.kiev.ua