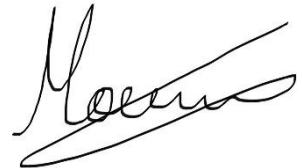


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІАТРІЇ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

МАСІК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ



УДК: 616.89:159.9:616-08-053.71

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

14.01.16 – психіатрія

222 – медицина

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2019

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України

Науковий керівник: – доктор медичних наук, професор **Римша Софія Віталіївна**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти, завідувач кафедри

Офіційний опонент – доктор медичних наук, професор **Пішель Віталій Ярославович**, Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», відділ медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, завідувач відділу

Офіційний опонент – доктор медичних наук, професор **Пилягіна Галина Яківна**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, завідувач кафедри

Захист дисертації відбудеться 14 травня 2019 р. о 10:00 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий « ____ » квітня 2019 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, с.н.с.



О. П. Олійник

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Охорона психічного здоров'я дітей для соціальної політики країн усього світу, незалежно від рівня економічного розвитку та культури, має вагомим значенням (І.А. Марценковський, 2017). Протягом останніх років спостерігається значне зростання психосоматичних розладів серед межової психічної патології, які безспідставно вважаються «патологією сучасної цивілізації» (А.А. Дукельський, 2006). Близько 40 % підлітків, які перебувають під наглядом педіатрів, страждають на захворювання, представлені функціональними порушеннями й вегетативною дисфункцією, що переважно відображають емоційний стан (Ю.Ф. Антропов, 2003; И.П. Брызгунов, 2009; О.І. Сміян, 2012). Слід зауважити, що у 12 % пацієнтів простежується поєднання гіперактивних розладів з дефіцитом уваги і соматоформними розладами, які, у свою чергу, ускладнюють діагностику та перебіг останніх (Т.Ю. Ільницька, І.А. Марценковський, Л.О. Булахова, 2016).

Під впливом низки несприятливих факторів, в першу чергу – психоемоційних, які залежать не тільки від особливостей самого захворювання, психоанамнезу і особистості пацієнтів, але й демографічних, соціальних факторів (І.Ф. Аршава, 2012; Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, Т.П. Яворська, 2012; М.В. Закладний, 2015) та дестабілізації механізмів компенсації, психосоматичний симптомокомплекс з часом прогресує та становить основу для формування патологічної форми реагування і, зрештою, переходить із функціонального порушення в соматичне захворювання (В.М. Загуровський, 2007; Е.А. Гоженко, 2008; С.В. Римша, С.В. Теклюк, І.Л. Лук'янович, 2012).

Водночас особливість і сила впливу даних факторів на психічну сферу соматичних хворих у літературі практично не висвітлені (Б.В. Михайлов, 2015). Незважаючи на інтенсивне дослідження проблеми вегетативних розладів, патогенез захворювання залишається недостатньо вивченим, особливо в умовах дії на організм різних несприятливих екологічних чинників. Натомість увага зосереджується на розладах психотичного рівня.

Втім залишати без уваги девіантні дитячо-батьківські стосунки, як прояв когнітивно-емоційного дисбалансу або дефіциту, що викликає формування соматоформних порушень і поступовий розвиток психосоматичних захворювань, не варто (Г.Я. Пилягіна, 2017).

У 21,6 % випадках психосоматичні розлади виступають донозологічними формами, проявляються ураженням будь-яких органів і систем (Д.Н. Исаев, 2005; О.С. Чабан, І.І. Кутько, О.О. Хаустова, 2009; Л.И. Фусу, 2013) та представлено наступними синдромами: астеничним, тривожним, депресивним, органічними й істеричними розладами особистості, еквівалентами депресії у вигляді поведінкових і адаптаційних розладів та соматоформних вегетативних дисфункцій (В.Ю. Андреюк, А.Б. Холмогорова, 2010).

На сучасному етапі вивчення психопатології недостатньо досліджені основні чинники та умови функціонування особистості за наявності хронічного захворювання. Вивчення даних чинників дозволить розробити конкретні адресні програми корекції та розвитку особистості з урахуванням загальних

закономірностей хворих. Також у відношенні патопсихологічних розладів майже відсутні праці, спрямовані на пошук диференційних ознак психосоматичних розладів, які були б зорієнтовані на вибір найефективніших методів психотерапії і принципів застосування патогенетично обґрунтованих лікувально-реабілітаційних заходів та вторинної психопрофілактики (В.Я. Пішель, 2016).

Таким чином, неухильне зростання кількості психічних розладів, які ховаються за соматичними захворюваннями, у дитячій популяції та поліетіологічність факторів, що призводять до їхнього розвитку, свідчать про необхідність подальших досліджень.

Враховуючи вищенаведене, надзвичайно актуальним є своєчасне визначення можливостей особистісної самореалізації і психотерапевтичного впливу з метою пошуку ресурсів реабілітації та ресоціалізації пацієнтів із психосоматичними розладами.

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планової наукової роботи кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І Пирогова «Наукове обґрунтування діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів при ендогенних та екзогенно-органічних психотичних та непсихотичних психічних розладів» № держреєстрації 0113U000856 шифр: 14.01.16.

Мета дослідження – визначити особливості формування, клініки, перебігу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями та розробити алгоритм лікування і ступеневої медико-психосоціальної реабілітації.

Завдання дослідження:

1. Дослідити індивідуально-психологічні особливості підлітків, які мають психічні розлади при соматичних захворювань у порівнянні з групою здорових.
2. Визначити особливості клініки та перебігу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями.
3. Встановити прояви та ступінь вираження психосоматичних розладів та психічної дезадаптації в залежності від індивідуальних психологічних особливостей.
4. Науково обґрунтувати диференційований підхід до лікування та профілактики психопатологічних симптомів при соматичній патології.
5. Розробити алгоритм діагностики та лікування психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями.
6. Розробити алгоритм медико-психосоціальної реабілітації та профілактики психосоматичних розладів у підлітків.

Об'єкт дослідження: психічні розлади в підлітків 10-18 років з соматичними захворюваннями.

Предмет дослідження: індивідуальні особливості психіки та поведінки підлітків із психосоматичними розладами.

Методи дослідження: патопсихологічні, клініко-психопатологічні, соціально-демографічні, психодіагностичні, катамнестичні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів.

Уперше визначено критерії формування та перебігу психічних розладів у

підлітків з соматичними захворюваннями за допомогою комплексного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, патопсихологічного, катamnестичного досліджень.

Уперше обґрунтований диференційований підхід до лікування та профілактики психопатологічних симптомів при соматичній патології.

Уперше розроблений алгоритм діагностики та лікування психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями.

Розроблені рекомендації медико-психосоціальної реабілітації та психопрофілактики психосоматичних розладів у підлітків.

Практичне значення отриманих результатів. Описані в роботі індивідуально-психологічні особливості підлітків, такі як: темперамент, батьківське ставлення, психоемоційний стан - сприяють формуванню психічної дезадаптації й розвитку психічних розладів у підлітків при наявності функціональних порушень соматичної сфери. Отримані результати дозволили створити блок психодіагностичних методик для преморбідного виявлення психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями; рекомендації лікарям, учителям, психологам, соціальним педагогам, батькам щодо виявлення та профілактики, особливостей догляду та виховної роботи з підлітками з психосоматичними розладами. Розроблене дисертантом комплексне лікування психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями дозволяє підвищити ефективність, знизити питому вагу ускладнень і побічних ефектів та скоротити терміни лікування цих розладів.

Впровадження результатів роботи в практику. Результати дослідження впроваджені в лікувальну роботу обласної психоневрологічної клінічної лікарні імені акад. О.І. Юценка, відділень Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, клініки кафедри психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Особистий внесок здобувача. Представлені в роботі матеріали є особистою науковою працею автора. Дисертантом самостійно проаналізована наукова література та патентна інформація з проблеми психосоматичних розладів, доведена пріоритетність, доцільність і необхідність здійснення роботи. Автор самостійно проводив відбір груп хворих, що аналізувалися.

Самостійно в повному обсязі здійснив клінічне обстеження пацієнтів за темою дисертації, зокрема клінічні, антропометричні, патопсихологічні дослідження; провів вибір методу лікування та контроль його ефективності; аналіз даних результатів досліджень; розробив позиції патогенетичних механізмів формування психосоматичних розладів, алгоритму діагностики й лікування.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дослідження викладені та обговорені на: XIII Регіональній науково-практичній конференції з розвитку мультидисциплінарного підходу в психіатрії «Психопатологія – сімейна проблема» (м. Вінниця, 23 травня 2013 р.); науково-практичній конференції «Інноваційні методи діагностики й лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження» (XVII Платонівські читання), (м. Харків, 16-17 жовтня 2014 р.); XIV Міжнародній науково-практичній конференції «Мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування психічних розладів»:

«Афективна система і стрес. Посттравматичні стресові розлади» (м. Вінниця, 22-23 травня 2014 р.); VI міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (м. Вінниця, 2-3 квітня 2015 р.); VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю: «Досягнення клінічної фармакології та фармакотерапії на шляхах доказової медицини» (м. Вінниця, 9-10 листопада 2015 р.); XIII Міжобласній науково-практичній конференції «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід» (м. Вінниця, 25 листопада 2015 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Біопсихосоціальні аспекти здоров'я» (м. Вінниця, 6-7 жовтня 2016 р.); 78-му науковому медичному конгресі студентів та молодих вчених: «Медицина XXI сторіччя» (м. Краматорськ, 19-20 травня 2016 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених НМАПО ім. П.Л. Шупика «Науково-практична діяльність молодих вчених медиків» (м. Київ, 20 травня 2016 р.); VII міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (м. Вінниця, 7 квітня 2016 р.).

Публікації. Матеріали дисертації висвітлено у 20 наукових працях, з них 8 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України (5 статей у журналах включених до наукометричної бази даних), 12 тез-доповідей наукових, науково-практичних конференцій, з'їздів та конгресів.

Обсяг та структура дисертаційної роботи. Дисертація викладена на 292 сторінках друкованого тексту (основного змісту – 184 сторінок) і складається зі вступу, огляду літератури, опису методів дослідження, клінічної характеристики обстежених контингентів, результатів особистих досліджень (3 розділів), обговорення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, 10 додатків. Дисертація ілюстрована 44 таблицями та 30 рисунками в основному тексті. Список використаних джерел містить 265 праць, з них 34 – іноземними мовами.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дисертаційна робота виконувалась згідно з дизайном клінічного дослідження, у якому передбачалось два етапи: скринінг та порівняльне дослідження. На етапі скринінгу (для вивчення розповсюдженості та клінічних особливостей психосоматичних розладів у підлітково-юнацькому віці) при умові поінформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології в період з 2013 по 2017 рр. було проведено комплексне обстеження 329 підлітків-школярів загальноосвітніх шкіл та школи-інтернату м. Хмельницький, які проходили медичний огляд у Хмельницькій обласній дитячій клінічній лікарні. У подальшому обстежені були розподілені на 2 групи: група дослідження – 155 осіб, які мали функціональні симптоми ураження внутрішніх органів. З метою виключення органічної патології цим пацієнтам було проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження; контрольна група – 174 підлітки, які не мали симптомів ураження внутрішніх органів. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 27 підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні з причини психосоматичних розладів як супутнього діагнозу.

Серед обстежених переважали школярі молодшого підліткового віку (10-14

років) – 181 особа (55,02 %), середнього шкільного віку (15-16 років) – 94 (28,57 %) дитини, старшого підліткового або юнацького віку (17-18 років) – 54 (16,41 %) особи. Розподіл за соціальним походженням такий: підлітки з повної сім'ї – 198 (60,18 %) осіб, неповної сім'ї – 56 чол. (17,02 %), сиріт – 75 (22,80 %) школярів.

Хлопців було 163 (49,54 %), дівчат – 166 (50,46 %). Вік обстежених коливався від 10 до 18 років, середній вік становив $(14,0 \pm 2,0)$ років.

На етапі порівняльного дослідження (з метою вивчення клінічних особливостей психосоматичних розладів та ефективності різних методів їх лікування) було обстежено 90 підлітків, які перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні та в обласній психоневрологічній клінічній лікарні імені акад. О.І.Ющенко м. Вінниці (63 підлітки – на стаціонарному і 27 пацієнтів – на амбулаторному лікуванні) з діагностованими психосоматичними розладами, які характеризувалися наявністю мінливих соматичних симптомів – біль у ділянці шлунка, грудній клітці та суглобах; моторної напруги, що проявлялася епігастральним дискомфортом, діареєю, метеоризмом, дизурією, задишкою без навантаження; перебої в роботі серця; парестезії за відсутності соматичної патології; демонстративною поведінкою, дратівливістю, зниженням фізичної та розумової активності, відчуття тривоги, занепокоєння, труднощі в зосередженості, головним болем та порушенням сну. Пацієнти були розподілені на 3 групи, репрезентативні за частотою діагностованих симптомів, залежно від обраної лікувальної тактики. Досліджувані отримували терапію з урахуванням протоколів, при цьому враховували основний діагноз, супутню патологію та індивідуальні особливості кожного пацієнта (рис. 1).

1-у групу склали підлітки (27 осіб віком $14,08 \pm 2,23$ років), які перебували на амбулаторному лікуванні в обласній психоневрологічній клінічній лікарні й отримували терапію антидепресантом сертраліном по 25 мг/добу особам 12-16 років та 50 мг/добу – старше 16 років. Тривалість амбулаторного лікування складала 2 місяці.

Особи 2-ої групи (30 підлітків віком $15,00 \pm 1,10$ років) перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні і включені в дослідження через тиждень після початку терапії соматичної патології. Пацієнти цієї групи отримували лікування, призначене психіатром лікарні, а саме: нормотимік ламотріджин у середньо-терапевтичній дозі 25 мг/добу і антидепресант сертралін по 25 мг/добу особам 12-16 років та 50 мг/добу – старше 16 років. Тривалість стаціонарного лікування складала 18 днів, амбулаторного – 2 місяці.

Підліткам 3-ої групи (33 особи віком $14,91 \pm 2,03$ років), які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній психоневрологічній клінічній лікарні, була призначена комбінована терапія ламотріджином і сертраліном у поєднанні з психотерапією.

Тривалість стаціонарного лікування – 18 днів із наступним амбулаторним лікуванням до 2 місяців.

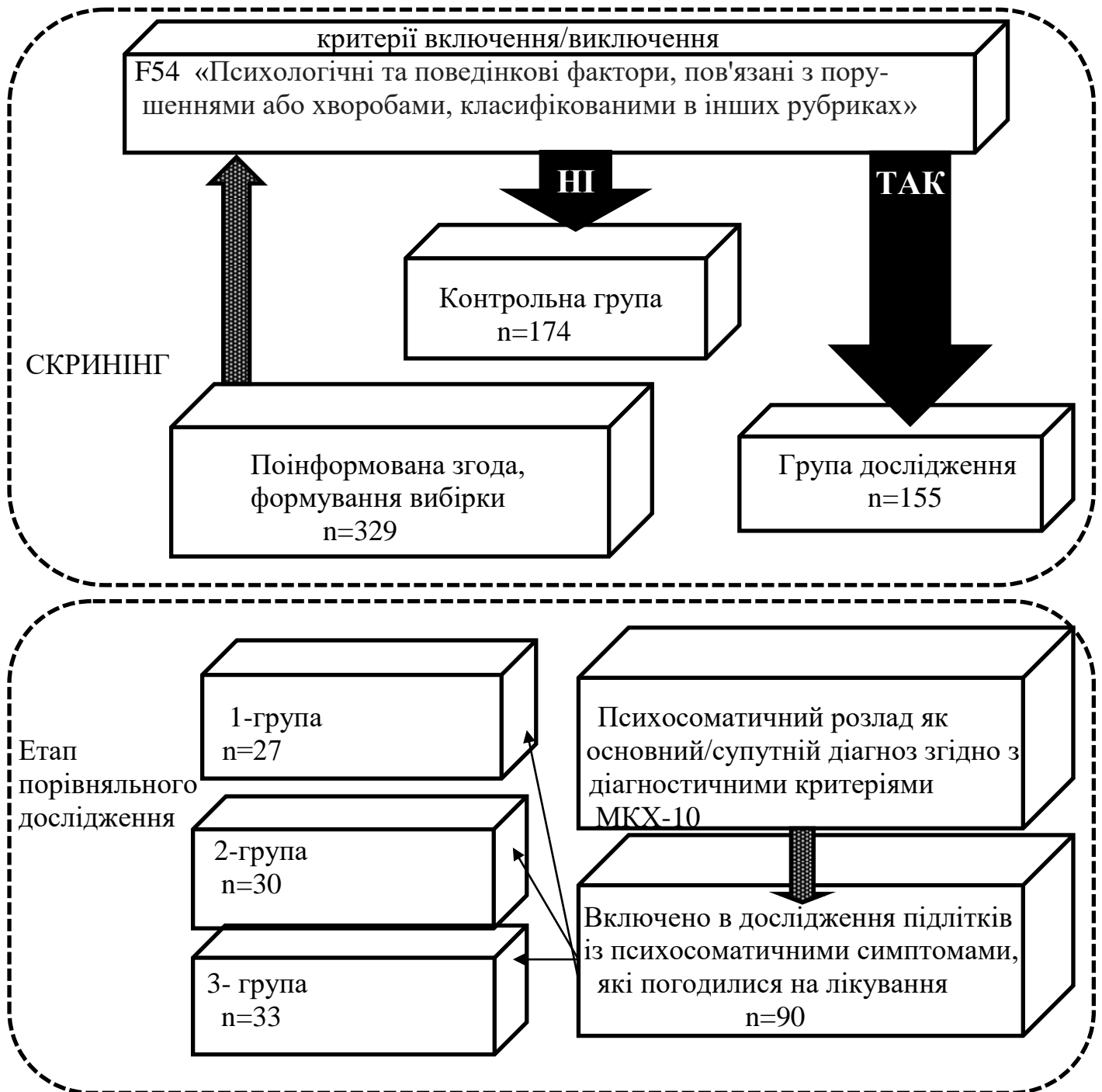


Рис. 1. Дизайн дисертаційного дослідження

Диференційно-діагностичне дослідження пацієнтів проводилося згідно з діагностичними критеріями психічних і поведінкових розладів у рамках МКХ-10 після виключення органічної патології внутрішніх органів.

Критеріями включення в дослідження були: ознайомлення підлітка із протоколом дослідження та підписання ним та обома батьками/опікунами форми поінформованої згоди; особи обох статей віком від 10 до 18 років; діагноз психосоматичного розладу згідно з МКХ-10 (що відносяться до рубрик: F32 – депресивний епізод із соматичними симптомами (14 осіб), F40.9 – фобічний тривожний розлад (10 чол.), F41 – панічні розлади (17 пацієнтів), F43 – розлади

адаптації (34 підлітків), F45 – соматоформні розлади (невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади) (41 осіб), F53 відповідають поведінковим синдромам, пов'язаним із фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (7 дітей), F98 – інші поведінкові й емоційні розлади (10 чол.). Психосоматичні розлади, що відносяться до рубрики F54 (112 чол.), використовуються для реєстрації психологічних чи поведінкових факторів як основної етіологічної причини соматичних розладів, що класифікуються в інших розділах МКХ-10, були: K58.0 – синдром подразненої товстої кишки, J45.1 – бронхіальна астма інтермітуюча, K29.9 – гастродуоденіт не уточнений, G90.9 – розлади вегетативної нервової системи не уточнені, J06.9 – гостра інфекція верхніх дихальних шляхів не уточнена, E66.8 – інше ожиріння, K52.8 – інший уточнений неінфекційний гастроентерит та коліт, I45.6 – синдром передчасного збудження шлуночків, K30.0 – диспепсія, I40.5 – артропатичний псоріаз). Усі дослідження здійснювали за єдиною схемою. Під час проведення періодичного медичного огляду дітей у всіх обстежуваних застосовували клініко-психопатологічний метод дослідження (клінічне інтерв'ю) з метою виявлення основних, характерних для психосоматичних розладів, синдромів та вивчення особливостей їх перебігу.

До конверсивного синдрому відносили такі симптоми, як: наявність «грудки» при ковтанні, «істеричний клубок», «невротичний шолом» з елементами «умовної бажаності», різноманітні больові відчуття («як ніж застромлять», пекучий біль, «як розпечений метал»).

Депресивний синдром характеризувався тяжкістю на серці, у тілі, загруднинним болем, вегетативними порушеннями з відчуттям внутрішнього тремтіння, вегетативної активації (серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання та ін.), почуттям тиску, печіння, мав зв'язок із коливанням афекту у вигляді циркадного ритму.

Тривожно-фобічний синдром виявляли при наявності скарг на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні вияви, зокрема в животі, які супроводжувались тривогою, страхом. Їх відрізняла «кондиціональність» – виникнення у специфічній ситуації.

Тривожно-дисфоричний синдром включав інсомнію, розсіяну увагу, відчуття стабільності та благополуччя абсолютно у всіх ситуаціях, іноді гнівливий або дистимічний стан ворожості, дратівливість і грубу поведінку.

Астенічний симптомокомплекс встановлювали при наявності лабільності артеріального тиску й пульсу, порушення секреторної й моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалого субфебрилітету, загальної слабкості, зниження працездатності, головного болю, астенії, психогенної лихоманки, нестриманості, нетерплячості, прискіпливості й реакції незадоволення, забудькуватості, неуважності, неможливості зосередитися, підвищення фізичної та психічної втомлюваності, нерішучості, гіперестезії, гіпергідрозу, а також різноманітними порушеннями сну.

Соматизований зі змішаним афектом синдром діагностували в тих випадках, коли у структурі симптомів було практично неможливо визначити переважаючу психопатологічну симптоматику. У такому разі можна говорити про астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіанти розладів або про поєднання

психовегетативних порушень з астеничними або дистимічними проявами.

Первинною діагностикою на етапі скринінгу для виявлення негативних факторів ризику й осіб, схильних до розвитку психосоматичних розладів, були методики: Г. Айзенка, тест-опитувальник батьківського ставлення (Г.Я. Варга, В.В. Столін), карта спостережень Д. Стотта, оцінка настрою (ШОН), шкала-термометр. В результаті дослідження встановлено, що майже половина обстежених (155 осіб, 47,11 %) мала скарги психосоматичного характеру (табл. 1).

Таблиця 1. Психопатологічні розлади в залежності від віку та соціального походження підлітків (%)

Вік, соціальне походження Синдром	молодший підлітковий вік	середній шкільний вік	старший підлітковий вік	підлітки з повної сім'ї	з неповної сім'ї	сироти
конверсивний	41,27	27,87	0	37,80	22,5	15,15
тривожно-фобічний	17,46	27,87	19,35	15,85	35	21,21
депресивний	9,52	16,39	29,03	7,32	15	39,39
тривожно-дисфоричний	6,06	0	0	0	5,88	0
соматизований зі змішаним афектом	1,59	1,64	3,23	3,66	0	0
астеничний симптомокомплекс	26,98	26,23	48,39	36,59	25,0	24,24

Проведений аналіз частоти соматизованих психопатологічних розладів залежно від віку підлітків та їхнього соціального походження встановив, що достовірно частіше мають місце вказані синдроми у групах школярів середнього і старшого підліткового віку (92 особи, 58,06 %), а також підлітків із неповної сім'ї (40 осіб, 25,81 %).

Нами встановлено наявність достовірних кореляційних зв'язків між впливом стресового фактору і вираженістю скарг з боку травної ($r=0,83$, $p<0,05$), серцево-судинної ($r=0,74$, $p<0,05$) та нервової системи ($r=0,61$, $p<0,05$). Крім цього, порушення травної функції при дії стресового чинника корелювало з розладами нервової системи ($r=0,79$, $p<0,05$). Отже, виявлені достовірні кореляційні зв'язки між впливом стресору та порушеннями з боку внутрішніх органів у підлітків свідчать про вагому дію стресового чинника в патогенезі психосоматичних проявів.

Темперамент істотно впливає на формування багатьох важливих рис людини, її здібностей, виступає необхідною умовою регуляції й адаптації людської поведінки в нормальній ситуації. Так, достовірно ($p<0,001$) частіше зустрічали депресивний синдром у холеричного темпераменту (56,25 %), при астеничному – темперамент сангвінічний (42,6 %) і холеричний (30,0 %), а при тривожно-фобічному й конверсивному синдромах – усі типи темпераменту визначались рівномірно. Отже, можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань, що починають розвиватися в дитячому й підлітковому віці, частіше в осіб холеричного та

флегматичного темпераментів. Тому при дослідженні підлітків можна вказувати лише на деякі акцентуйовані риси характеру, які проявляються не постійно, а в окремих випадках, що, у свою чергу, не призводять до соціальної дезадаптації.

Дослідження впливу сім'ї на перебіг негативних психічних станів школярів проводили за методикою вивчення батьківських стосунків (Г.Я. Варги та В.В. Століна). Найбільш часто вживаними типами батьківського ставлення в усіх групах підлітків є «кооперація», що вважається оптимальним батьківським ставленням. Натомість, при наявності кардіального синдрому тип батьківського відношення змінюється, сконцентровується увага на контролюванні здоров'я підлітка.

Проведене анкетування з використанням шкали-термометр дозволило визначити найбільшу кількість осіб із завищеною самооцінкою в підлітків із тривожно-фобічним синдромом, тоді як найбільшу кількість із заниженою самооцінкою – депресивним синдромом, формуючи тим самим негативний вплив на розвиток особистості. Завищену самооцінку можна припустити як гіперкомпенсаторний варіант механізму психологічного захисту, зняття підвищеної тривожності, психічної дезадаптації.

У підлітків при наявності ознак соматичної патології найчастіше зустрічались загальне зниження настрою, високий рівень виснаження й почуття самотності, спостерігалась агресивна поведінка, негативізм та підвищений рівень тривожності. Найвищі показники за шкалою самопочуття, активності та задоволення минулим етапом виявлялися в підлітків із симптомами з боку дихальної системи (від $17,14 \pm 0,24$ до $16,79 \pm 0,27$ балів), що достовірно ($p < 0,05$) відрізнялось від інших груп. Отже, підлітки з наявністю респіраторного симптомокомплексу мають завищену самооцінку, що може бути проявом психічної дезадаптації. Натомість у підлітків з астеничним синдромом чи поєднанням кількох симптомокомплексів простежується занижена самооцінка, що можна розцінити як емоційне виснаження.

Порушення механізмів особистісної адаптації найчастіше виявляли при невротичному й астеничному синдромах та поєднанні кількох синдромів, у підлітків із конверсивним і депресивним синдромами, до того ж у цих же групах найчастіше мав місце і коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів. Найбільшу кількість дезадаптованих підлітків виявляли при депресивному, тривожно-фобічному й астеничному синдромах.

Дослідження рівня депресії з використанням шкали CDI М. Kovacs виявило найвищий рівень депресії в підлітків, які висували скарги з боку кількох систем (60,71 %), а також при респіраторних розладах (55,56 %) і шлунково-кишковому симптомокомплексі (53,33 %). При цьому найчастіше зустрічались загальне зниження настрою, високий рівень виснаження й почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності.

Дослідження частоти депресії залежно від психопатологічних розладів встановило найбільш виражену депресивність у групі підлітків із депресивним синдромом (3,3 балів – рівень субдепресії, по вираженості депресивних ознак), найменшу депресивність виявляли при соматизованому зі змішаним афектом і астеничному синдромах (1,0 балів по вираженості депресивних ознак – без депресії). При інших психопатологічних синдромах встановлено легке зниження настрою (2,0 балів по вираженості депресивних ознак).

Проведений аналіз шкільної тривожності за тестом Б. Філіпса виявив високий рівень тривожності у групі з респіраторним симптомокомплексом (11,11%), при поєднанні кількох синдромів (7,14 %) і з невротичним симптомокомплексом (6,82 %). Завдяки тому, що методика Б. Філіпса дозволяє отримувати 8 факторів шкільної тривожності, ми встановили достовірний ($p < 0,05$) зв'язок між високим рівнем страху та переживанням соціального стресу ($r = 0,63$), страхом не відповідати очікуванням оточуючих ($r = 0,54$) та проблемами і страхами у взаєминах із учителями ($r = 0,41$) у групі з невротичним симптомокомплексом.

В результаті проведеного дослідження тривожності в підлітків за опитувальником Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреевої) встановлено, що саме школярі старшого підліткового віку, зокрема дівчата ($46,59 \pm 10,20$ балів), та підлітки-сироти мають ($35,56 \pm 6,10$ балів) найвищий рівень тривожності. Разом із тим встановлено, що в підлітків із шлунково-кишковими розладами, астеничним синдромом чи поєднанням кількох синдромів на різну за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, що відноситься до категорії високо тривожної. Так, особистісну тривожність як виражену визначали в підлітків із респіраторними розладами (33,33 %), при поєднанні кількох синдромів (25,0 %), тоді як виражену реактивну тривожність спостерігали при поєднаній симптоматиці (32,14 %) і з астеничним синдромом (28,57 %). Найвища особистісна тривожність виявлялась у групі з тривожно-фобічним (21,6 бал), конверсивним (21 бал), депресивним (20,7) та астеничним (20,13) синдромами.

Особистісна й реактивна пізнавальна активність були найнижчими в підлітків з респіраторними розладами (по 11,11 %) і з поєднанням синдромів (10,71 % і 3,57 % відповідно). Особистісні негативні емоційні переживання, виражені в балах, в усіх досліджуваних групах відповідали підвищеному й високому рівню емоцій переважно при шлунково-кишкових розладах і астеничному синдромі ($p < 0,01$ при порівнянні зі здоровими особами). Реактивні негативні емоційні переживання були найвищими в осіб з шлунково-кишковим розладами (80,0 %) та при астеничному й поєднанні кількох синдромів (по 71,43 %). Пізнавальна діяльність особистості, процес оволодіння знаннями та уміннями завжди супроводжуються потребою особистості в регуляції позитивними або негативними емоційними переживаннями, так як виступають у якості значимих детермінант. Так, часта потреба у швидкому пристосуванні до нових умов поведінки та інші супутні проблеми є причиною виникнення та розвитку в особистості негативних емоційних проявів, серед яких особливе місце набуває тривожність.

Виражена тривожність, негативні емоційні переживання, що поєднувались із високою пізнавальною активністю, визначені в підлітків з астеничним синдромом, розладами системи травлення й поєднанням кількох синдромів, а також при конверсивному, тривожно-фобічному й депресивному синдромах, що може маскувати клінічні прояви захворювання, а на фоні дезадаптації – рухове збудження. Названі порушення можуть проявлятися розладами поведінки. У таких умовах тривожність може відігравати позитивну роль, так як сприяє концентрації енергії, мобілізації резервів організму й особистості з метою подолання можливих труднощів. З іншого боку, ситуативна тривожність може бути основним дезактиватором діяльності, формуючи підґрунтя для розвитку невпевненості,

зниження мотивації. Високий рівень тривожності заважає адаптаційним процесам, підвищуючи показник дезадаптації.

Отже, патогенетична роль розглянутих клініко-психопатологічних особливостей підлітків із розвитком у них психосоматичних розладів визначається комбінацією високого рівня алекситимії, низькою продуктивністю та небажанням працювати, значною психічною дезадаптацією і прогностичною здатністю, субдепресією і тривожністю ($p < 0,05$).

У сучасній медицині все більшої актуальності набуває проблема лікування психосоматичних розладів. У нашому дослідженні поширеність психосоматичних розладів складала 47,11 % серед підлітків загальноосвітніх шкіл, і 81,5 % – серед тих підлітків, які потребували медичної допомоги. Можливості корекції психосоматичних розладів включають психокорекцію, фармакотерапію, фізіотерапію, а також альтернативні методи лікування.

На етапі дослідження ефективності різних методів лікування психосоматичних розладів у клінічній картині представників 1-ої, 2-ої і 3-ої груп до лікування достовірних відмінностей не встановлено ($p > 0,05$) (рис. 2).

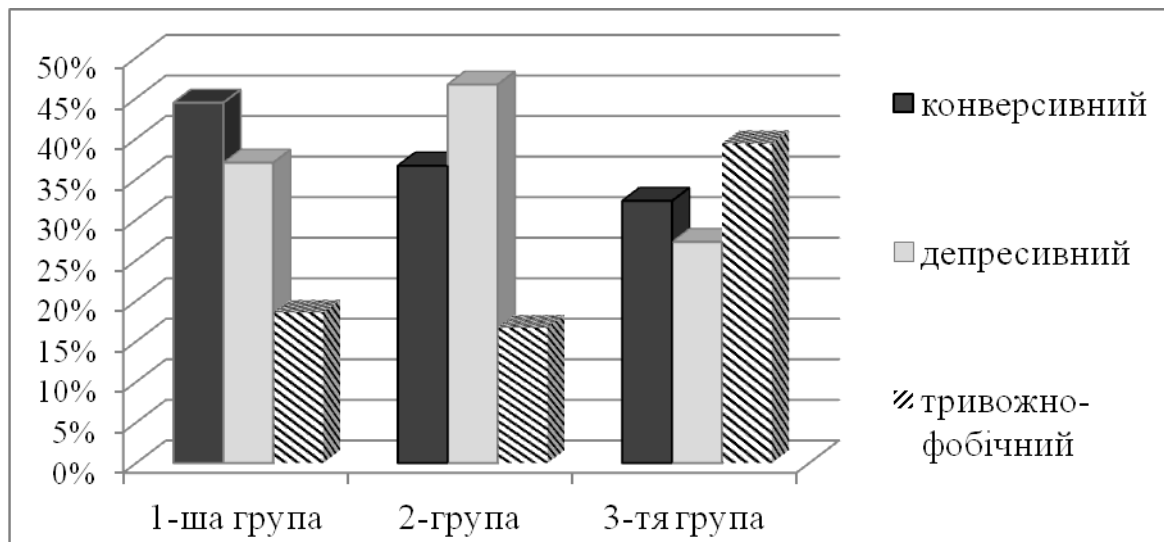


Рис. 2. Дослідні групи на етапі порівняльного дослідження

Контроль ефективності лікування оцінювали за суб'єктивним станом підлітків: вказівки на покращення клінічних симптомів та за результатами тестів тривожності Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреєвої), шкільної тривожності Б. Філіпса, депресії CDI М. Kovacs через 18 днів і 60 днів лікування.

Згідно з опитувальником тривожності Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреєвої) до лікування рівень тривожності знаходився в межах високого значення в усіх групах спостереження.

Через 18 днів лікування рівень реактивної тривожності залишався на високому рівні у 37,04 % осіб 1-ої, 36,67 % – 2-ої групи і 31,5 % – 3-ої групи ($p > 0,05$). Особистісна тривожність, як виражена, залишалася у 48,15 % дітей 1-ої, 53,33 % – 2-ої груп, у 50,0 % з конверсивним синдромом, 45,45 % – з тривожно-фобічним синдромом ($p > 0,05$), у 37,5 % – 3-ої групи груп, 25,0 % з депресивним

синдромом (розбіжності достовірні в порівнянні з даними до лікування, $p < 0,05$).

Реактивна пізнавальна активність після лікування залишалась найнижчою у 29,63 % 1-ої, 33,33 % – 2-ої груп, 18,75 % – 3-ої груп і у 50,0 % підлітків з депресивним і тривожно-фобічним синдромами ($p < 0,05$). Низькі значення особистісної пізнавальної активності не змінилися в усіх групах дослідження.

Реактивні негативні емоційні переживання залишались на високому рівні у 29,63 % 1-ої, 33,33 % – 2-ої, 25,0 % – 3-ої груп. Кількість підлітків із високим рівнем особистісних негативних емоційних переживань в 1-ій і 2-ій групах не змінилися на тлі лікування, тоді як у 3-ій групі – зменшилися (розбіжності недостовірні в порівнянні з даними до лікування, $p > 0,05$).

Через 60 днів комплексної терапії мала місце достовірною ($p < 0,05$) динаміка показників тривожності. Високий рівень реактивної й особистісної тривожності знизився й відзначався лише у 37,03 % дітей 1-ої, 40,00 % 2-ої, 12,5% осіб 3-ої груп і 42,86 % школярів з конверсивним синдромом, у 33,33 % осіб – з депресивним синдромом, у 18,18 % осіб – з тривожно-фобічним синдромом. Реактивна й особистісна пізнавальна активність після лікування підвищилась і залишалась на низькому рівні лише у 29,63 % 1-ої, 33,33 % – 2-ої, у 6,25 % чол. – 3-ої груп і у 14,29 % підлітків з конверсивним синдромом, у 41,67 % – з депресивним синдромом, у 40,91 % – з тривожно-фобічним синдромом. Реактивні негативні емоційні переживання залишались на високому рівні у 18,52 % 1-ої, 20,0 % осіб 2-ої і 12,50 % 3-ої груп, і у 64,29 % – з конверсивним синдромом. Особистісні негативні емоційні переживання зменшилися до 18,75 % лише в осіб 3-ої групи.

Визначення впливу медикаментозної терапії на динаміку показників опитувальника тривожності Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреевої) залежно від психопатологічних синдромів через 18 днів лікування не виявило достовірних змін, натомість через 60 днів медикаментозної терапії достовірні зміни спостерігалися при тривожно-фобічному, конверсивному та депресивному синдромах переважно за показниками реактивної та особистісної тривожності. Через 18 днів і 60 днів лікування високі значення ситуативних негативних емоційних переживань залишались у 50,0 % і 40,91 % школярів 1-ої групи і 2-ої групи.

Отже, 2-місячний курс лікування (комбінована психокорекційна та психофармакологічна терапія) викликає достовірне ($p < 0,05$) зниження показників тривожності, а саме реактивної й особистісної тривожності, реактивної й особистісної пізнавальної активності, реактивних і особистісних негативних емоційних переживань. Разом із цим зменшився рівень загальної тривожності.

Аналіз динаміки показників за тестом Б. Філіпса на тлі терапії встановив тенденцію до зниження рівня шкільної тривожності через 18 днів лікування. Так, підвищений рівень загальної тривожності виявлено в 29,63 % підлітків 1-ої групи, 30 % – 2-ої групи і 25,0 % – 3-ої групи, в 34,62 % підлітків із конверсивним синдромом, в 18,19 % – з депресивним синдромом і в 44,44 % осіб з тривожно-фобічним синдромом ($p > 0,05$ в порівнянні з даними до лікування). Через 60 днів призначеної терапії високі значення показників тесту залишались ще в 11,11 % 1-ої групи і 10,0 % – 2-ої групи і 18,75 % – 3-ої групи, у 15,38 % підлітків із конверсивним синдромом і 9,09 % – з депресивним синдромом. Отримані дані

свідчать про підвищення адаптаційних можливостей організму до ситуацій стресогенного характеру. Разом із тим страх невідповідності очікуванням оточуючих зріс з 42,31 % до 61,54 % осіб із конверсивним синдромом і з 22,73 % до 50,0 % підлітків – з депресивним синдромом (розбіжності достовірні в порівнянні з даними до лікування, $p < 0,05$). Отже, результати даного тестування дають підставу вибору препарату для лікування з урахуванням особливостей клінічної симптоматики психосоматичних розладів у підлітків.

Проведений аналіз за шкалами CDI М. Kovacs показав, що в підлітків при наявності ознак соматичної патології встановлено субдепресію чи масковану депресію, коли рівень депресії вище середнього значення, визначали за шкалами загальне зниження настрою, високий рівень виснаження й почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності. При цьому в обстежених нами підлітків виявлені розлади супроводжувалися незначно вираженим пригніченням настрою з афектом туги (нудьга, зневіра, смуток), астеничним проявом (утома, млявість, роздратованість, гіперестезія) та тривожністю (внутрішня стурбованість, страхи, нерідко нав'язливості).

Через 18 днів терапії спостерігалась тенденція до покращення показників, а через 60 днів – достовірно виражені зміни показників за шкалами CDI М. Kovacs. Так, підлітки відмічали легке зниження настрою з помірно високими показниками по шкалах В, D, E. Найвищий відсоток неблагополуччя відмічено за шкалою В «Міжособистісні проблеми» (74,07 % 1-ої і 76,67 % 2-ої груп), шкалою D «Ангедонія» (по 66,67 % в 1-ій і 2-ій групах), менша кількість – за шкалою CDI загальний (по 60,0 % в 1-ій і 2-ій групах). Тоді як у 3-ій групі відсоток неблагополуччя достовірно ($p < 0,05$) знизився за всіма шкалами CDI М. Kovacs і складав: однакову кількість підлітків за шкалами В і D (по 37,5 %), меншу кількість – за шкалами CDI загальний, шкалою А і С (по 31,25 %), найменшу кількість за шкалою Е (18,75 %).

Отже, отримані результати свідчать, що найбільш виражена депресивність виявлена в підлітків до лікування (16,6±0,54 балів загального балу – рівень субдепресії; 2,8 балів по вираженості депресивних ознак). Після лікування встановлено достовірно ($p < 0,05$) меншу депресивність (11,2±0,4 балів загального балу – рівень легкого зниження настрою; 1,71 балів по вираженості депресивних ознак). Після проведеного лікування позитивна динаміка спостерігалася в 77,8 % пацієнтів, причому в 32,2 % осіб, які отримували комбіноване лікування, відзначено виражене поліпшення з повною редукацією психопатологічної симптоматики.

Підлітки із психосоматичними розладами, які позитивно реагували на психотерапію, в цілому характеризувалися нижчим рівнем соматизації ($p < 0,05$), але вищою питомою вагою у внутрішній картині хвороби психологічних проблем і труднощів у міжособистісних стосунках ($p < 0,01$) з піками за субшкалами міжособистісної чутливості й ворожості. Фобічна симптоматика до призначення психотерапії була в більшій мірі представлена соціофобічними побоюваннями, агарофобічними скаргами та рудиментарними голотимними ідеями. При описанні свого стану пацієнти активно використовували такі поняття, як страх,

дратівливість, тривога, туга, апатія, невпевненість у собі. Наведені дані дозволяють припустити, що група підлітків, чутливих до психотерапії, менше алекситимічна, ніж група з призначенням медикаментозної терапії.

Проведене лікування підлітків із психосоматичними розладами із застосуванням як антидепресанту, антидепресанту і нормотиміка, так і комбінованої психокорекційної та психофармакологічної терапії упродовж двох місяців, справляє позитивний ефект на психопатологічну симптоматику в переважній більшості пацієнтів (66,67 % у пацієнтів 1-ої групи, у 73,33 % випадків в 2-ій групі і 81,82 % осіб 3-ої групи).

Запропонована нами комплексна терапія психосоматичних розладів у підлітків відрізняється більш швидкою ефективністю в порівнянні із суто медикаментозним лікуванням, про що свідчить якісна редукція психопатологічної симптоматики. Із психотерапевтичних методів була обрана клієнт-центрована терапія (рис. 3).

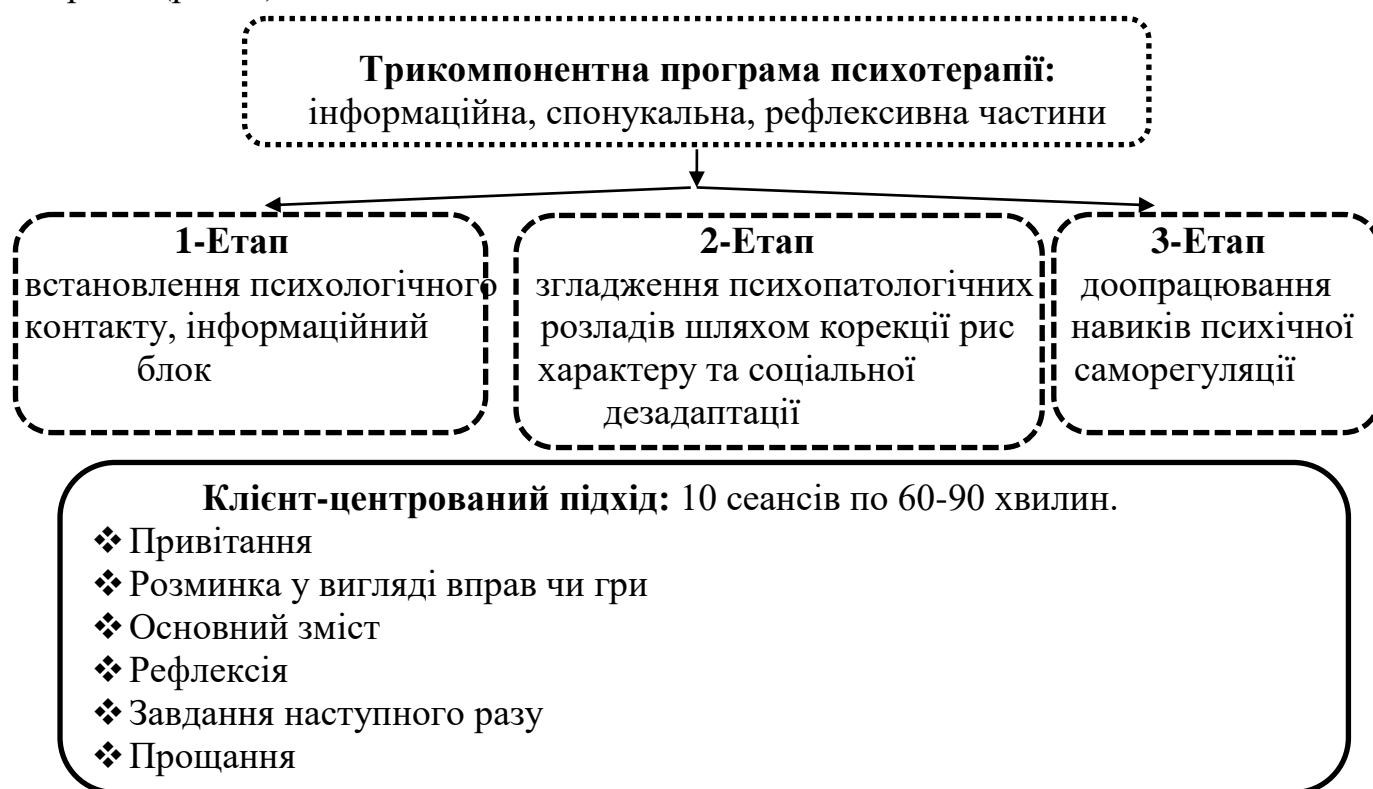


Рис. 3. Психотерапевтична програма

Установлених рекомендацій щодо адекватної психотерапії не існує, але достатньою спробою є 2 годинний сеанс на тиждень упродовж 20 тижнів, якщо терапія сфокусована на допомогу при депресії (наприклад, клієнт-центрована терапія). Значне зменшення симптомів настає зазвичай через 4-6 тижнів.

Отримані результати дисертаційного дослідження спонукали до розроблення нами алгоритму, який передбачає оцінку психічного стану підлітків, впровадження ранньої діагностики та профілактики чинників впливу на всіх рівнях надання медичної допомоги (схема 1).

На етапі первинної медичної допомоги алгоритм передбачає скринінг факторів негативного впливу на психічний стан підлітка за допомогою «Анкети

оцінки стану здоров'я підлітка», опитувальника Г. Айзенка, теста-опитувальника батьківського ставлення Г.Я. Варга – В.В. Століна, шкали «Оцінка настрою», шкали самооцінки «Термометр», карти спостережень Д. Стотта. Підліткам, у яких в результаті скринінгу не були виявлені фактори ризику, надається консультативна підтримка у веденні здорового способу життя.



Схема 1. Алгоритм діагностичного пошуку на етапі первинної медичної допомоги

У разі виявлення провокуючих до розвитку психосоматичних розладів чинників, проводиться додаткове опитування за шкалами: опитувальник депресії CDI М. Kovacs, шкала тривожності Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреевої), методика тривожності Спілбергера-Ханіна, шкільної тривожності Б. Філіпса в інтерпретації психіатра. У разі відсутності психічних порушень розробляється індивідуальна програма нівелювання чинників розвитку психосоматичних розладів за участю педагога і шкільного психолога.

У разі виявлення психічного порушення у стані здоров'я підлітка на субклінічному рівні призначається лікування в загальносоматичному лікувальному закладі без направлення у спеціалізовані заклади, а за необхідності – втручання профільного спеціаліста, хворий спрямовується на консультацію до психотерапевта або медичного психолога. За наявності психічних порушень клінічного рівня пацієнт спрямовується на консультацію до психіатра у спеціалізований заклад.

У випадках встановлення діагнозу психосоматичного розладу диференційовано призначається лікування у спеціалізованому психіатричному закладі залежно від ступеня вираженості симптомів захворювання і провідного психопатологічного синдрому (схема 2).

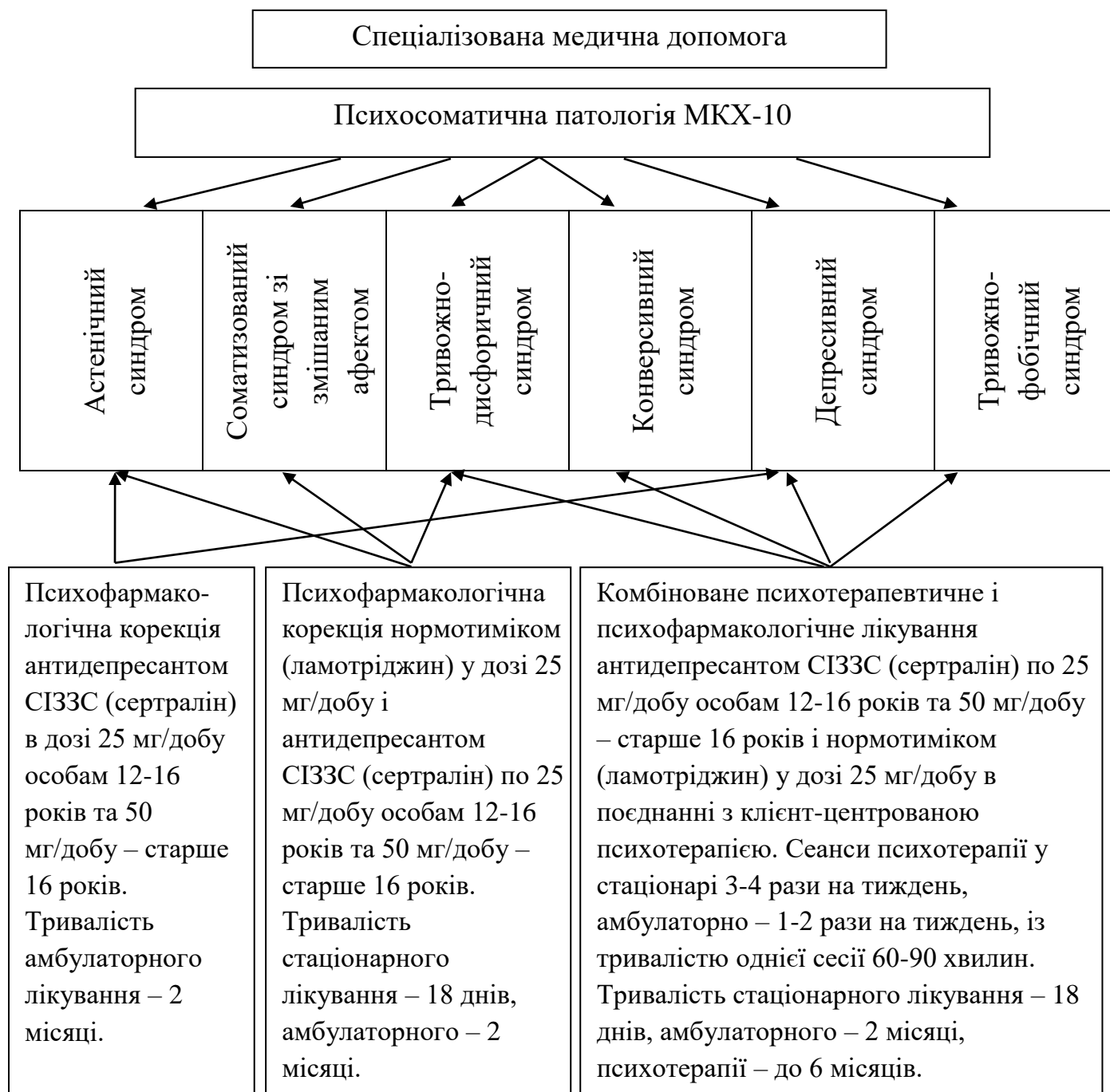


Схема 2. Алгоритм надання спеціалізованої медичної допомоги підліткам із психосоматичними розладами

На етапі медичної допомоги у спеціалізованому психіатричному закладі після встановлення діагнозу психосоматичного розладу пропонується використання однієї із трьох запропонованих схем психофармакологічної корекції залежно від провідного психопатологічного синдрому та його ступеня вираженості. Варто розпочинати з монотерапії. Оцінка ефективності обраної схеми лікування проводиться через тиждень із наступною корекцією лікування. У разі недостатнього або відсутнього ефекту обирається наступна схема або ж комбінована терапія.

Враховуючи, що до цього часу практично не існує цільової програми профілактичного спрямування за наявності психічних порушень субклінічного рівня в підлітків, коли доведений шкідливий вплив стресу та стрес-індукованих станів, постала нагальна потреба в розробці рекомендації з психопрофілактики психосоматичної патології в підлітків, яка включає психотерапевтичні, фізіо- і фармакотерапевтичні дії. Пацієнту з наявними факторами ризику розробляється індивідуальна програма мінімізації або нівелювання чинників ризику з формуванням потреби в дотриманні здорового способу життя як особи, відповідальної за власне здоров'я, подолання шкідливих звичок, формування здорових поведінкових установок, збереження й покращення психічного здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на основі вивчення дезадаптації, батьківсько-родинних стосунків, психопатологічної симптоматики здійснено теоретичне узагальнення перебігу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями, які проявляються у вигляді психосоматичних розладів та клінічно характеризуються депресивним (23,67 %), тривожно-фобічним (22,86%), конверсивним (31,84 %), тривожно-дисфоричним (0,82 %), астеничним (19,59 %) та соматизованим зі змішаним афектом (1,22 %) синдромами. Наведено новий підхід для покращення ефективності лікування та ступеневої медико-психосоціальної реабілітації підлітків шляхом створення алгоритму діагностики на етапі скринінгу та подальшої оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

2. У підлітків виявлено та досліджено наступні індивідуально-психологічні особливості: акцентуйовані риси характеру, загальне зниження настрою, високий рівень виснаження й почуття самотності, високий рівень алекситимії з низькою продуктивністю та небажанням працювати і високими показниками субдепресії й тривожності. Ці симптоми клінічно проявляються у вигляді мінливих соматичних ознак – біль у ділянці шлунка, грудній клітці та суглобах; моторної напруги, що появлялася епігастральним дискомфортом, діареєю, метеоризмом, дизурією, задишкою без навантаження; перебоїв в роботі серця; парестезії за відсутності соматичної патології; демонстративною поведінкою, дратівливістю, зниженням фізичної та розумової активності, відчуттям тривоги, занепокоєння, труднощі в зосередженості, головним болем та порушеннями сну.

3. Клініко-психопатологічна симптоматика в підлітків із психосоматичними розладами виявлялася з різною частотою в залежності від віку й

соціального походження і представлена наступними синдромами: - конверсивним у 41,27 % молодшого підліткового віку, 37,80 % підлітків з повної сім'ї; - тривожно-фобічним у 27,87 % середнього підліткового віку, 35,0 % підлітків із неповної сім'ї; - депресивним у 17,71 % середнього підліткового віку, 29,03 % старшого підліткового віку та 39,39 % сиріт; - тривожно-дисфоричним у 6,06 % молодшого підліткового віку, 5,88 % підлітків із неповної сім'ї; - соматизований зі змішаним афектом у 3,23 % старшого підліткового віку, 3,66 % підлітків із повної сім'ї; - астеничним у 48,39 % – 17-18 років та 36,59 % підлітків із повної сім'ї з достовірною різницею для усіх випадків ($p < 0,05$).

4. Встановлено, що індивідуально-психологічний особистісний профіль досліджуваних та соціально-психологічні чинники (депривація, несприйнятливий соціальний походження підлітків) впливають на функціонування вегетативної нервової системи. Виявлено достовірно ($p < 0,05$) вищу частоту психопатологічних синдромів у групах середнього і старшого підліткового віку, а також підлітків із неповної сім'ї. Достовірно ($p < 0,001$) частіше зустрічали депресивний синдром у холеричного темпераменту (56,25 %), астеничний – у сангвіністичного (42,6 %) і холеричного темпераменту (30,0 %), а тривожно-фобічний і конверсивний синдроми визначались рівномірно при всіх типах темпераменту.

Встановлено, що чинниками ризику формування дезадаптації (68,5 % підлітків) є: депресивний синдром, емоційна нестійкість, астеничний синдром. Особистісні особливості підлітків із психосоматичним розладом характеризуються більшою частотою проявів іпохондричності – у 38,71 %. Водночас апатичність, як властивість особистості, незалежно від наявності психосоматичного розладу підліткам не властива.

5. Обґрунтовано та розроблено етапність діагностики психічних розладів в підлітків із соматичними захворюваннями: 1) скринінг за допомогою клініко-психологічного дослідження для виявлення осіб зі схильністю до психосоматичних порушень; 2) рандомізація за допомогою клініко-психологічних методик для діагностики клінічних особливостей психічних розладів у групі ризику.

6. На основі проведеного аналізу різних терапевтичних підходів до лікування пацієнтів із психічними розладами при соматичних захворюваннях встановлено, що обрані методи психофармакологічної корекції (антидепресант, антидепресант + нормотимік) і комбінованої психотерапевтичної (клієнт-центрована психотерапія) та психофармакологічної (антидепресант + нормотимік) терапії є високоефективними в усіх досліджуваних групах. Підлітки виявилися найбільш чутливими до комплексного лікування, яке прискорює регрес клінічних проявів і підвищує ефективність лікування в 2,85 разів.

7. Розроблено етапність комплексної медико-психосоціальної реабілітації: – реабілітація (період реконвалесценції – одужання) передбачає індивідуальний підхід стосовно тривалості лікування, має на меті зменшити вплив невротизації на підлітка; – попередження загострення психосоматичного розладу, консультація психіатра на етапі первинної діагностики, використання психотерапевтичних методів (психотерапія центрована на особистості) особливо показане при індивідуальній програмі нівелювання субклінічних розладів, що сприяє покращенню емоційної стійкості та сну, активній життєвій позиції, зниженню

аликситимії та профілаксує розвиток тривоги й депресії; – попередження рецидиву психосоматичних порушень за рахунок використання ефективних схем лікування й залучення фахівців різного профілю.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У результаті дослідження розроблено алгоритм діагностичного пошуку на етапі первинної медичної допомоги, за яким психологічне дослідження у школі, опитування батьків та учителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб, яким у подальшому (на етапі доклінічних проявів захворювання) рекомендовано психопрофілактику психосоматичної патології в підлітків.

2. Розроблено алгоритм надання спеціалізованої медичної допомоги підліткам із психосоматичними розладами. На етапі медичної допомоги в межах спеціалізованого психіатричного закладу після встановлення діагнозу психосоматичного розладу пропонується використання однієї із трьох запропонованих схем психофармакологічної корекції залежно від провідного психопатологічного синдрому та його ступеня вираженості. Варто розпочинати з монотерапії антидепресантом. Оцінка ефективності обраної схеми лікування проводиться через тиждень із наступною корекцією лікування. У разі недостатнього чи відсутнього ефекту або домінування у клініці розладів настрою, фобічного синдрому чи іпохондрії обирається наступна схема (антидепресант + нормотимік). Комбінована терапія (антидепресант + нормотимік + психотерапія) призначається, якщо у клініці переважають тривожний, депресивний, менше конверсивний синдром або недостатнього чи відсутнього ефекту психофармакологічного лікування. Клінічний ефект при використанні комбінованої терапії настає раніше.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Масік О.І. Афектогенний чинник психічної дезадаптації у підлітків (огляд літератури та результати власних спостережень) // *Український неврологічний журнал*. - 2015.- № 3. - С. 13-18.

2. Масік О.І. Клініко-психопатологічні аспекти тривожності при психосоматичних розладах у підлітків // *Архів психіатрії*. – 2016. - Том 22, №3 (86). - С. 65-69.

3. Масік О.І. Особливості темпераменту підлітків з психосоматичними розладами // *BIOMEDICAL AND BIOSOCIAL ANTHROPOLOGY*. – 2016, № 27. - С. 77-81.

4. Масік О.І. Стан загально-адаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків // *Український неврологічний журнал*. — 2016.- № 2. - С. 86-90.

5. Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. – 2016, Т. 20, № 2. - С. 390-393 (здобувачем проводилось статистична обробка результатів клінічного обстеження підлітків, аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки, підготовлений матеріал до

друку).

6. Римша С.В., Масик О.И. Предпосылки и проявления психической дезадаптации у подростков с психосоматическими расстройствами (обзор литературы и результаты собственных наблюдений) // **Современные научные исследования и инновации.** - 2016, № 11 (URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/11/73811>) (здобувачем проведено огляд літератури із теми наукової роботи, самостійно зібраний матеріал, проведено статистичну обробку даних, аналіз отриманих результатів, підготовлений матеріал до друку).

7. Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Порівняльна оцінка різнонаправлених підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків // **Український терапевтичний журнал.** - 2017, № 3. - С. 58-64 (здобувачем зібрано й систематизовано матеріал, підготовлений матеріал до друку).

8. Масік О.І., Поніна С.І. Особливості психоемоційного стану у респондентів з вегетативною дисфункцією на прикладі абітурієнтів медичного університету // **Український терапевтичний журнал.** - 2018, № 1. - С. 59-63 (здобувачем проводилось клінічне обстеження хворих, аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки).

II. Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

9. Масік О.І. Особливості обстеження хворих з психічними порушеннями // XII Регіональна наук.-практ. конф. з розвитку мультидисциплінарного підходу в психіатрії «Вплив сімейних порушень, психології батьків на психічне здоров'я дітей»: тези доп., 16-17 трав. 2012 р. – Вінниця, 2012. – С. 24-26.

10. Масік О.І. Депресивний синдром в структурі психосоматичних розладів у підлітків та його корекція // тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», 27–29 квіт. 2017 р., м. Київ // Архів психіатрії. – 2017. - Т. 23, № 2 (89). - С. 154-155.

11. Римша С.В., Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Визначення ролі стресору в розвитку психосоматичних розладів у підлітків та обранні ефективної лікувальної тактики // Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання): тези наук.-практ. конф. 16-17 жовт. 2014 р. – Харків, 2014. – С. 124-125 (здобувачем проводилось обґрунтування й вибір напрямку дослідження, аналіз отриманих результатів).

12. Масік О.І. Гендерні особливості підлітків у визначенні ролі стресору в розвитку психосоматичних розладів та обранні ефективної лікувальної тактики // Матеріали VI міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених. 2-3 квіт. 2015 р. – Вінниця, 2015. – С. 19-20.

13. Масик О.И. Депрессивный синдром при психосоматических расстройствах у подростков // Инновации в медицине и фармации - 2016: материалы дистанц. науч.-практ. конф. студентов и молодых учёных / под ред. А.В. Сикорского, О.К. Дорониной, – Минск: БГМУ. - 2016. - С. 246-250.

14. Масік О.І. Психодіагностика як основа ефективної лікувальної тактики психосоматичних розладів у підлітків // 78-й науково-медичний конгрес студентів та молодих вчених «Медицина ХХІ сторіччя»: тези доп. 19-20 трав. 2016 р. –

Краматорськ, 2016.- С. 167-168.

15. Масік О.І. Тригерна роль психоемоційних порушень у розвитку психосоматичної патології у підлітків // Тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю «від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14-15 квіт. 2016 р., м. Київ // Архів психіатрії. – 2016, Т. 22, № 2 (85). - С. 130.

16. Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Роль алекситимії в розвитку психосоматичних розладів у підлітків // Матеріали XIII Міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених «Перший крок в науку—2016». 7 квіт. 2016 р.— Вінниця, 2016.- С.292-293 *(здобувачем проводилось клінічне обстеження хворих, аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки)*.

17. Римша С.В., Масік О.І. Модальність емоцій як чинник соматичної та психічної дезадаптації психосоматичних розладів у підлітків // Наук.-практ. конф. молодих вчених НМАПО імені П.Л. Шупика, присвячена «Дню науки»: 20 трав. 2016 р. – Київ, 2016. – С. 91-93 *(здобувачем проведено аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки, підготовлено матеріал до друку)*

18. Масік О.І. Депресивний синдром в структурі психосоматичних розладів у підлітків // Матеріали XIV Міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2017» 26-28 квіт. 2017 р. - Вінниця, 2017.- С. 389-390.

19. Масік О.І., Поніна С.І., Лисиця Ю.М. Психо-емоційний стан абітурієнтів медичного університету // Матеріали наук.-практ. конф. з між нар. участю (Реєстр УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ – посвідчення №370 (Київ-2017)) «Біопсихосоціальні аспекти здоров'я: особливості спеціалізованої допомоги при афективних розладах»: 2-3 листоп. 2017 - Вінниця, 2017.- С. 41-42 *(здобувачем проводилось клінічне обстеження абітурієнтів, аналіз отриманих результатів, сформульовані висновки)*.

20. Масік О.І. Рівень тривожності як критерій психоемоційної дезадаптації при психосоматичних розладах у підлітків // Матеріали наук.-практ. конф. з між нар. участю (Реєстр УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ – посвідчення № 516 (Київ - 2016)) «Біопсихосоціальні аспекти здоров'я: Система спеціалізованої допомоги при розладах адаптації» 6-7 жовт. 2016 р. - Вінниця, 2016.- С. 39-41.

АНОТАЦІЯ

Масік О.І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, Вінниця. Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ, 2019.

Дисертаційне дослідження було проведено на основі вивчення дезадаптації, батьківсько-родинних стосунків, психопатологічної симптоматики з метою вивчення особливостей формування, клініки, перебігу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями, підвищення ефективності лікування та ступеневої медико-психосоціальної реабілітації шляхом оптимізації терапевтичного комплексу

фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом, для чого були використані соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, патопсихологічні, катamnестичний і статистичний методи дослідження.

Усього в дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 329 підлітків дитячої обласної лікарні м. Хмельницький, 90 підлітків дитячої обласної лікарні та психоневрологічної лікарні м. Вінниці. Дослідна група №1 кількістю 27 осіб отримувала стандартне лікування антидепресантом, дослідна група №2 кількістю 30 осіб отримувала терапію антидепресантом та нормотиміком, дослідна група №3 кількістю 33 осіб отримувала терапію антидепресантом та нормотиміком і психотерапевтичне втручання. Після виконання задач дослідження та досягнення мети роботи пацієнти отримали в повному обсязі, окрім стандартної фармакотерапії, трикомпонентне психотерапевтичне лікування.

Застосування розробленого нами терапевтичного комплексу (клієнт-центрованої психотерапії в комбінації з психофармакологічною корекцією) дозволяє відновлювати компенсаторно-адаптаційні можливості дитини та запобігти хронізації захворювання, що може використовуватись як метод вторинної профілактики при психічних розладах, пов'язаних зі стресом. У свою чергу, встановлення факторів ризику формування психосоматичних розладів, пов'язаних зі стресом, дає можливість удосконалити заходи первинної профілактики даної патології.

У дисертації наведено теоретичне обґрунтування й нове рішення проблеми психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями. На основі мультимодального дослідження виявлено клініко-психопатологічні особливості синдрому генезу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями різних соціальних груп, визначені прогностичні критерії дезадаптаційних станів, розроблено комплекс профілактичних заходів на різних етапах надання спеціалізованої допомоги.

Ключові слова: психічні розлади, соматичні захворювання, підлітки, психотерапія, клієнт-центрована терапія.

АННОТАЦІЯ

Масик О.И. Клинические особенности и лечение психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 - психиатрия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ Украины, Винница. Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», Киев, 2019.

Диссертационное исследование было проведено на основании изучения дезадаптации, родительско-семейных отношений, психопатологической симптоматики с целью изучения особенностей формирования, клиники, течения психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями; повышение эффективности лечения и медико-психосоциальной реабилитации путем оптимизации терапевтического комплекса фармакотерапии, ассоциированной с психотерапевтическим компонентом. Для чего были использованы социально-

демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы исследования.

Всего в исследовании, при условии получения информированного согласия, приняло участие 329 подростков детской областной больницы г. Хмельницкий, 90 подростков детской областной больницы и психоневрологической больницы г. Винница. В группу №1 включено 27 подростков, которые получали стандартное лечение антидепрессантом, группа №2 (30 чел.) получала терапию антидепрессантом и нормотимиком, группа №3 (33 чел.) получала терапию антидепрессантом и нормотимиком в сочетании с психотерапевтическим лечением. После выполнения задач исследования и достижения цели работы пациенты получили в полном объеме, кроме стандартной фармакотерапии, трехкомпонентное психотерапевтическое лечение.

Применение разработанного нами терапевтического комплекса (клиент-центрированной психотерапии в сочетании с психофармакологической коррекцией) позволяет восстанавливать компенсаторно-адаптационные возможности ребенка и предотвратить хронизацию заболевания, может использоваться как метод вторичной профилактики при психических расстройствах, связанных со стрессом. В свою очередь, установление факторов риска формирования психосоматических расстройств, связанных со стрессом, дает возможность усовершенствовать меры первичной профилактики данной патологии.

В диссертации приведены теоретическое обоснование и новое решение проблемы психосоматических расстройств у подростков. На основе смешанного исследования выявлено клинико-психопатологические особенности синдрома генеза психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями различных социальных групп, определенные прогностические критерии дезадаптационных состояний, разработан комплекс профилактических мероприятий на различных этапах оказания специализированной помощи.

Ключевые слова: психические расстройства, соматические заболевания, подростки, психотерапия, клиент-центрированная терапия.

SUMMARY

Masik O.I. Clinical aspects and treatment of mental disorders in adolescents with somatic diseases. – Manuscript.

Thesis for obtaining the scientific degree of a Candidate of medical sciences (PhD in Medicine) in speciality 14.01.16 – psychiatry. – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya. State Institution «Scientific and Research Institute for Psychiatry of the Health Ministry of Ukraine», Kiev, 2019.

The research under the thesis was carried out on the basis of the study of maladjustment, parenthood and family relations, and psychopathic symptoms aimed at examination of peculiarities of formation, clinical development and progression of mental disorders in adolescents with somatic diseases, increase in efficiency of treatment and gradual medico-psychosocial rehabilitation via optimization of therapeutic pharmacotherapy complex in association with psychotherapeutic component for which the following research methods were applied: social-demographic, clinical-psychopathological, pathopsychological and statistical methods.

The total number of adolescents that participated in the research, on condition of their informed consent, made 329 people, patients of Children's Regional Hospital of the city of Khmelnytsky, 90 adolescents from Children's Regional Hospital and Psycho-neurological Hospital of the city of Vinnitsa. 27 patients from Group №1 under the research received standard treatment with anti-depressants; 30 patients from Group №2 underwent therapy with anti-depressant and normothymic; 33 patients from Group №3 under the research underwent therapy with anti-depressant and normothymic and psycho-therapeutic intervention. After implementation of the goals of the research and achievement of the objectives of the thesis, the patients underwent full three-component psycho-therapeutic treatment in addition to standard pharmacotherapy.

Application of the therapeutic complex that we developed (client-centered psychotherapy combined with psycho-pharmacological correction) make it possible to recover compensatory and adaptation abilities of the child, and to prevent chronization of the disease, it can also be applied as a method of secondary prevention in case of mental disorders related to stress. In its turn, identification of risk factors for psychosomatic disorders related to stress, make it possible to improve measures aimed at primary prevention of this pathology.

The thesis provides theoretical basis and new solution to the problem of psychosomatic disorders in adolescents. On the basis of multi-modal study, there were determined clinical-psychopathological peculiarities of syndromogenesis of mental disorders in adolescents with somatic diseases from various social groups, as well as prognosis criteria for maladjustment; there was developed a complex of preventive measures at different stages of specialized help.

Key words: mental disorders, somatic disease, adolescents, psychotherapy, client-centered therapy.

Підписано до друку 09.04.2019 р. Замовл. № 138.
Формат 60х90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Пирогова, 56.

