



Н. О. Рябоконт

УДК:616.89-008.454-053.2/.5

РОЛЬ СІМ'Ї В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н. О. Рябоконт

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми, Україна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків, Україна

Анотація.

Проблема діагностики та реабілітації дітей з тривожно-депресивними розладами (ТДР) з ряду причин вкрай актуальна сьогодні в Україні. Це обумовило необхідність розробки та впровадження моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з ТДР. З метою обґрунтування цього кроку було проведено дослідження, під час якого обстежено 160 пацієнтів з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері. На підставі отриманих даних проаналізовано значення соціально-сімейних факторів у формуванні ТДР у дітей та їх реабілітації. Визначено необхідність розробки моделі медико-психологічної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги. Модель повинна включати психоосвітні, психотерапевтичні та психологічні заходи для батьків і дітей. Впровадження моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги та депресії у дітей та запобігатиме їх психосоціальної дезадаптації.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, реабілітація, сім'я, діти.

Вступ

Непсихотичні психічні розлади – одна з головних проблем охорони здоров'я в європейських країнах з точки зору тяжкості захворювання [1]. Протягом останнього десятиріччя у структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне зростання непсихотичних форм психічної патології і, насамперед, невротичних розладів із тривожною і депресивною симптоматикою, що обумовлено змінами соціально-економічної ситуації в Україні [2]. У сучасних умовах населення країни перебуває в стані постійного стресу. Психоемоційне перенапруження сприяє збільшенню кількості ТДР, що зумовлює інтерес психіатрів і психотерапевтів до проблеми підбору найбільш ефективних та найменш тривалих методів лікування хворих із психічними розладами, пов'язаними зі стресом.

Разом з цим встановлено зростання невротичних порушень, у тому числі ТДР, які відзначаються затяжним перебігом, складними психопатологічними синдромами, резистентністю до терапії, зміненою реактивністю до медикаментозних засобів лікування [3]. Тому проблема терапевтично резистентної депресії з часу появи першого антидепресанту і до сьогодні залишається актуальною на всіх рівнях надання психіатричної допомоги. Висока потреба у діагностиці, терапії та профілактиці обумовлена не тільки високою частотою депресивних і тривожних розладів. Особливу занепокоєність

спеціалістів викликає значний несприятливий вплив тривоги та депресії на перебіг і прогноз коморбідних соматичних захворювань та на якість життя пацієнтів, які страждають на поєднану тривожно-депресивну і соматичну патологію [4].

Первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів відбуваються на первинному рівні надання медичної допомоги. На жаль, в Україні лікарі загальної практики недостатньо інформовані щодо діагностики та лікування психічних розладів, зокрема ТДР.

За даними українських авторів, 25,00% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином депресивний і тривожний [5]. Принаймні у 10,00% усіх пацієнтів первинної медичної мережі має місце велика депресія. У 60–70,00% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки непсихотичного регістру, які потребують застосування лікувальних заходів.

Застосування лікарських засобів у лікуванні депресії та тривоги у дітей (а саме прийом антидепресантів) є малоефективним та викликає численні побічні дії, у тому числі призводить до виникнення суїцидальних думок та власне до суїциду [6; 7]. Ризик призначення антидепресантів перевищує можливі позитивні результати лікування, особливо у дітей та підлітків з ТДР. Цей факт привертає увагу дитячих

психіатрів і зумовлює необхідність пошуку альтернативних ефективних методів лікування та реабілітації дітей з ТДР.

Предметом численних сучасних досліджень є роль сім'ї як профілактичного та реабілітаційного середовища для дітей з порушеннями психічного здоров'я. У сучасній клінічній медицині під час вирішення проблеми реабілітації хворої дитини особливо великого значення набувають психологічні та педагогічні аспекти.

Проблеми сімейних стосунків завжди привертала увагу фахівців, адже сім'я – один із найважливіших виховних факторів, значення якого для особистості дитини важко переоцінити. Сьогодні сім'я переживає серйозні труднощі, значною мірою зумовлені кризовими явищами українського суспільства в цілому, що негативно впливає на внутрішньосімейну атмосферу. Це ж, у свою чергу, не може не позначатися на формуванні стійкої психопатології, у тому числі й ТДР [8; 9].

Проблема діагностики та реабілітації дітей з ТДР актуальна як для оцінки стану психічного здоров'я дитячої частини населення країни в цілому, так й у зв'язку з погіршенням психічного здоров'я через кризовий стан в Україні. Це обумовило проведення дослідження для обґрунтування необхідності розробки та впровадження моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з ТДР, перш за все, на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у вивченні ролі сімейних факторів у формуванні ТДР у дітей та їх реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 160 дітей віком 6–14 років з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері.

Діагностика ТДР проводилася за критеріями МКХ–10. Застосовувалися клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, патопсихологічний методи (шкала реактивної та особистісної тривоги Спілберґера–Ханіна, тест оцінки депресії CDRS-R). Сімейне функціонування визначалося за допомогою тестів «Шкала сімейного оточення» С. Ю. Купріянова; «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» – FACES-3 (тест Д. Х. Олсона, адаптований у 1986 році М. Перре) [10]; сімейна соціограма Е. Г. Ейдемільера, В. Юстицкіса

[11]. З метою дослідження реабілітаційної ролі сім'ї в соціалізації дитини з ТДР та розробки рекомендацій з корекції тривожно-депресивного стану нами проведена порівняльна характеристика показників мікросоціального оточення в популяції дітей групи здоров'я (100 осіб).

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідженнями доведено, що 100% батьків дітей з ТДР не звертали увагу на стан підвищеної тривожності та депресивні симптоми у дитини. Встановлено, що порушення емоційного стану та фізичні скарги вони пов'язували переважно з наявними у дитини соматичними захворюваннями. Слід відзначити, що жоден із батьків дітей з ТДР не звертався за спеціалізованою допомогою до психіатра.

З метою швидкої ефективної та достовірної оцінки процесів, що відбуваються в сімейній системі, та вибору мішені для медико-психотерапевтичного втручання застосовано стандартизований опитувальник Д. Х. Олсона (FACES-3). Методика оцінює рівень сімейної згуртованості та сімейної адаптації. Сімейна згуртованість – це ступінь емоційного зв'язку між членами родини. При максимальній його вираженості члени сім'ї емоційно взаємозалежні, при мінімальній – автономні та віддалені один від одного. Сімейна адаптація характеризує, наскільки гнучка або, навпаки, ригідна сімейна система, наскільки готова пристосовуватися, змінюватися під впливом на неї стресорів.

Типи сімейних систем за рівнем сімейної згуртованості наведено у **табл. 1**.

Таблиця 1

Типи сімейних систем за рівнем сімейної згуртованості у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Типи сімейних систем	Група дітей з ТДР (n = 160)		Група здорових дітей (n = 100)	
	n	%	n	%
Роз'єднаний	111	69,40*	22	22,00
Розділений	34	21,30*	9	9,00
Об'єднаний	14	8,70	69	69,00
Зчеплений	1	0,60	0	0,00
Всього	160	100,00	100	100,00

Примітки:

n – кількість дітей;

* – достовірна відмінність $p \leq 0,01$.

У більшості дітей з ТДР (69,40%) сім'ї роз'єднані. Члени цих сімей мало прив'язані один до одного, емоційно вкрай розділені, під час дослідження поводитися неузгод-

жено, були нездатні до взаємної підтримки і спільного вирішення життєвої проблеми. Ізолюючись один від одного, підкреслюючи свою незалежність, вони приховували власну нездатність до встановлення близьких стосунків. При зближенні з іншими членами родини у них зростало почуття тривоги.

Одна п'ята сімей (21,30%) за рівнем згуртованості – **розділені**. В емоційних стосунках цих родин присутня деяка роздільність, проте вона не була виражена такою мірою, як у попередній групі. Незважаючи на те, що час, проведений окремо, для членів сім'ї був більш важливим, вони іноді збиралася разом, обговорювали проблеми, надавали підтримку один одному і приймали спільні рішення. Інтереси у них зазвичай були різними, проте існували і деякі спільні з іншими членами родини справи.

Об'єднані сім'ї, за даними тестування, визначені у 8,70% випадків. Ці родини характеризувалися високим ступенем емоційної близькості, лояльністю у взаєминах і певною залежністю родичів один від одного. Вони часто збиралися разом, і цей час для них важливіший, ніж присвячений індивідуальним друзям й інтересам.

Лише у 0,60% випадків сім'ї **зчеплені**. Члени такої сім'ї надмірно емоційно близькі (злиті) та лояльні. У них відсутній особистий простір та незалежність членів родини. Такі сім'ї та їх члени є слабо диференційованими.

Отже, у дітей з ТДР, порівняно зі здоровими дітьми, роз'єднані сім'ї зареєстровані у 69,40% та 22,00% випадків, відповідно ($p \leq 0,01$), розділені сім'ї – у 21,30% та 9,00%, відповідно ($p \leq 0,01$).

Типи сімейних систем за рівнем сімейної адаптації наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Типи сімейних систем за рівнем сімейної адаптації у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Типи сімейних систем	Група дітей з ТДР (n = 160)		Група здорових дітей (n = 100)	
	n	%	n	%
Ригідний	54	33,80*	2	2,00
Структурований	26	16,20	45	45,00
Гнучкий	38	23,80	41	41,00
Хаотичний	42	26,20*	12	12,00
Всього	160	100,00	100	100,00

Примітки:

n – кількість дітей;

* – достовірна відмінність $p \leq 0,01$.

■ Превалював **ригідний тип** сімейних систем (33,80%). Це родини з низькою гнучкістю і адаптивністю, не здатні вирішувати завдання, які постають перед сім'єю на шляху її просування стадіями життєвого циклу. Члени цих сімей відмовлялися змінюватися і пристосовуватися до нових обставин (народження, смерть близьких, дорослішання дітей і відділення їх, зміни в кар'єрі, місці проживання тощо). 6 ригідних сімей (3,80%) були занадто ієрархізовані. Переговори з важливих питань у цих сім'ях обмежені, а більшість рішень приймалися лідером. У ригідних системах ролі чітко розподілені та правила взаємодії залишаються незмінними.

■ **Хаотичні сім'ї**, які характеризуються високим ступенем непередбачуваності, зареєстровані у 26,20% випадків. Такі родини постійно перебували у стані кризи, а тип системи мав нестійке й обмежене керівництво і відчував нестачу лідерства. Рішення були імпульсивними і непродуманими. Ролі були незрозумілі й часто переходили від одного члена родини до іншого.

■ **Структуровані сім'ї** визначено в 16,20% випадків. Такі родини характеризувалися помірною гнучкістю. У них був присутній певний ступінь демократичного керівництва, що передбачало переговори з проблем між членами сім'ї, включаючи й дітей. Ролі та сімейні правила стабільні, була можливість їх обговорення. Існували певні дисциплінарні правила.

■ **Гнучкий тип сім'ї** встановлено у 23,80% родин. У цих сім'ях панував демократичний стиль керівництва. Переговори велися відкрито й активно, включаючи дітей. Ролі розподілялися між іншими членами сім'ї та змінювалися за необхідністю. Правда, у деяких сім'ях не вистачало лідерства, у них часто виникали суперечки між членами родини.

Таким чином, за типом сімейної адаптації, 96 сімей (60,00%) (ригідний і хаотичний тип) знаходилися у стані кризи. Вони не здатні були швидко адаптуватися до умов, що змінювалися, і стресів, що виникали у житті сім'ї. Це, в свою чергу, перешкоджало переходу до виконання родиною завдань розвитку, які характеризують новий етап життєвого циклу.

Отже, у дітей з ТДР, порівняно зі здоровими дітьми, ригідний тип сім'ї зареєстрований у 33,80% та 2,00% випадків відповідно ($p \leq 0,01$), хаотичний тип – у 26,20% та 12,00% відповідно ($p \leq 0,01$).

Якщо враховувати обидві шкали, збалансованими є 38 сімей (23,80%), які характеризуються успішністю функціонування.

З метою визначення ступеня задоволеності дитини сімейним станом визначено різницю між ідеальними та реальними оцінками сім'ї за двома шкалами (згуртованості та адаптації). Рівень задоволеності сімейним життям як недостатній визначили 58,00% дітей.

З метою оцінки соціального клімату, тобто правил поведінки, які склалися у сім'ї та впливають на стосунки у ній, була застосована шкала сімейного оточення, адаптована С. Ю. Куприяновим. Встановлено, що:

- **показник єдності** знижений у 65 сім'ях (40,60%) – члени таких родини недостатньо приділяють уваги своїм дітям й опікуються ними;
- **рівень експресивності** знижений у 73 сім'ях (45,60%) – у таких сім'ях не прийнято відкрито діяти та виражати свої почуття;
- високий **рівень конфліктності** в 94 сім'ях (58,80%) – батьки відкрито виражають своє незадоволення один одним, конфліктують, а у 14 сім'ях (8,80%) й агресивно ставляться до інших членів родини, у тому числі до дітей;
- **показник незалежності** знижений у 59 дітей (36,90%) – в їхніх сім'ях батьки не заохочують дітей до самоствердження, незалежності, до самостійності в обмірковуванні проблем і прийнятті рішень;
- низький **рівень орієнтації на досягнення** у 91 сім'ї (56,90%) – тут приділяють недостатньо уваги ступеню досягнення та змагання у різних видах діяльності (навчання, роботі тощо).

Отже, у більшості сучасних сімей (74,20%), в яких виховуються діти з ТДР, ступінь активності у соціальній, інтелектуальній, культурній та політичній сферах діяльності недостатній. Орієнтація родин на активний відпочинок також недостатня: у 131 сім'ї (81,90%) мало уваги приділяють спорту та активному відпочинку. Морально-етичні аспекти сімей розвинені слабо: знижений ступінь сімейної поваги до етичних і моральних цінностей і положень встановлених у 39 родин (24,40%). Ступінь організації у 67 сім'ях (41,90%) знижений, для них не важливі порядок і організованість (структурування сімейної діяльності, фінансове планування, зрозумілість і визначеність сімей-

них правил та обов'язків). Рівень контролю членами родини один одного у 46 випадках (28,80%) знижений.

Показники шкали сімейного функціонування дітей з ТДР були порівняні з контрольною групою дітей. Результати наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Показники шкали сімейного функціонування у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Шкали	Діти з ТДР (n = 160)		Контрольна група дітей (n = 100)	
	М	q	М	q
Єдність	3,86	1,56	6,35	1,24
Експресивність	3,96	1,42	6,82	1,31
Конфліктність	3,51	1,95	3,14	1,18
Незалежність	4,17	1,43	4,23	1,27
Орієнтація на досягнення	4,14	1,76	5,48	1,34
Інтелектуально-культурна орієнтація	5,08	1,72	6,14	1,31
Орієнтація на активний відпочинок	3,75	1,52	4,09	1,76
Морально-етичні аспекти	4,12	2,05	5,56	1,69
Організація	4,03	1,16	5,87	1,75
Контроль	3,40	1,74	3,92	1,57

Примітки:

n – кількість обстежених дітей;

М – середнє значення у групі;

q – стандартне відхилення.

Низькі показники стосунків між членами родини (єдність та експресивність), висока конфліктність між ними, недостатні показники особистісного росту (незалежність, орієнтація на досягнення, інтелектуально-культурна орієнтація) та управління сімейною системою викликають і підтримують стан тривожності та депресії у дитини. Це свідчить про необхідність застосування у таких сім'ях психоосвітньої, психокорекційної та психотерапевтичної роботи як з дітьми, так і з їхніми батьками та іншими членами родини.

З метою встановлення характеру комунікації в сім'ї, положення дитини в системі міжособистісних стосунків проведено дослідження дітей за малюнковою проективною методикою «Сімейна соціограма» Е. Г. Ейдемільера. Цей тест є свого роду вік-

ном у внутрішній світ дитини, розкриває сприйняття дитиною сім'ї й стосунків у ній.

Інтерпретація малюнків базувалася на визначенні таких елементів: хто включений і хто виключений із зображених, хто знаходиться в ізоляції, які переважають зв'язки між членами родини, значущість батьків для дитини.

Вивчення результатів тесту показало:

■ **недостатня значущість батьків для дитини** встановлена у 45,00 % випадків (такі діти зобразили батьків такими ж розмірами, як вони самі, або меншими за себе);

■ **недостатньо диференційоване ставлення до інших членів сім'ї** присутнє в 38,10% дітей (про це свідчить зображення всіх членів родини однаковими за розміром колами);

■ **опосередковане ставлення до батьків через бабуся** відмічається в 11,90% випадків (на малюнку бабуся зображена між дитиною та її батьками);

■ **значущість батьків підвищена** для 6,90% дітей, що свідчить про значну залежність від дорослих, несамостійність, нездатність самостійно приймати рішення (такі діти зобразили батьків у вигляді кіл великого розміру, значно більшими за себе, розташованими у верхній частині тестового поля);

■ **між батьками та дітьми склалися благополучні стосунки** в 23,80% випадків (про що свідчить невелика відстань між зображеними членами родини);

■ **переживання емоційного відторгнення** відзначене в 63,60% випадків (ці діти зобразили себе у нижній частині кола, осторонь від інших членів родини);

■ **велику значущість матері в очах дитини** відмічено в 27,50% дітей (зображення матері більше за інших членів родини, розташоване у верхній частині або у центрі тестового поля), проте лише 3,80% дітей – усі хлопці – зобразили батька більшим за інших, що свідчить про значну роль батька для дитини;

■ **недиференційованість власного «я» та наявність симбіотичних зв'язків з батьками** встановлені в 5,00% дітей (вони зобразили себе безпосередньо зв'язаними з мамою);

■ **егоцентризм** присутній у 3,10% у дітей (у цих випадках діти намалювали себе у центрі тестового поля значно більшими за інших членів родини).

Аналіз результатів дослідження показав, що рівень психологічного здоров'я сім'ї відповідав показнику норми лише у 20,00% випадків. Дестабілізуючий вплив на психологічне здоров'я сім'ї в обстежених дітей обумовлений певними чинниками. Насамперед це низький потенційний рівень психологічного прийняття в сім'ї дитини з розладами психіки.

Формуванню позитивного мікроклімату в сім'ї дуже шкодить недостатній ступінь розвитку таких соціально-психологічних механізмів внутрішньо-сімейної взаємодії, як взаєморозуміння, взаємодопомога, взаємотерпіння. Негативно позначаються на стосунках у родині й зниження соціально-рольової адекватності батьків та адаптивності їх у соціумі, а також низький освітній рівень одного або обох батьків (психолого-педагогічна неспроможність сім'ї).

Результати цього дослідження доводять необхідність розробки комплексної програми реабілітації дітей з ТДР на етапі первинної медико-санітарної допомоги, вдосконалення лікувально-профілактичної роботи серед дітей шкільного віку та координації мультидисциплінарної взаємодії лікарів первинної ланки, психологів та дитячих психіатрів.

Висновки

1. Встановлено, що у формуванні ТДР у дітей значимими факторами є патологічні сімейні стосунки: роз'єднаний, розділений, ригідний та хаотичний типи сімейних стосунків, а також висока конфліктність між членами родини, недостатній ступінь розвитку взаєморозуміння, взаємодопомоги та взаємотерпіння у родинах, низький освітній рівень батьків, низький рівень матеріального забезпечення сім'ї.

2. Визначено необхідність розробки моделі медико-психологічної реабілітації дітей з ТДР. На первинному рівні надання медичної допомоги необхідно проводити скринінг-тест діагностики невротичних розладів з диференціацією симптомів тривоги та депресії, визначати мікросоціальний клімат у сім'ї, застосовувати психоосвітні заходи для батьків і дітей. На другому етапі модель реабілітації дітей з ТДР повинна включати психологічну корекцію порушених сімейних стосунків із застосуванням сімейної психотерапії. Розробка та впровадження моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги та депресії у дітей та превенції їх психосоціальної дезадаптації.

Література

1. Gaebel W. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel [et al.] // *Eur. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27. – P. 87–113.
2. Михайлова Э. А. Депрессия у подростков : клинико-возрастной, нейрокогнитивный, генетический аспекты / Э. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Н. В. Багацкая и др. // *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, вип. 2(83). – С. 75–78.
3. Белостоцкая Ж. И. Клинико-психопатологические проявления депрессий у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Международный медицинский журнал*. – 2007. – Т. 13, № 4. – С. 23–25.
4. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б. В. Михайлов // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3(64). – С. 137–138.
5. Скринник О. В. Клініко-психопатологічні особливості у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення / О. В. Скринник // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 3. – С. 71–75.
6. Антонюк А. Применение антидепрессантов у детей и подростков [Электронный ресурс] / А. Антонюк // *Український медичинський журнал*. – 2016. – № 3(113). – Режим доступа : <http://www.umj.com.ua/article/97187/primenenie-antidepressantov-u-detej-i-podrostkov-prinosit-bolshe-vreda-chem-polzy>.
7. Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds [Electronic Resource] / K. Weintraub. – 2016. – Way of access : <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.
8. Солодников В. В. Социология социально-дезадаптированной семьи / В. В. Солодников. – СПб. : Директ, 2007. – 345 с.
9. Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи : учебное пособие / В. М. Целуйко. – М., 2006. – 314 с.
10. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – С. 68–73.
11. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – С. 301–304.

References

1. Gaebel W. [et al.] EPA guidance on the quality of mental health services. *Eur. Psychiatry*, 2012, vol. 27, pp. 87–113.
2. Mikhaylova E. A., Proskurina T. Yu., Bagatskaya N. V. [et al.] Depressiya u podrostkov (kliniko-vozrastnoy, neyrokognitivnyy, geneticheskiy aspekty) [Depression in adolescents (age-clinical, neurocognitive, genetic aspects)]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2015, vol. 23, issue 2(83), pp. 75–78. (In Russ.)
3. Belostotskaya Zh. I. Kliniko-psyhopatologicheskie proyavleniya depressiy u zhitel'ey sel'skoy mestnosti [Clinical and psychopathological symptoms of depression among residents of rural areas]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal* [International Medical Journal], 2007, vol. 13, no. 4, pp. 23–25. (In Russ.)
4. Mikhaylov B. V. Problema otsenki effektivnosti i kachestva okazaniya psikhoterapevticheskoy pomoshchi [The problem of estimation of efficiency and quality of the provision of psychotherapeutic care]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 18, issue 3(64), pp. 137–138. (In Russ.)
5. Skrynyuk O. V. Kliniko-psyhopatologichni osoblyvosti u hvoryh na somatoformnu vegetatyvnu dysfunkciju organiv travlennja [Clinical and psychopathological features in patients with somatoform autonomic dysfunction of the digestive system]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2007, vol. 15, issue 3, pp. 71–75. (In Ukr.)
6. Antonyuk A. Primenenie antidepressantov u detey i podrostkov [The use of antidepressants in children and adolescents]. *Ukrainskiy meditsinskiy zhurnal* [Ukrainian Medical Journal], 2016, no. 3(113). Available at: <http://www.umj.com.ua/article/97187/primenenie-antidepressantov-u-detej-i-podrostkov-prinosit-bolshe-vreda-chem-polzy>. (In Russ.)
7. Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds, 2016. Available at: <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.
8. Solodnikov V. V. Sotsiologiya sotsial'no-dezadaptirovannoy sem'i [Sociology socially maladjusted family]. *St. Petersburg, Direkt Publ.*, 2007, 345 p. (In Russ.)
9. Tseluyko V. M. Psikhologiya neblagopoluchnoy sem'i [uchebnoe posobie] [The psychology of dysfunctional family [Tutorial]]. *Moscow, 2006, 314 p.* (In Russ.)
10. Eydemiller E. G., Dobryakov I. V., Nikol'skaya I. M. Semeynyy diagnoz i semeynaya psikhoterapiya [Uchebnoe posobie dlya vrachey i psikhologov] [Family diagnosis and family therapy [A manual for physicians and psychologists]]. *St. Petersburg, Rech' Publ.*, 2003, 336 p., pp. 68–73. Available at: <http://psycabi.net/testy/>. (In Russ.)
11. Eydemiller E. G., Yustitskiy V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i [Psychology and psychotherapy family]. *St. Petersburg, Piter Publ.*, 1999, pp. 301–304. (In Russ.)

РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. А. Рябоконе

Сумская областная детская клиническая больница, г. Сумы, Украина

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Аннотация. Проблема диагностики и реабилитации детей с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) по ряду причин крайне актуальна сегодня в Украине. Это обусловило необходи-

THE ROLE OF FAMILY IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

N. O. Ryabokon

Sumy Regional Children's Clinical Hospital, Sumy, Ukraine

State Institution "Institute of Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Summary. The problem of diagnostics and rehabilitation of children with anxiety and depressive disorders (ADD) for a variety of reasons is extremely relevant today in Ukraine. This necessitated the

мость разработки и внедрения модели профилактики, ранней диагностики и реабилитации детей с ТДР. С целью обоснования этого шага было проведено исследование, в ходе которого обследовано 160 пациентов с ТДР, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице и Сумском областном клиническом психоневрологическом диспансере. На основании полученных данных проанализировано значение социально-семейных факторов в формировании ТДР у детей и их реабилитации. Определена необходимость разработки модели медико-психологической реабилитации на первичном уровне оказания медицинской помощи. Модель должна включать психообразовательные, психотерапевтические и психологические мероприятия для родителей и детей. Внедрение модели будет способствовать профилактике тяжелых резистентных форм тревоги и депрессии у детей и предупредит их психосоциальную дезадаптацию.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, реабилитация, семья, дети.

development and implementation of prevention models, early diagnosis and rehabilitation of children with ADD. To substantiate this step there were surveyed 160 patients with ADD, treated at the Sumy Oblast Pediatric Clinical Hospital, and Sumy regional clinical psychoneurological dispensary. Based on the data significance of social and family factors in the formation ADD in children and their rehabilitation is analyzed. The necessity of developing a model of medical and psychological rehabilitation is determined at the primary care level. Models should include psychoeducational and psychotherapeutic and psychological activities for parents and children. The implementation of the model will contribute to the prevention of severe resistant forms of children's anxiety and depression and prevent their psychosocial maladjustment.

Key words: anxiety and depressive disorders, rehabilitation, family, children.

Рябокоть Наталія Олександрівна – завідувач психоневрологічним відділенням, Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми, Україна; аспірантка, ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.

Рябокоть Наталья Александровна – заведующая психоневрологическим отделением, Сумская областная детская клиническая больница, г. Сумы, Украина; аспірантка, ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», г. Харків, Україна; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.

Natalia Ryabokon – head of the psychoneurologic department, Sumy Regional Children's Clinical Hospital, Sumy, Ukraine; postgraduate student, State Institution "Institute of Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: riabokonatalia@gmail.com.