

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. І. ПИРОГОВА

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

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

МАСІК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ

УДК: 616.89:159.9:616-08-053.71

ДИСЕРТАЦІЯ

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

14.01.16 – психіатрія

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Масік О.І.

Науковий керівник: Римша Софія Віталіївна, доктор медичних наук,
професор.

Вінниця – 2019

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, катамнестичний 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 psychotherapeutic 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.

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., Масік О.І. 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., Раціборинська-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. Масік О.І. 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.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | 13 |
| ВСТУП | 14 |
| РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОСОМАТИЧНУ ПАТОЛОГІЮ ЯК ПРОЯВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО НЕЇ (аналітичний огляд літератури) | 20 |
| 1.1. Психосоматичні розлади як медико-соціальна проблема | 20 |
| 1.2. Етіопатогенез та клінічні особливості психосоматичних порушень у підлітків | 26 |
| 1.3. Передумови та прояви психічної дезадаптації у підлітків з психосоматичними розладами | 31 |
| 1.4. Сучасні аспекти поєднання різних підходів у лікуванні психосоматичних розладів | 39 |
| РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖУВАНИХ РЕСПОНДЕНТІВ. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 49 |
| 2.1. Загальна клінічна характеристика обстежених..... | 49 |
| 2.2. Матеріали та методи дослідження | 53 |
| 2.2.1. Психодіагностичні та патопсихологічні методи дослідження..... | 54 |
| 2.2.2. Клініко-психопатологічний метод..... | 55 |
| 2.2.3. Статистичні методи дослідження..... | 56 |
| 2.2.4. Забезпечення вимог біоетики..... | 57 |
| 2.3. Клініко-психопатологічна характеристика підлітків з психосоматичними розладами | 58 |
| 2.4. Клініко-психологічна характеристика підлітків з психосоматичними розладами | 68 |
| 2.5. Загальна медико-соціальна характеристика підлітків з психосоматичними розладами. | 97 |

| | |
|---|-----|
| РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНА КАРТИНА, ПЕРЕБІГ, КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС, ФАКТОРИ РИЗИКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ..... | 104 |
| 3.1. Особливості клінічної картини та перебігу психосоматичних розладів у підлітків в залежності від прояву соматичних симптомів та синдромів..... | 104 |
| 3.2. Зв'язок клінічної картини та перебігу психосоматичних захворювань у підлітків з особливостями клініко-психологічного статусу..... | 123 |
| РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ..... | 135 |
| 4.1. Психофармакологічна корекція психосоматичних розладів у підлітків... | 135 |
| 4.2. Ефективність поєднання психокорекційних та психофармакологічних заходів у підлітків з психосоматичними розладами..... | 150 |
| 4.2.1. Психокорекційний підхід до лікування підлітків з психосоматичними розладами. | 151 |
| 4.2.2. Ефективність комбінованого лікування психосоматичних розладів у підлітків | 155 |
| 4.3. Порівняльна характеристика ефективності різних підходів психофармакологічного та комбінованого (психокорекційного і психофармакологічного) лікування підлітків з психосоматичними розладами..... | 169 |
| АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 177 |
| ВИСНОВКИ | 205 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ | 208 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 209 |
| ДОДАТКИ..... | 240 |
| ДОДАТОК А: Тест-опитувальник «Оцінка настрою»..... | 240 |
| ДОДАТОК Б: Карта спостережень Д. Стотта..... | 242 |
| ДОДАТОК В: Тест шкільної тривожності Б.Філіпса..... | 253 |
| ДОДАТОК Г: Тест-опитувальник батьківського ставлення Варги-Століна..... | 260 |
| ДОДАТОК Д: Опитувальник дитячої депресії Maria Kovacs..... | 264 |

| | |
|--|-----|
| ДОДАТОК Е: Опитувальник Ч. Д. Спілбергера (STPI - State Trait Personal Inventory) | 265 |
| ДОДАТОК Ж: Методика особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера (адаптація Ю.Л. Ханіна)..... | 267 |
| ДОДАТОК З: Особистісний опитувальник Г. Айзенка..... | 267 |
| ДОДАТОК И: Методики проведення клієнтцентрованої психотерапії..... | 268 |
| ДОДАТОК К: Акти впровадження..... | 273 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|-------|--|
| АТ | -артеріальний тиск |
| АХ | - ацетилхолін |
| ВББ | - вертебро-базиллярний басейн |
| ВД | - вегето-судинна дистонія |
| ВНС | - вегетативна нервова система |
| ГАМК | - гамма-аміномасляна кислота |
| МЛРК | - мигдалеподібний лімбіко-ретикулярний комплекс |
| ПОЛ | - перекисне окиснення ліпідів мембран |
| САС | - симпатoadреналова система |
| СІЗЗС | - селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну |
| СІЗЗН | - селективні інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну |
| ТЦА | - трициклічні антидепресанти |
| ЦНС | - центральна нервова система |

ВСТУП

Актуальність проблеми. Охорона психічного здоров'я дітей для соціальної політики країн усього світу, незалежно від рівня економічного розвитку та культури, має вагомим значення [150]. Протягом останніх років спостерігається значне зростання психосоматичних розладів серед межевої психічної патології, які небезпідставно вважаються «патологією сучасної цивілізації» [88]. Близько 40 % підлітків, які перебувають під наглядом педіатрів, страждають на захворювання, представлено функціональними порушеннями й вегетативною дисфункцією, що переважно відображають емоційний стан [63, 220]. 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 [96].

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 [45, 91, 121] 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 [79, 90, 200].

Водночас особливість і сила впливу даних факторів на психічну сферу соматичних хворих у літературі практично не висвітлені [154]. 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 [178].

Ще одним напрямком дослідження є вивчення психосоматичної ролі та пошук специфічних особистісних особливостей, що сприяють виникненню «класичних психосоматозів», названих «святою сімкою», «чикагською сімкою» («holy seven») (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, есенціальна гіпертонія, бронхіальна астма, цукровий діабет, нейродерміт, ревматоїдний артрит, синдром подразненої кишки тощо) [206, 212, 213].

У 21,6 % випадках психосоматичні розлади виступають донозологічними формами, проявляються ураженням будь-яких органів і систем [92, 94, 239, 250] та представлено наступними синдромами: астеничним, тривожним, депресивним, органічними й істеричними розладами особистості, еквівалентами депресії у вигляді поведінкових і адаптаційних розладів та соматоформних вегетативних дисфункцій [38].

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 [185].

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, катамнестичного 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. Ющенка, 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 «Мульти-дисциплінарний 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.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОСОМАТИЧНУ ПАТОЛОГІЮ ЯК ПРОЯВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО НЕЇ

(аналітичний огляд літератури)

1.1. Психосоматичні розлади як медико-соціальна проблема

У сучасному суспільстві за соціально-економічною та медичною значимістю важливе місце посідає цінність здоров'я людини як основи її життєдіяльності. Погіршення здоров'я більшості населення України, незадовільний стан здоров'я дітей та молоді, погані екологічні умови, що супроводжують безліч шкідливих факторів, спонукають до пробудження людської свідомості, мобілізації знань про адаптаційні можливості людського організму до самовдосконалення [152].

За даними епідеміологічних досліджень [88, 135], сьогодні кожен третій житель Землі страждає на ту чи іншу форму психічної патології з очевидним переважанням межових психічних розладів. А кожен третій житель України протягом життя потребує допомоги психіатра [76, 123].

Серед межової психічної патології головне місце займають психосоматичні розлади [88, 221]. Але про поширеність психосоматичних розладів судити важко, тому що показники захворюваності зазвичай занижені, оскільки хворі нерідко випадають з поля зору лікарів, через невизначеність скарг. Проте, за статистикою розповсюдженість психосоматичних розладів коливається в загальній популяції населення від 15 % до 50 %, а в загально медичній практиці – від 30 % до 57 %, а саме соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) (підгрупа F45.3 рубрики F45 МКХ-10) залишається однією з ведучих форм [47, 69, 71, 108, 216, 243]. Кількість хворих з психосоматичними розладами серед респондентів дитячого віку складає за даними різних авторів від 16 до 68 % [70].

Психосоматичний розлад являє собою порушення функції внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких пов'язаний переважно з нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної психологічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості [240]. Відповідно до сучасних уявлень, це поняття позначає ділянки перетину комплексу синдромів психічної й соматичної сфери, які мають різне коморбідне співвідношення [88, 221].

Одним з основних завдань сучасної психіатричної науки є пріоритетність вивчення особливостей психопатологічних і психологічних механізмів формування психічних і поведінкових розладів у дитячому та підлітковому віці, до яких відноситься і проблематика формування психосоматичних розладів у цій віковій групі [87].

Згідно з даними літератури, психопатологічні порушення в структурі психосоматичних розладів (43,4 %) представлені наступними синдромами: астеничними, тривожними та депресивними розладами, розладами поведінки, адаптації, органічними та істеричними розладами особистості, еквівалентами депресії у вигляді поведінкових розладів та соматоформних вегетативних дисфункцій, які у 21,6 % проявляються як донозологічні форми [38].

Психосоматичні розлади можуть проявлятися загостренням соматичної патології, формуванням спільних симптомокомплексів, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів, а також психічних розладів, що відображають реакцію на соматичні захворювання [26, 27, 135]. При кожному соматичному захворюванні можуть виявлятися реакції страху, тривоги, депресії, іпохондрії, які у своїх клінічних виявах відображають особистісні психологічні особливості. При емоційно насичених подіях, що є основою емоційного реагування, при високій чутливості в афективній сфері, можуть мати місце специфічні соматичні прояви [79, 240]. Найхарактернішим проявом психосоматичних порушень є психосоматичний синдром, який клінічно проявляється психічними та вегетативними симптомами. Як правило, у хворого спостерігаються кардіоваскулярні,

дихальні, гастроінтестинальні та інші розлади. Найчастіше виникають больові симптоми [240]. Зазвичай у зв'язку із впливом низки несприятливих факторів, в першу чергу психоемоційних, та дестабілізації механізмів компенсації, психосоматичний симптомокомплекс з часом продовжує прогресувати та становить основу для формування патологічної форми реагування і зрештою переходить із функціонального порушення у соматичне захворювання [79, 90].

Михайлов Б.В. [157] розглядає походження психосоматичних розладів з позицій психосоматичної парадигми, виділяючи в етіології провідні групи чинників, такі як спадково-конституційні, психоемоційні та органічні. Серед спадково-конституційних виділяють конституційно-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуаційні особливості.

Психоемоційні або психогенні чинники – це гострі чи хронічні зовнішні впливи, опосередковані через психічну сферу, які мають когнітивне, та емоційне значення, у силу чого відіграють роль психогенії [157].

До органічних відносять різного роду преморбідну органічну (травматичну, інфекційну, токсичну, гіпоксичну тощо) скомпроментованість інтегративних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу [108, 157].

Психосоматичні розлади можуть проявлятися ураженням будь-яких органів і систем [92, 94, 239, 250]. Так, виділяють: 1) Психосоматичні реакції (головний біль, розлади сну, нічний страх (лат. *Pavor nocturnus*), енурез, блювання та інше). Такі реакції зазвичай короткочасні, виникають безпосередньо після переживання неприємних або небезпечних обставин. 2) Функціональні психосоматичні порушення, пов'язані із значними одночасними несприятливими обставинами або з життєвими труднощами, що повторюються, але не супроводжуються пошкодженнями структур органів і систем. Це можуть бути розлади діяльності шлунково-кишкового тракту (диспепсія, шлункові спазми, проноси, закрепи), серцево-судинної системи (кардіалгія, аритмія, артеріальна гіпо- або гіпертензія), органів

дихання (диспное, апное, «невротичний» кашель) і тому подібне. 3) Психосоматичні захворювання з органічною маніфестацією виявляються, наприклад, у формі ендокринних порушень психогенного походження. 4) Специфічні психосоматози (психосоматичні хвороби) – виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, коронарна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, нейродерміт та інші, характеризуються не лише структурними порушеннями відповідних органів і систем, але й перебігом, властивим цим хворобам [135, 208, 250]. Цей список постійно поповнюється захворюваннями, які мають прогресивний перебіг та супроводжуються різноманітними психологічними і соматичними порушеннями [18, 19].

В клініці соматизованих психопатологічних розладів виділяють чотири компоненти: 1) сенсорний (спектр симптомів від близьких до больових – алгічних до «незвичайних», «вигадливих» – сенестопатій, тілесні фантазії); 2) вегетативний (вегетативні відчуття і об'єктивно діагностовані вегетативні симптоми); 3) афективний (емоційний відтінок відчуттів) та 4) ідеаторний (концептуалізація відчуттів), які мають діагностичне значення і визначають терапевтичну тактику лікаря [223].

При алгіях (ідіопатичні алгії) переважає емоційно-неприємний фон і характерні сенсоріальні характеристики болю («ті, що тиснуть», «пекучі», «ниючі» і т.д.) [53].

Серед сенестопатій виділяють: 1) сенестоалгії – («дуже неприємне відчуття, яке важко описати») і 2) есенціальні сенестопатії з переважанням сенсоріальних особливостей, від протопатичної чутливості температурного відтінку («печіння», «гарячі хвилі», «холод») до феноменів епікритичної чутливості з сенсорними екстероцептивними характеристиками, які наближають їх до галюцинаторного образу («в животі відчуття ніби волохатою лапою перебирають нутроці»). Сенестопатії можуть мати риси, які нагадують психосенсорні розлади: біль, що «роздуває голову», «потилиця надто важка, що неможливо підняти голову» – психосенсоріальні сенестопатії, прямим ствердженням їхньої локалізації – «по корі головного

мозку», «болить головка підшлункової залози», при яких зберігається критичне ставлення [135, 223].

Також зустрічається коенестезія, або інтегративне почуття, що включає сумачію всього спектру інтероцептивних відчуттів – протопатичних, вісцеральних, гаптичних, термічних, кінестетичних і вітальних, тому патологічні зміни при коенестезії, правильніше позначати як коенестезіопатія. У поєднанні з дифузними сенестопатіями визначається як сенестокоенестезіопатія [223].

Можуть виявлятися конверсивно-дисоціативні симптоми («істеричний клубок», «невротичний шолом»), різноманітні больові відчуття («як ніж застромлять», пекучий біль, «як розпечений метал») [135, 223].

Моторні і сенсорні еквіваленти тривоги («внутрішнє тремтіння», «непосидючість») проявляються вегетативними симптомами (відчуття вегетативної активації, що не повністю підтверджуються об'єктивно, реєструється змінам – скарги на серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання, та ін.) [162].

Тривожно-фобічні симптоми виявляються у вигляді скарг хворих на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжують тривогу, страх. Їх відрізняє «кондиціональність» – виникнення у специфічній ситуації [223].

Відчуття важкості на серці, в тілі, за грудиною біль, вегетативні порушення, почуття тиску, печіння є проявом депресивних симптомів, при цьому виявляється очевидний зв'язок з коливанням афекту, в тому числі у вигляді циркадного ритму, а астено-невротичні прояви найбільш часто спостерігаються у вигляді судинної дистонії, порушення секреторної і моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалого субфебрилітету, психогенної лихоманки [135, 223, 249].

Астенія – синдром, що об'єднує різноманітні психічні розлади «малої» психіатрії й відрізняє їх від психозів. Клінічна типологія астенічних розладів

включає два варіанти: гіперстенічний та гіпостенічний, в основі яких лежать механізми перенапруження та виснаження психічних процесів [135, 223].

Сенестезії проявляються скаргами на запаморочення, нестійкість ходи – «закидає», «веде в сторону»; незвичайне сприйняття власних рухів, ваги тіла, кінестетичних відчуттів – «як пливу або йду по ваті», «тіло як невагоме», «ноги як провалюються»; або в спотвореному сприйнятті рухів і просторового положення оточуючих – «люди ніби падають на мене, я їх відштовхую» [135].

Виділяють загальні ознаки психосоматичних захворювань: хронічний і рецидивуючий перебіг; невідповідність клінічних проявів з даними об'єктивного обстеження; недостатня ефективність соматотропного лікування; визначна роль психічного стресу; наявність пригнічених емоційних переживань (у 40 % – тривога, у 60 % – депресія); особливості особистості хворого, які визначають емоційну лабільність, недостатність навиків подолання стресу; позитивний ефект при застосуванні психофармакотерапії і психотерапії [13, 135].

Останні роки констатується неухильне зростання частоти виникнення психосоматичної патології у дітей під впливом негативної дії мінливих соціально-економічних чинників та детермінованої психологічної предрисповици [1, 15, 21, 75, 134, 184, 211, 231].

Кожний віковий період в житті дитини має свої особливості, наслідки яких можуть стати фоном для розвитку психосоматичних розладів. У свою чергу, хронічні захворювання у дитини – це важка психічна травма не тільки для неї, але і для всієї сім'ї [208]. Психологічна реакція хворого і членів сім'ї проходить ряд послідовних стадій, протягом яких проявляється регресивна поведінка, необґрунтовані страхи, заперечення хвороби. Можливі відчуття провини, депресія, гнів, смуток. Діти нерідко сприймають хворобу, як покарання за погану поведінку, робляться жорстокими. Підлітки бояться стати безпорадними або не «такими, як всі», звинувачують у всьому батьків або лікарів. Діти з хронічними захворюваннями частіше, ніж здорові,

страждають на емоційні розлади [208, 209]. Психогенні розлади у дітей спостерігаються частіше і мають більш виражений соматичний характер через недосконалу регуляцією вегетативних функцій [209, 250].

Старший підлітковий вік характеризується підвищеною вразливістю емоційної сфери і може стати однією з причин емоційного неблагополуччя [49]. Сухомлинський В. зазначає, що старший підлітковий вік, з одного боку, є складним перехідним періодом від дитинства до зрілості, а з іншого – часом найповнішого розвитку особистісних здібностей та можливостей молодій людини. Він пов'язаний з кардинальними перетвореннями у сфері свідомості, діяльності, системі взаємостосунків індивіда, характеризується емоційною нестабільністю, підвищеною збудливістю [265].

В структурі підліткової захворюваності спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги функціональних порушень, що відзначається складними взаємозв'язаними психічними та соматичними проявами внаслідок соматоформної вегетативної дисфункції (СВД). Проблема СВД у дітей залишається актуальною для сучасної педіатрії та неврології, що обумовлено медико-соціальними аспектами, місцем та їх роллю у формуванні соматичних порушень. Серед дітей із патологією неінфекційного походження вегетативні порушення становлять 25–80 % [64, 159].

Однак, в літературі розглядається лише медичний аспект поточної курації дітей з психосоматичними порушеннями [63, 158] без включення інших заходів та вторинної психопрофілактики.

1.2. Етіопатогенез та клінічні особливості психосоматичних порушень у підлітків

У літературі, присвяченій питанням психосоматичних та вегетативних розладів у дітей, значна увага приділяється визначенню етіологічних факторів, що сприяють виникненню дисфункції автономної нервової системи. Однак, зважаючи на дискусійність окресленого питання, більшість

авторів вважають за доцільне серед етіологічних чинників виділяти пускові (тригерні) фактори – це психогенні, інфекційно-токсичні, дисгормональні, фізичні та хімічні (гіперінсоляція, радіація, вібрація, гіподинамія), при цьому їх розмежування досить умовне. За даними ряду дослідників [71, 195], сприяючими проблемами вважаються спадково-конституціональні фактори (нестабільність вищих відділів вегетативної нервової системи (ВНС) та схильність до посиленого реагування судинної системи на різноманітні впливи), індивідуальні риси особистості дитини, анатомо-фізіологічні особливості пубертатного періоду (незавершеність формування морфологічних структур центральної нервової системи (ЦНС), підвищення активності гіпоталамічних структур, переважання процесів збудження, зниження адаптаційних можливостей), гіпоксія плоду, внутрішньоутробна інфекція, плацентарна недостатність, швидкі/стрімкі пологи [33, 202].

Деякі дослідники мають іншу концепцію і враховують й інші можливі чинники виникнення захворювання – генетична схильність, нейроендокринні й нейроанатомічні зміни, соціальні стресори і т. п., та вважають, що характер і вираженість психопатологічних розладів визначається структурою особи, її цінностями і мотивами (модель евапорації стресу) [61, 95].

Певний рівень тривожності є природною і обов'язковою особливістю активної, діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання [105]. Тривожність залежно від рівня показника може справляти як позитивний, так і негативний вплив на діяльність та успішність [227].

Встановлено, що прояви вегетативних розладів у 33,3 % випадків прогресують та в зрілому віці трансформують в різні психосоматичні захворювання [90, 137, 200].

Відомо, що під впливом тригерних факторів виникають зміни функціонування ВНС та пошкодження сегментарних і надсегментарних центрів на органному, тканинному, клітинному і мембранному рівнях. Це

призводить до вегетативних порушень різних структур ВНС, що в свою чергу викликає зрушення обміну речовин, гомеостазу, гемо- та імунорезистентності; порушення іннервації внутрішніх органів і судин; регуляції медіаторних систем – зміни в обміні серотоніну, мелатоніну, стану симпатико-адреналової системи й опіоїдних пептидів [5, 191]. Крім того, має місце підвищена чутливість хеморецепторної зони стовбура мозку до різких змін рН [137].

Л.Ю. Хлуновська (2015) зазначає, що у підлітків 12-18 років, переважно у дівчат, у зв'язку зі статевим дозріванням, ендокринними перебудовами через активацію вегетативних функціональних систем відбуваються зміни з боку серцево-судинної системи: брадикардія, гіпотензія, аритмії [169].

В патогенезі невротичних, серцево-судинних, ендокринних і багатьох інших порушень особливу роль відіграє стрес [230]. На думку Г. Сельє, стрес може спровокувати початок практично будь-якого захворювання. В основі розвитку захворювання при тривалому стресі лежить вплив гормонів, які беруть участь у формуванні стрес-реакції і викликають порушення в обміні ліпідів, вуглеводів, електролітів [95, 191, 199]. Короткочасна і гостра дія стресу призводить до підвищення адаптивних можливостей. Якщо підготовлена реакція «битва-втеча» не відбувається, то це проявляється негативним ефектом. Емоційний стрес спонукає до генералізованого поширення збуджень в симпатичних та парасимпатичних системах і викликає зміни в кардіоваскулярній, респіраторній, травній системах та ін. [168]. Як наслідок, формується патологічний вегетативний синдром, що призводить до пролонгації взаємодії між мотиваційно-емоційною системою та неадекватним вегетативним супроводом [215].

Однією з ланок патогенезу вегетативних розладів при емоційному стресі вважають накопичення в тканинах вільних радикалів, що активують перекисне окиснення ліпідів мембран (ПОЛ), особливо нейронів головного мозку [181]. Названі процеси ініціюють зміни чутливості нейронів структур мигдалеподібного лімбіко-ретикулярного комплексу до нейромедіаторів та

олігопептидів [31]. Останнє призводить до формування «застійного» емоційного збудження в ЦНС, що викликає стійкі порушення механізмів саморегуляції АТ, підвищення проникливості сполучнотканинних мембран у різних органах та оновлення слизових шлунково-кишкового тракту [245].

В період стресу, внаслідок активації ВНС та ендокринних органів, завдяки взаємодії кори, лімбічної системи, ретикулярної формації та гіпоталамуса, інтегруються зовнішні вимоги середовища та внутрішній стан індивіду. Соматичні чи поведінкові зміни будуть результатом взаємодії цих мозкових структур [30]. Таким чином стрес може слугувати патогенетичною основою розвитку невротичних розладів так і серцево-судинних, ендокринних та інших захворювань [95, 168].

Відомо, що надсегментарні структури ВНС виконують інтегративні функції, забезпечуючи взаємодію всіх систем та пристосування організму до різних видів діяльності [234]. Враховуючи це, універсальним нейрофізіологічним механізмом в патогенезі вегетативних розладів є порушення ієрархічного підпорядкування інтегративних церебральних систем, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу, що супроводжується зміною нейрогуморально-метаболическої регуляції на тканинному, клітинному та ультраструктурному рівнях [144, 199].

Досліджено провідні ланки патогенезу вегетативних розладів, які викликають зміни активності холін- та адренергічної систем, синтезу біогенних амінів (дофаміну, норадреналіну, адреналіну, серотоніну, ацетилхоліну, ГАМК) та зміни ендокринної регуляції [138, 188, 220].

Тривалий час проблема психосоматичних хвороб досліджувалася, в основному, послідовниками З. Фрейда, які пропонували психогенетичне трактування цих станів, ґрунтуючись на психоаналітичній концепції. Останнім часом, поняття «психосоматичні розлади» слід використовувати для тих функціональних розладів систем організму, в походженні яких провідну роль відіграє дія психотравмуючих чинників (накопичення негативних емоцій) [92]. Ці розлади, як відмічає Д.Н Ісаєв. [94], є хворобами

адаптації (цивілізації). Їх ще називають стрес-залежними, що підкреслює важливу роль у походженні психосоціальних впливів [3, 65]. Таким чином, про психосоматичне захворювання можна говорити тоді, коли виявляється чіткий зв'язок: схильність – особистість – ситуація. Цей зв'язок може бути лише поштовхом до виникнення невротичних або психосоматичних захворювань, які надалі розвиваються за власними законами [3, 242].

Розвиток психосоматичних розладів провокується багатьма чинниками: 1) неспецифічною спадковою і природженою обтяженістю соматичних порушень; 2) схильністю до психосоматичних розладів; 3) змінами ЦНС, що призводять до нейродинамічних зрушень; 4) особистісними особливостями; 5) психічним та фізичним статусом під час психотравмуючих подій; 6) несприятливим фоном сімейних і інших соціальних чинників; 7) особливістю психотравмуючої події. Перераховані чинники роблять людину вразливою до емоційних стресів, знижують психологічний і біологічний захист, погіршують перебіг соматичних хвороб [206, 235].

Задовго до появи явних ознак психосоматичних розладів у підлітків виявляються емоційна напруга чи стани тривожності, що сприймається як душевний дискомфорт. Поряд з ними спостерігаються невротичні (інсомнії, тіки, патологічні звички, нав'язливі думки), вегетативні (запаморочення, головні болі, серцебиття, задишка, гіперемія обличчя при хвилюванні) та соматичні ознаки (підвищена спрага, булемія, субфебрилітет нез'ясованого генезу, нудота після прийому їжі, епізодичний зуд) [10, 199, 201].

В клініці психосоматичних психопатологічних розладів діагностичне значення мають наступні синдроми: соматизований істероконверсивний, соматизований тривожно-фобічний, соматизований депресивний, моторних і сенсорних еквівалентів тривоги та соматоформні: вегетативної дисфункції та сенестезії [177, 223]. О.С. Чабан [250] виділяє провідні синдроми: тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний.

У цілому, поліетіологічність психосоматичних розладів у поєднанні їх нерівнозначної важливості на певному етапі та в різних умовах розвитку

організму залишають місце для дискусії та подальшого вивчення аспектів етіопатогенезу.

1.3. Передумови та прояви психічної дезадаптації у осіб з психосоматичними розладами

Наукові здобутки в різних галузях медицини дають підставу для перегляду деяких положень психосоматології, а також її взаємозв'язку з соматопсихіатрією [221]. Загальноприйнята нині біопсихосоціальна модель хвороби, започаткована ще В.Н. Бехтеревим, припускає участь психологічних і психосоціальних чинників дуже багатьох форм соматичної патології на ранніх етапах її розвитку [207]. Прикладом складних взаємозв'язків соматичного і психічного є розвиток депресії при серцево-судинній патології [17]. У 17-27 % пацієнтів з ішемічною хворобою серця, що проходять процедуру коронарної ангіографії, виявляють депресії, а у хворих в постінфарктному періоді депресії діагностують у 16-45 % випадків [50, 118]. Коморбідність депресії і гіпертонічної хвороби складає близько 30 % [20, 118]. Це ще один доказ спорідненості патогенетичних механізмів розвитку депресивних і серцево-судинних розладів, які обумовлені стресом, як незмінно провокуючим чинником [6, 12]. Так, важливим аспектом взаємозв'язку загальної медицини і психіатрії, якому до останнього часу приділялося мало уваги, є висока частота різних форм соматичної патології у психічно хворих. Ця проблема вимагає дослідницької і організаційної взаємодії психіатрів і різних фахівців загально медичних дисциплін [221].

Психосоматичні розлади – це функціонально-синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних механізмів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявності іншої психічної симптоматики [263]. Останнім часом найбільш актуальними є проблеми стресу в розвитку як психічної, так і психосоматичної патології [5, 169].

Виходячи з твердження, що розвиток синдрому адаптації відбувається під контролем ВНС, а маркерами адаптаційних можливостей організму є показники вегетативного гомеостазу, найбільш обґрунтованим механізмом розвитку вегетативних розладів є теорія «фазотонного нейродинамічного вегетативного регулювання», складовими частинами якого є парасимпатичний та симпатичний відділи ВНС [218]. На думку автора нейровегетативний статус забезпечується єдністю функціонування обох відділів ВНС. При цьому, активація генетичного апарату, стимуляція синтезу РНК та протеїнів, активація мітозу і процесів анаболізму, трофотропні ефекти, зниження інтенсивності імунної відповіді, забезпечується парасимпатичним відділом. а симпатичний відділ пригнічує синтез білків та вуглеводів, викликає ерготропний ефект, активує процеси катаболізму та імунну відповідь. Моторні та вегетативні розлади, як результат порушення балансу, можуть ініціювати розвиток хвороб дезадаптації [36, 220].

Доведено, що основними критеріями дезадаптованості є: нервово-психічне напруження, стан підвищеної тривоги і фрустрації, негативне ставлення до себе [3, 44, 92]. Емоційна дезадаптація може виявлятися у вигляді нестабільності психічних процесів [42, 43], що на рівні поведінки розкриває себе в емоційній нестійкості, легкості переходу від підвищеної активності до пасивності і навпаки, від повної бездіяльності до неупорядкованої гіперактивності [92]. Дезадаптація виникає, як в особистісній, так і в соціальній сфері [204]. Пусковим механізмом у виникненні соціально-психологічної дезадаптації, як правило, є різка зміна умов життя, наявність стійкої психотравмуючої ситуації [44, 92, 204]. За умови надмірної тривалості дії стресора, посилення його інтенсивності або набуття несприятливої модальності розвивається дистрес. Він може спричинити насамперед когнітивний або емоційний вплив на психічну сферу людини. Перевищення адаптаційних можливостей ЦНС призводить до надлишкового накопичення глутамату, перезбудження NMDA-рецепторів нейронів [8, 125], формує феномен глутаматної «ексайтотоксичності».

Останній полягає у зв'язуванні глутамату з рецепторами NMDA – основними збуджуючими нейрорецепторами, які регулюють електричну активність нейронів. Кожна субодиниця несе по два сайти зв'язування гліцину і глутамату. Ці рецептори локалізуються також на поверхні епітелію мікросудин, регулюючи їх тонус, формують гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) [180]. Нормальне функціонування NMDA-рецепторів пов'язане з такими функціями мозку, як пам'ять, успішність у навчанні, поведінкові та інші реакції [198]. При цьому відбувається «шокове» відкриття кальцієвих каналів, що викликає масивне входження всередину нейронів іонів кальцію, та зумовлює Ca^{2+} -індуковану ексайтотоксичність. Нейрони через моновалентні іонні канали і осмотичним шляхом вбирають воду, розвивається цитотоксичний набряк тканини мозку, порушуються механізми синаптичної передачі [198]. У цих умовах нейротоксичність NMDA-рецепторів може призводити до клітинної смерті – некрозу або апоптозу [182, 180, 198], а в подальшому – психосоматичних захворювань, які частіше розвиваються у акцентуєваних, інфантильних та психопатичних особистостей [24, 29, 214].

Відомо, що хвороба розвивається поступово через стадії донозологічних станів і є результатом зниження адаптаційних можливостей організму [192], які Г.Сельє ототожнював із життєздатністю. Загально-адаптивні реакції є відображенням резистентності та реактивності організму людини. Саме їх станом можна пояснити індивідуальну варіабельність патогенезу та клінічних проявів, хронічний прогресивний перебіг соматичних та інфекційних хвороб [179]. Періодичність розвитку адаптивних реакцій дає змогу організму гнучко пристосовуватися навіть до найменших змін зовнішнього середовища та розширює межі впливів, за яких зберігається життєдіяльність. Особливості адаптаційних реакцій дають можливість визначити несприятливі фактори зовнішнього та виробничого середовищ, які призводять до порушення процесів адаптації та формування хронічної соматичної патології. Суть адаптації полягає в тому, що у відповідь на різні

за рівнем дії подразники в організмі виникають пристосувальні реакції, які склалися еволюційно і не є видоспецифічними [40, 77, 151].

Адаптаційні реакції забезпечуються нервовими центрами, регулюючими системами (імунна, ендокринна, гемостаз) та виконавчими органами (легені, серце, судини, печінка, нирки) [193]. Згідно з нейрогуморальною теорією розвитку психосоматичної патології більшість психосоматозів – це адаптаційні реакції, як відповідь організму на дію факторів довкілля та внутрішнього середовища на перевантаження, підвищені вимоги, порушення гомеостазу, які є проявами загального неспецифічного синдрому адаптації до стресу [108, 120].

Емоційні стани стають чинниками патогенезу соматичних захворювань при наявності змінених структур в органах-мішенях, адаптивні можливості яких різко понижені, або за умови надзвичайної сили і тривалості емоційного стресу, що періодично повторюється [116]. Відомо, що сильний стрес-фактор стимулює специфічні і неспецифічні адаптаційні реакції, обумовлені діяльністю симпатoadреналової (САС) і гіпофізарно-надниркової систем [55, 199]. Остання відіграє важливу роль в загальній адаптативній реакції організму, у тому числі в забезпеченні стійкості до стресів, підтримці іонного гомеостазу і регуляції імунної системи. Активація САС регулює швидкість обміну речовин, спрямовану на мобілізацію енергії, а також обумовлює пристосувальні реакції організму, особливо в екстремальних умовах порушення гомеостазу [233]. Часті й значні по силі активуючі дії здійснюють перетворення регуляторних фізіологічних реакцій САС на патогенетичний механізм розвитку так званих хвороб адаптації, що проявляються серцево-судинною, нервово-психічною, ендокринною й іншою патологією [58].

Відомо, що у формуванні психологічних адаптаційних розладів важливу роль відіграє особистісний фактор, який визначає відповідь індивідуума на стресові впливи [37, 68]. Особистісні особливості можуть сприяти або перешкоджати психологічній адаптації при хворобі [142]. Можливості хворого справлятися із психологічними проблемами, які

практично неминучі при соматичній патології, залежать від багатьох медичних, психологічних і соціальних факторів, ресурсних можливостей індивіда [147].

В.Я. Семке (2008) пропонує модель психосоматичних співвідношень з трьома рівнями адаптації: біологічний, конституційно-типологічний і психологічний [222]. На кожному із цих рівнів визначаються як патогенетичні фактори, так і саногенетичні. Згідно з публікаціями, соматогенним факторам на біологічному рівні протистоять соматичні ресурси адаптації. Конституційно-типологічні фактори передбачають наявність внутрішніх ресурсів адаптації особистості, її потенційну здатність боротися із ситуацією захворювання. Психосоціогенні фактори (умови зміненого соціального оточення, пов'язані із захворюванням) перебувають у діалектичній взаємодії з зовнішніми ресурсами адаптації, пов'язаними, у першу чергу, із мікросоціальним оточенням [146, 147].

Психічна адаптація відображає індивідуально-особистісний рівень психічної регуляції [54], що включає системну діяльність багатьох психологічних підсистем, активну особистісну функцію, яка забезпечує погодження актуальних потреб індивіда з потребами оточення та динамічними змінами умов життя [11]. В процесі екстремальної реакції відбуваються одночасно стресова, адаптивна, гомеостатична реакції. Переважання адаптивних реакцій проявляється специфічним функціонуванням органів і окремих систем, що забезпечують позитивний результат таких функціональних змін. При переважанні стресових реакцій зміни біохімічних або фізіологічних показників, функціонального стану мозку і внутрішніх органів спрямовані на підтримку гомеостазу або перехід на більш високий рівень регуляції. При переважанні гомеостатичної реакції функціонування відбувається на рівні близькому до норми. У разі функціональних порушень зміни в діяльності систем не пов'язані з адаптацією організму. Біологічне значення стрес-реакції полягає в мобілізації тих структур функціональної системи, які забезпечують формування

ефекторної відповіді з метою програвання оптимального варіанту інтегральної реакції на основі ймовірного прогнозування [92, 94].

Висока реактивна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами або з наявністю психосоматичного захворювання, що може бути викликано особливостями професійної діяльності, де має місце «емоційне вигоряння». Низька особистісна тривожність вимагає підвищення відчуття відповідальності й уваги до мотивів діяльності. Іноді дуже низька тривожність є результатом витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі» [258].

Підсумовуючи вище сказане, можна запропонувати таку схему патогенезу психосоматичних розладів: психогенні стресори – тривога – емоційна напруга – порушення вегетативно-гуморального регулювання – психосоматичний розлад [104]. Як основний патогенетичний механізм розвитку цих розладів розглядається послаблення дії кори на вищі нейроендокринні центри [153]. Такий підхід дозволяє виділити основні групи психосоматичних розладів, що відображають певне співвідношення соматичної та психічної патології: психосоматичні захворювання в традиційному змісті; іпохондричні розлади; нозогенії; соматогенії; органі неврози [104].

Виявлення психічних порушень (наприклад, депресивного стану) у підлітка є першим кроком на шляху до профілактики шкільної дезадаптації. Послідовність профілактичної роботи складається з декількох етапів: визначення клінічних особливостей, типологічної й нозологічної приналежності патологічного стану; вироблення тактики виховання психічно хворої дитини або підлітка; соціально-педагогічної корекції; динамічного спостереження й контролю; лікування; введення необхідних соціально-реабілітаційних заходів [19, 133].

Таким чином, механізми соціальної дезадаптації, в основі якої лежать депресивні розлади, надзвичайно різноманітні й обумовлені всім спектром

соціальних, психічних і соматичних факторів, що перебувають у тісному взаємозв'язку [92, 133, 204].

Найважливішою причиною дезадаптації у підлітків є особливості характеру. Підлітковий вік не випадково називають “перехідним”, адже саме в ці роки відбувається перехід від дитинства до дорослості, що супроводжується значними зрушеннями у всіх видах життєдіяльності дитини. Утім, такий перехід не завжди усвідомлюється самим підлітком і по-різному виявляється в реальному житті. Відомо, що будь-яке емоційне збудження обов'язково містить неспецифічний (вегетативна реакція) і специфічний (інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і ситуації, що склалася в цілому) компоненти [240]. Глибина усвідомлення стресових подій, а також особистісні особливості визначають, стане подія стресовою для конкретної особистості, чи ні. Несприятливі соціальні фактори впливають на ймовірність розвитку патології. Внаслідок тісного зв'язку дитини з батьками, практично всі негативні важливі зміни в їхньому житті підвищують ризик виникнення захворювань.

Встановлено добре виражену кореляцію між особливостями загострень характеру у підлітків і відхиленнями поведінки, що свідчить про процеси дезадаптації [39]. При цьому, автором звертається увага на окремі об'єктивні фактори (сім'я, школа, соціальне середовище), тоді як суб'єктивні (особистісні властивості, характер, психічне і фізичне здоров'я, вікові особливості) чинники цього явища залишаються недостатньо дослідженими і неповно висвітленими в джерелах наукової інформації.

Деякі автори розглядають дезадаптованість як специфічну, інтегральну властивість індивідуальності людини, що проявляється в емоційній нестабільності, тривожності, психогенних реакціях, низькій мотивації досягнення та у видимій акцентуації рис характеру [205]. Отже, особливостями дезадаптивності особистості підлітка є когнітивний дисонанс, дифузія ідентичності, емоційні порушення: тривожність, депресивність, емоційні спалахи, самоприниження, фрустрованість [60]. Психосоматичні

розлади у дитини часто є проявом «неблагополучної родини» і сімейної дезорганізації [92, 94]. Усі порушення відносин у сім'ї, які перешкоджають розвитку індивідуальності дитини і не дозволяють їй відкрито виявляти свої емоції, роблять її вразливою до емоційних стресів.

Чутливість до стресових факторів у дітей різна і залежить від їх психологічної значущості. При цьому діти різного віку неоднаково ставляться до таких змін в житті, як відрив від сім'ї, неприйняття дитячим колективом, конфлікт із вихователем тощо [240]. Підлітки бояться стати безпорадними або не «такими, як всі», звинувачують у всьому батьків або лікарів, страждають психогенними емоційними розладами, які спостерігаються частіше, ніж у дорослих, і мають більш виражений соматизований характер, обумовлений недосконалою центральною нервовою регуляцією вегетативних функцій [208, 209].

Групою ризику розвитку психосоціальної дезадаптації під впливом стресорів є підлітковий вік внаслідок своєї уразливості. Сукупність окремих преневротичних, функціональних, вегетодистонічних і соматичних проявів у підлітків може бути пов'язана з дією психогенних факторів [111, 112, 113]. На думку Р. Гудман і співав. [82] у дітей з психосоматичними розладами такі ознаки як сумлінність, чутливість, невпевненість і тривожність найкраще вважати особистісними рисами, а не розладами. Таким чином, індивідуальні особливості психіки передумовою психосоматичних розладів.

Теоретичними засадами вивчення тенденцій дезадаптації у підлітків є числені якісні зрушення у фізіологічному, психічному, соціальному аспектах розвитку дитини в цей період, які зумовлюють його характеристику як «критичного», «кризового» [189].

Достовірно частіше психосоматичні розлади, які проявляються загостренням соматичної патології, діагностуються у віковій групі 15-16 років, а саме цей віковий період характеризується як критичний, кризовий вік статевого дозрівання, період становлення особистості [259]. У підлітків формуються соціальні установки, відношення до себе, до людей, до

суспільства, стабілізуються основні риси характеру і форми особистої поведінки [238]. Виховний вплив батьків і близьких є одним з вирішальних чинників у формуванні певного стереотипу поведінкових реакцій і характерних особливостей [82]. Саме цим можна пояснити найвищу частоту соматичних скарг у підлітків з неповної сім'ї. Безумовно, особливості перебігу підліткового віку залежать від конкретних соціальних обставин, її соціальної позиції у світі значимих для неї дорослих. Порушення емоційно-вегетативної сфери внаслідок психоемоційного стресу визнаються основними тригерами у формуванні психосоматичних розладів [226].

Отже, діагностика психосоматичних розладів неповнолітніх залишається однією з найбільш актуальних та не вивчених проблем як вітчизняної, так і міжнародної підліткової психіатрії.

1.4. Сучасні аспекти поєднання різних підходів у лікуванні психосоматичних розладів

В Україні відмічається тенденція до зростання кількості психосоматичних захворювань [67]. Вагомою причиною діагностичних помилок, що в свою чергу, ускладнює процес лікування є складність та варіабельність клінічних ознак психосоматичних розладів [67, 221]. Однією з найважливіших проблем сучасної медицини стає рання діагностика і адекватна терапія психосоматичних порушень, яка набуває все більш важливого значення в практичній медицині.

У вітчизняній школі психіатрії з її класичною нозологічною направленістю, велике значення приділяється причинам виникнення, перебігу та прогнозу психопатологічної симптоматики [119]. Натомість, у практичному досвіді роботи актуальною проблемою є надання допомоги пацієнтам з психосоматичними розладами. Лікування психосоматичних розладів є складним і невирішеним завданням через відсутність ефективних методів, що дозволяють досягти одужання і тривалого періоду клініко-

лабораторної стабілізації, що підтверджується значною поширеністю вегетативних розладів у популяції підлітків – понад 20 % [66, 137].

Більшість дослідників наголошують на тому, що корекція психосоматичних розладів має ґрунтуватися на трьох головних принципах: етіологічному, патогенетичному і симптоматичному [66]. У психіатрії, крім психосоматичних розладів, виділяють і психопатологічні, що супроводжуються вираженими соматичними порушеннями, які потребують психофармакологічного та психотерапевтичного втручання. Тому акцент на соматичному лікуванні при таких станах виявляється неефективним, на відміну від психосоматичних розладів, при яких терапія власне соматичного захворювання повинна носити першочергове або рівноправне значення з психотерапевтичним, психіатричним втручанням. [87].

Психосоматичні порушення у підлітків співвідносять з певними нозологічними категоріями МКБ-10 та виділяють такі рівні:

- Перший рівень – соматизація афективного переживання – представленні розмитими дифузними соматичними симптомами, які не можуть бути пояснені ніякими фізичними причинами (F32 - депресивний епізод; F43.2 - розлад пристосувальних реакцій; F45 - соматоформні розлади); F45.30 - Соматоформна дисфункція ВНС серця і серцево-судинної системи містить у собі невроз серця; синдром Да Коста.

F45.31 – Соматоформна дисфункція ВНС верхньої частини шлунково-кишкового тракту вбирає в себе: невроз шлунка; психогенну аерофагію; гикавку; диспепсію; пілороспазм тощо.

F45.32 – Соматоформна дисфункція ВНС нижньої частини шлунково-кишкового тракту поєднує: психогенний метеоризм; синдром роздратованого кишечника; синдром газової діареї.

F45.33 – Соматоформна дисфункція ВНС органів дихання включає, в тому числі, психогенні форми кашлю і задишки.

F45.34 – Соматоформна дисфункція ВНС сечостатевих органів вміщає психогенне підвищення частоти сечовипускання, психогенну дизурію.

F45.38 – Соматоформна дисфункція в ВНС інших органів, в тому числі порушення терморегуляції [244].

Окремо виділену категорію «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД), яку розглядають як один із варіантів ВСД (F45.30), не існує в міжнародній медицині. «Вегето-судинна дистонія – не діагноз, а синдром, що використовують при комплексі різноманітних симптомів, на які скаржиться пацієнт», – як заявила в.о. міністра охорони здоров'я України У. Супрун (2018).

- Другий рівень – психосоматичне функціональне порушення – включає в себе соматичні синдроми, що не мають реальної органічної патології органів і систем (F50.0 - нервова анорексія; F50.2 - нервова булімія; F44 - дисоціативні (конверсійні) розлади; F98.0 - енурез неорганічної природи; F98.1 - енкопрез неорганічної природи).

- Третій рівень – органічні психосоматози – соматична патологія з певними обмінно-трофічними порушеннями, практично не піддається компенсації (бронхіальна астма, виразкова хвороба, гастрит, дуоденіт, екзема, дерматит, псоріаз, кропив'янка, ревматоїдний артрит і т.д.) [131].

Таким чином, поліетіологічність факторів, що призводять до розвитку вегетативних розладів надсегментарного характеру, свідчить про необхідність подальших досліджень з огляду на неухильне зростання ВД у дитячій популяції. При цьому роль негативних змін мікроелементного забезпечення вивчена недостатньо, що потребує доопрацювання та уточнення. Отже, перспективним є діагностичний пошук у напрямку аналізу біоелементного забезпечення організму при функціональній патології унаслідок дисбалансу автономної регуляції діяльності органів та систем, зокрема при вегетативній дисфункції у дитячому віці.

Для вибору варіанта терапевтичної дії в лікуванні психосоматичних розладів необхідно оцінити наступні фактори:

- вираженість та тривалість розладу;
- вираженість дезадаптації в зв'язку з розладом,

- результати попереднього лікування;
- соціокультурні особливості хворого;
- можливість підтримки з боку близьких.

Терапія психосоматичних розладів передбачає як лікування основного захворювання, так і вплив на механізми психоемоційної регуляції. Основою терапії різних проявів психосоматичних розладів є визначення і усунення факторів, що спричиняють та ускладнюють перебіг основного, так і супутніх захворювань, організація раціонального загального, харчового та рухового режимів, санація хронічних вогнищ інфекції, максимальне зменшення дії емоційно-стресових ситуацій [28, 220, 221].

Більшість дослідників погоджуються з тим, що стандартний фармакотерапевтичний підхід до лікуванні психосоматичних розладів обумовлює вплив на кінцеві ланки патогенетичного ланцюга і дозволяє лише протягом незначного часу стабілізувати стан пацієнта [4, 137, 220], тому надають перевагу лікування в поєднанні із психотерапевтичними заходами [28, 66, 194, 220].

Однією з ефективних є модель надання допомоги пацієнтам з психосоматичними розладами, що ґрунтується на патогенетичному психотерапевтичному лікуванні та включає такі етапи: 1) створення адекватного уявлення про психотравму; 2) оволодіння своїми почуттями та реакціями, подолання афекту; 3) створення поведінкових моделей, які дозволяють подолати наслідки психотравми [221].

У цілому при стаціонарному лікуванні психосоматичних розладів застосовують такі варіанти психотерапевтичного впливу: раціональну психотерапію, сімейну психотерапію, релаксаційну гімнастику, музикотерапію у вигляді функціональної музики, експресивний малюнок, психоаналіз, гіпносугестивну психотерапію, індивідуальний і груповий психотренінг, групову психотерапію [137, 220].

Враховуючи вище наведене, рекомендовано застосувати немедикаментозні методи лікування. До немедикаментозних заходів

відносять: раціональний режим дня, дозовані фізичні навантаження, харчовий режим, лікувальний масаж, рефлексотерапію, фізіотерапію з урахуванням типу дисбалансу вегетативної регуляції (гальванізацію, діатермію синокаротидної зони, електрофорез за Вермелем чи комірцевої зони, загальне ультрафіолетове опромінення, ендоназальний електрофорез, електросон), бальнеотерапію (загальні хвойні та радонові ванни, душ Шарко, циркулярний душ, пінисті ванни) [137, 156, 159, 215, 220].

Ряд авторів, вивчаючи питання впливу комплексу немедикаментозних заходів у лікуванні і реабілітації дітей з різними типами і тяжкістю перебігу ВСД, довели ефективність комплексної корекції психоемоційного і вегетативного статусу через одночасно діюче гармонійне поєднання мовного, музичного та фітоароматичного впливу [59, 137, 220].

Незважаючи на пріоритетність психотерапевтичної корекції, виразність сомато-вегетативних компонентів не дає можливості обійтися без медикаментозного втручання. Фармакотерапія психосоматичних розладів є однією з найбільш швидко розвиваючою галузю клінічної медицини. Основними її напрямками є розробка нових препаратів і уточнення показань до застосування вже існуючих. Медикаментозна терапія психосоматичних розладів спрямована на пом'якшення або усунення патологічних моделей поведінки, мислення або настрою [127].

При призначенні фармакотерапії варто застосовувати меншу кількість індивідуально підібраних препаратів на фоні немедикаментозних заходів та корекції способу життя [66, 137, 220].

На досягнення оптимальних результатів при проведенні психофармакотерапії впливають такі фактори:

1. Точність діагностики.
2. Вибір препарату (з урахуванням діагнозу, реакції на препарат в минулому, загальний соматичний статус хворого, характер побічних ефектів, безпеки).

3. Доза (дотримання терапевтичного рівня, без розвитку клінічно значущих побічних ефектів) та тривалість лікування (для більшості психотропних препаратів мінімальним терміном необхідним для визначення їх ефективності є 2-3 тижні).

4. Контакт з хворим. Для хворих з психосоматичними розладами особливо важливим є психотерапевтичний контакт, так як він забезпечує максимально виражений плацебо ефект лікарської терапії, і її оптимізація, яка включає не тільки позитивний ефект, але і безпеку (зменшення побічних ефектів) терапії [122, 127].

Все це обумовлює вибір препаратів відповідних фармакологічних груп. Так, селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) рекомендовані при тривожно-фобічних розладах, obsесивно-компульсивній симптоматиці [86, 122]. У дітей та підлітків застосовують анксиолітики (алпразолам, афобазол, діазепам, феназепам та інш.), транквілізатори (нітразепам, зопіклон, золпідем) в поєднанні з антидепресантами коротким курсом при вираженому тривожному компоненті депресії [203].

Нормотиміки, зокрема ламотриджин, блокують натрієві, калієві і кальцієві канали; посилюють ефекти інгібіруючого нейротрансмітера ГАМК за рахунок посилення його синтезу, вивільнення, впливу на рецептори, пригнічення його метаболізму, інгібування його зворотного захоплення в нейрони; ослаблюють ефекти збудливого нейротрансмітера – глутамата за рахунок зменшення його вивільнення, здійснюють вплив на систему месенджерів, призначають у невеликих і середніх дозах [2, 14, 16, 86]. Замість ламотриджину можуть застосовуватися інші протисудомні препарати, зареєстровані як тимоізолептики (солі вальпроєвої кислоти, карбамазепін). При їхньому застосуванні слід враховувати ризик побічних ефектів з боку внутрішніх органів, небажаних при лікуванні підлітків з дисморфними (дисморфофобічними) розладами [57], [255].

Доведено ефективність застосування препарату *ноофен* у корекції когнітивних порушень у дітей з ВД. Препарат відноситься до групи

транквілоноотропів, які мають широкий спектр психофармакотерапевтичної активності, що включає не тільки пряму активуючу дію на когнітивні функції (навчання, пам'ять, розумова діяльність і т.п.), але й анксиолітичний, стимулюючий й інші ефекти [199].

Збільшення показників частоти депресій можна пояснити соціально-стресовими факторами, збільшенням тривалості життя, еволюційним та терапевтичним патоморфозом, змінами в організації психіатричної допомоги. Все частіше ми зустрічаємо депресивні розлади коморбідні з соматичною патологією, депресії, що позначаються як позаінституціональні (пацієнти лікуються не у психіатрів, а у лікарів загальної практики) [203]. Все це потребує використання в практичній діяльності лікарів безпечних антидепресантів з широким, збалансованим спектром дії.

Сучасний період досліджень психічних розладів характеризується використанням біопсихосоціального підходу, який бере до уваги існування складної багатофакторної природи захворювань. Перегляд уявлень про причинність припускає заміну гіпотетичних специфічних детермінант на комплексні низки подій і наслідків, які знаходяться в постійній взаємодії [196].

Нині широко поширена біопсихосоціальна модель як соматичних, так і нервово-психічних розладів [246]. У літературі все частіше зустрічаються результати досліджень, що підтверджують біопсихосоціальну природу психічних розладів. Відповідно до цього, сучасна наукова і практична робота у сфері психічного здоров'я проводиться, як правило, на основі біопсихосоціальної моделі. Біопсихосоціальна модель припускає участь психологічних і соціальних чинників у виникненні, перебігу, підтримці і результаті не лише соматичних і нервово-психічних розладів, але й усіх хвороб людини [264].

Біопсихосоціальна модель опирається на принципи системного підходу [10, 238]. Це означає, що здоров'я і хвороба розглядаються в контексті складної «ієрархії натуральних систем», де системи нижчих рівнів є

складовими частинами систем вищих рівнів. У біологічному контексті – це медикаменти, в психологічному – психотерапевтична, психологічна допомога, у соціальному – допомога сім'ї або окремому її члену, соціальні втручання [187]. В біопсихосоціальной моделі Engel G.L. (1980) окремі частини розглядаються в їх динамічній єдності постійної зміни і взаємного впливу як ієрархічна структура: біохімічно-молекулярний рівень, клітинний, особовий, соціальний і, нарешті, рівень біосфери [10].

Згідно з літературними даними [83], до базових принципів біопсихосоціальной реабілітації відносять:

1. Ранній (своєчасний) початок надання допомоги. Ряд дослідників звертає увагу на те, чим раніше по відношенню до захворювання починаються психосоціальні заходи (так само як і біологічна терапія), тим швидше можна розраховувати на сприятливіший прогноз.

2. Попередження загострень захворювання і госпіталізації.

3. Диференційованість і цілеспрямованість дій.

4. Вибір форми втручання для конкретного хворого відповідно до особливостей його психосоціальной дезадаптації.

5. Послідовність і етапність психосоціальних дій.

За даними О.В. Чернишова [255], розроблена комбінована психофармакотерапія, яка дозволяє значно знизити рівень психічних проявів та інтенсивність больового синдрому (згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 через півроку після терапії) з використанням індивідуальних і групових психотерапевтичних заходів як для підлітків, так й їхніх батьків (психоед'юкативні заходи, КПТ, ССТ та соціально-психологічний тренінг).

Психотерапія – система лікувального впливу психічними (психологічними) засобами на організм хворого, спрямована не тільки на усунення симптомів, що викликали психотравмуючі обставини, але й на відновлення порушеної системи відносин особистості, на усунення пов'язаної з ними симптоматики захворювання [111, 112, 113]. Психотерапія може бути: -когнітивно-біхевіоральна, короткотривала; -динамічна; -екзистенціальна.

Поряд з індивідуальною психотерапією рекомендують групові форми: психодраму, гештальт-терапію й інш. [86].

Використання гештальт-терапії при психосоматичних розладах значно покращує клінічний ефект, соматично емоційно-особистістну сферу, що підтверджується динамікою кількісних показників шкали Монгомері-Асберга (MADRS) [89].

Доведена можливість широкого застосування методики комплексної, структурованої, поетапної психотерапії для корекції психосоматичних розладів у підлітків в загальномедичній мережі в якості альтернативної кардіотропної і психотропної терапії форми втручання [110, 217].

В результаті терапії психосоматичних розладів з використанням методики сімейної психотерапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, психодинамічної психотерапії були розроблені концептуально-методичні принципи побудови програм індивідуальної комплексної поетапної структурованої психотерапевтичної корекції соматоформних розладів у підлітків з урахуванням особливостей їх психогенезу, ролі сім'ї в деформації об'єктних стосунків і підтримці патологічного симптомокомплексу в умовах амбулаторно-поліклінічної допомоги [56].

Тривалість амбулаторного, в тому числі підтримуючого, лікування – від 3 тижнів до 12 місяців. Тривалість стаціонарного – 30-40 днів з наступним амбулаторним лікуванням від 3 тижнів до 6 місяців [86].

Згідно даних С.Б. Соломко [224], принципи побудови системи психотерапії та психокорекції наступні: принцип системності проведених заходів; принцип етапності, перехід до іншого етапу тільки після завершення попереднього; принцип комплексності та варіабельності психотерапевтичних і психокорекційних впливів; принцип переважання короткострокових форм впливу; принцип використання тренінгових елементів; принцип використання аутопсихотерапевтичних елементів, що дозволяє проводити більш масштабні, довготривалі і об'ємі психотерапевтичні та психокорекційні впливи; принцип використання підтримуючої (супортивної) психотерапії;

принцип курсової терапії (використання сесій малої тривалості через визначені проміжки часу) [224].

Критерії вибору методів та методик психотерапії та психокорекції: конгруентність етіологічних і патогенетичних особливостей захворювання і психотерапевтичного саногенного феномена; відповідність клінічних проявів захворювання і особливостей клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів; близькість механізмів патогенеза нозологічної та синдромальної форми приналежності соматоформного розладу і кореляторів досягаємих клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів; взаємне потенціювання традиційного для даного захворювання терапевтичного фармакологічного фона і застосовуваного методу психотерапії; комплементарність та конгруентність застосовуваної психокорекційної методики по відношенню до основного методу психотерапії [224].

Велике значення має створення комфортної психологічної обстановки в сім'ї, щоб навчити підлітка адекватно реагувати на стресові ситуації, привити йому впевненість в собі [215].

Отже, головним завданням превентивної психіатрії є виявлення груп з високим ризиком формування психосоматичної патології з метою розробки принципів адекватної та своєчасної їх профілактики. Враховуючи технічний прогрес, швидке зростання інтенсивності праці та постійне збільшення потоку інформації, як патологічних факторів, які провокують зародження психосоматичних захворювань, допоки залишаються без відповіді питання про специфічність й індивідуальну мінливість в розвитку психосоматичних захворювань: чому в результаті впливу психологічних факторів у людини виникає саме цей психосоматичний синдром («специфічність»), і чому він виникає не у всіх людей, що піддаються такому впливу («Індивідуальна мінливість»)?

РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖУВАНИХ РЕСПОНДЕНТІВ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота виконана на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти (ПО) Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова: поліклінічного та відділення №16 обласної психо-неврологічної клінічної лікарні імені акад. О.І. Ющенка, педіатричних відділеннях №1 і №2, торакальному і пульмонологічному відділеннях Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, Хмельницької обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2013-2017 рр. Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Дисертаційна робота виконувалась за дизайном відкритого порівняльного рандомізованого клінічного дослідження, в якому передбачалось два етапи: скринінг (для вивчення розповсюдженості та клінічних особливостей психосоматичних розладів в підлітково-юнацькому віці) та порівняльне дослідження (з метою вивчення клінічних особливостей психосоматичних розладів та ефективності різних методів їх лікування).

2.1. Загальна клінічна характеристика обстежених

За дисертаційним дослідженням на етапі скринінгу було обстежено 329 підлітків-школярів загальноосвітніх шкіл №1, №2 та школи-інтернату м. Хмельницький, які проходили медичний огляд у Хмельницькій обласній дитячій клінічній лікарні, та проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 27 підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні з причини психосоматичної патології як супутнього діагнозу. На етапі порівняльного дослідження було обстежено 90 підлітків, які перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м. Вінниці та в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні імені акад. О.І.Ющенка.

Диференційно-діагностичне дослідження пацієнтів проводилося згідно з діагностичними критеріями психічних і поведінкових розладів у рамках МКХ-10 після виключення органічної патології внутрішніх органів. Встановлені наступні психосоматичні розлади, що відносяться до рубрик: F32 – депресивний епізод з 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 з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (7 дітей), F98 – інші поведінкові і 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 неуточнені, 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 [102].

Критеріями включення в дослідження були:

1. Ознайомлення підлітка із протоколом дослідження та підписання ним та обома батьками / опікунами форми поінформованої згоди.
2. Особи обох статей віком від 10 до 18 років.
3. Діагноз психосоматичного розладу згідно МКХ-10.

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, ознак та вивчення особливостей його перебігу.

Згідно із запропонованим комітетом експертів ВООЗ у 1977 р. підлітками вважаються особи віком від 10 до 20 років. Відповідно до термінології у практиці ВООЗ, діти та молодь поділяються на дітей – особи до 18-літнього віку, на підлітків – особи у віці 10-19 років (включаючи молодший, середній та старший підлітковий вік), молодь – особи у віці 15-24 років, та молодих людей – осіб у віці 10-24 років.

Вік обстежених на етапі скринінгу коливався від 10 до 18 років, середній вік становив $(14,0 \pm 2,0)$ років. Осіб чоловічої статі було 163 чол. (49,54 %), жіночої – 166 чол. (50,46 %). Середній вік хлопців складав $(14,0 \pm 2,0)$ років, дівчат – $(14,0 \pm 2,0)$ років.

Обстежені пацієнти були розподілені на три групи в залежності від віку. Так, школярів молодшого підліткового віку (10-14 років) було 181 осіб (55,02 %), середнього шкільного віку (15-16 років) – 94 (28,57 %) дітей, старшого підліткового або юнацького віку (17-18 років) – 54 (16,41 %) особи. Розподіл за віком представлений на рис. 2.1.

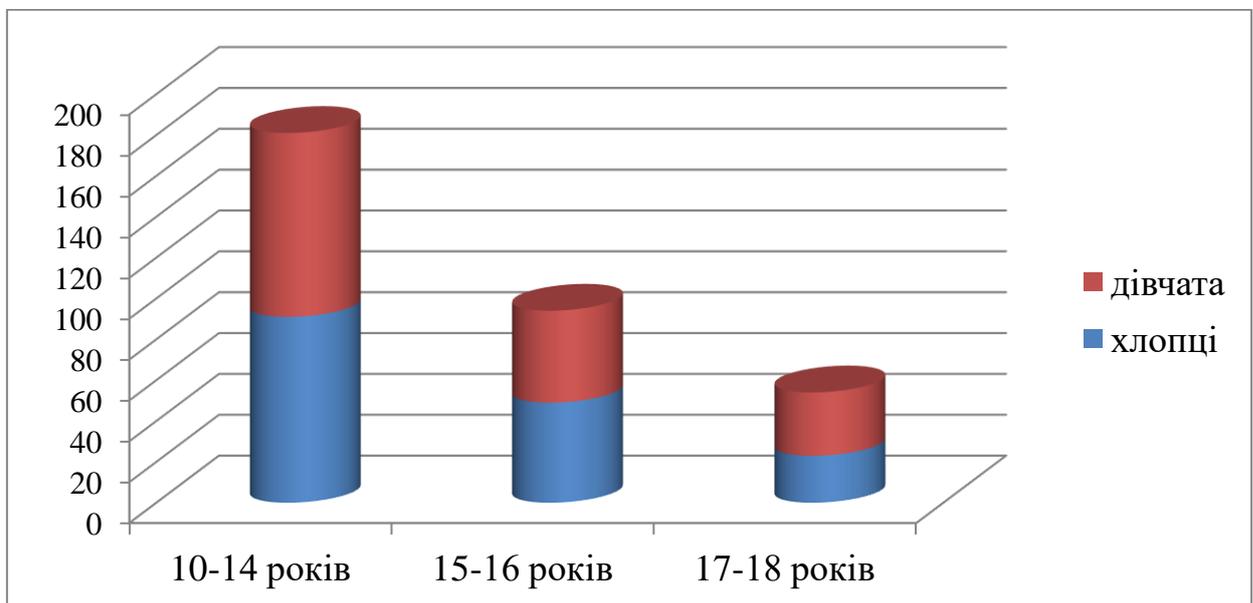


Рис. 2.1. Розподіл підлітків залежно від віку.

Обстежені респонденти були розподілені за соціальним походженням на три групи. Так, підлітків з повної сім'ї було 198 (60,18 %) осіб, з неповної

сім'ї – 56 чол. (17,02 %), сирит – 75 (22,80 %) школярів. Розподіл за соціальним походженням представлений на рис. 2.2.

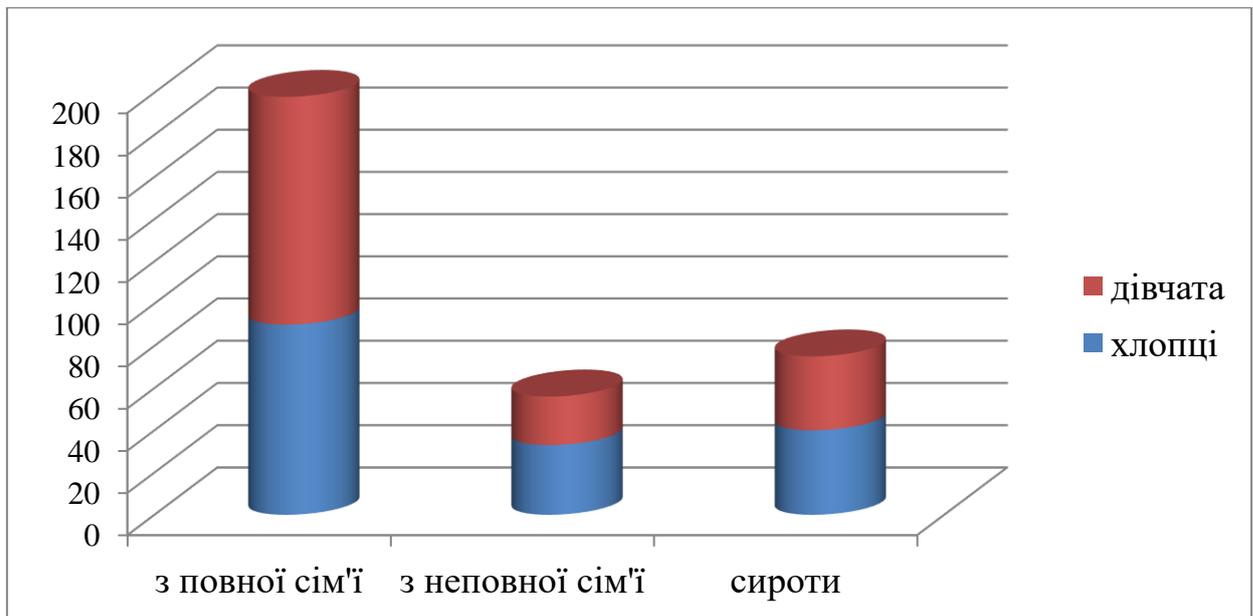


Рис. 2.2. Розподіл підлітків залежно від соціального походження.

Групи обстежених поділялися за наявності ураження системи і провідного синдрому та його вираженості, тактики і сприяючих факторів сімейної депривації. В процесі роботи було сформовано 2 групи: особи які висували скарги на зрушення стану здоров'я та які скарг не висловлювали. 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 підлітків, які не мали симптомів ураження внутрішніх органів.

Підлітків з діагностованими психосоматичними розладами (90 чол.), які потребували спеціалізованого лікування і приймали участь в нашому дослідженні, розподілили на 3 групи в залежності від обраної лікувальної тактики. Досліджувані отримували терапію з урахуванням протоколів, при цьому враховували основний діагноз, супутню патологію та індивідуальні особливості кожного пацієнта.

1-у групу склали підлітки (27 осіб віком $14,08 \pm 2,23$ років), які перебували на амбулаторному лікуванні в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні і з метою зменшення у них астенічних, тривожно-депресивних, а також тривожно-фобічних проявів отримували терапію антидепресантом сертраліном по 25 мг/добу особам 12-16 років та 50 мг/добу – старше 16 років. Тривалість амбулаторного лікування становила 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 ламотриджин 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 склала 18 днів, амбулаторного – 2 місяці.

Підліткам 3-ої групи (33 особи віком $14,00 \pm 0,11$ років), які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні, була призначена терапія ламотриджином і сертраліном в поєднанні з психотерапією. Тривалість стаціонарного лікування – 18 днів з наступним амбулаторним лікуванням до 2 місяців.

2.2. Матеріали та методи дослідження

Діагностика психічних розладів проводилася на основі клініко-психопатологічного, соціально-демографічного, катamnестичного методів дослідження та результатів всебічного психіатричного обстеження пацієнта.

Психопатологічне обстеження проводили за загальноприйнятим у медицині принципом, який передбачає поєднання головного клінічного методу (клінічне інтерв'ю) з низкою параклінічних. Психічне обстеження дітей проводили з метою ознайомлення з їх психічним станом і адаптивним поведінковим паттерном як при захворюванні, так і в нормальних умовах, з використанням біопсихосоціальної парадігми.

2.2.1. Психодіагностичні та патопсихологічні методи дослідження

Психодіагностика – наука, яка займається проблемами розробки і постановки психологічного діагнозу; використовуючи сукупність тестів, що дозволяють «інструментально» оцінити психіку людини. Патопсихологічні дослідження проводилися для виділення критеріїв норми і патології. Прояви та ступінь вираження психосоматичних порушень та психічної дезадаптації в залежності від індивідуальних психологічних особливостей базувались на наступних методиках [52, 252]: клінічне інтерв'ю, «Анкета оцінки стану здоров'я підлітка», яку заповнювали діти та батьки/опікуни; опитувальник Ковач розроблений Maria Kovacs (1992) і адаптований співробітниками лабораторії клінічної психології і психіатрії НДІ психології, дозволяє визначити кількісні показники спектру депресивних симптомів (додаток Д); шкала «Термометр» дає можливість оцінити самооцінку за наступними параметрами: висота самооцінки (фон настрою), стійкість самооцінки (емоційна стійкість), міра реалістичності і адекватності самооцінки (при її підвищенні), міра критичності, вимогливості до себе, міра задоволеності собою (по прямих і непрямих індикаторах), рівень оптимізму (по прямих і непрямих індикаторах), інтегрованість усвідомленого і неусвідомлюваного рівнів самооцінки, суперечність/несуперечність показників самооцінки, зрілість/незрілість відношення до цінностей, наявність і характер компенсаторних механізмів, характер і зміст проблем і їх компенсацій; карта спостережень Д. Стотта для визначення емоційної дезадаптації дітей шкільного віку (додаток Б); методика Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої (1988 р.) (STPI - State Trait Personal Inventory) для дослідження тривожності у старших підлітків і юнаків (додаток Е) та реактивної і особистісної тривожності за опитувальником Спілбергера-Ханіна, який призначений для виявлення стану тривоги і тривожності як властивості особистості (додаток Ж); оцінка шкільної тривожності Б.Філіпса – вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою (додаток В); методика

«Оцінка настрою» для визначення, який настрій переважає в момент обстеження – звичайний, ейфоричний або негативний (астенічний) (додаток А); тест-опитувальник батьківського ставлення Варги-Століна, що дозволив виявити рівень знань про виховання дитини, який заповнювали викладачі (додаток Г); особистісного опитувальника Г. Айзенка, для визначення темпераменту (додаток З).

2.2.2. Клініко-психопатологічний метод

Основним методом дослідження є клініко-психопатологічний метод, метою проведення якого була комплексна оцінка психічного статусу підлітка. В рамках комплексного клінічного дослідження підлітків проводилось клінічне інтерв'ю, яке включало аналіз скарг, збір анамнезу, проведення фізикального обстеження. Отриману інформацію заносили у спеціально розроблені анкети «Анкета оцінки стану здоров'я підлітка» з врахуванням наданих скарг, перенесених захворювань, супутніх вегетативних проявів.

Діагностику психічних та поведінкових розладів здійснювали відповідно клінічних критеріїв МКХ-10, за допомогою клінічного інтерв'ю оцінювали кількісну та якісну характеристику скарг, виявляли психопатологічну симптоматику, функціонування різних психічних сфер, вивчали фактори ризику психосоматичних розладів шляхом вивчення анамнестичних даних.

Соціально-демографічний метод використаний нами для аналізу чинників, що впливали на формування та подальший перебіг психосоматичних розладів у обстежених хворих. У процесі опитування і вивчення документів збирали потрібну інформацію про підлітків, у тому числі про її сім'ю, матеріально-побутові умови, стан здоров'я, спадкову обтяженість, кількість госпіталізацій та шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність і характер

міжособистісних стосунків. Соматичний стан обстежених осіб встановлювали шляхом вивчення амбулаторних карт школярів.

Катамнестичний метод застосовано для вивчення клінічної картини розвитку і перебігу терапевтичних і спонтанних ремісій.

2.2.3. Статистичні методи дослідження

Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті “STATISTICA 5.5” (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М. І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів [126].

Математична обробка результатів включала наступні методи:

1. Розрахунок первинних статистичних показників включає розрахунок середнього арифметичного (M), похибки середнього арифметичного значення (m), середнього квадратичного відхилення (σ).

2. Порівняння середніх арифметичних двох вибірок, що розподілені за законом нормального розподілу, оцінювали за t -критерієм Стьюдента (t). Якщо величина t дорівнювала 2,0 та більше, то можна стверджувати, що різниця показників не випадкова, залежить від деякої причини, ймовірність помилки не більше 5 % ($p < 0,05$). Оцінювали правильність розподілу ознак за кожним із отриманих варіаційних рядів, середні значення за кожною ознакою та стандартні відхилення. Для вибірок, розподілення яких не відповідало закону нормального розподілу, достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою U -критерія Мана-Уїтні, а між залежними кількісними величинами – за допомогою критерія Вілкоксона.

3. При малому числі спостережень ($n < 30$) оцінку вірогідності різниці між параметрами цих груп проводили на основі порівняння результату не з граничними значеннями критерію Стьюдента, а з його табличними значеннями для відповідного числа спостережень.

4. Встановлення взаємозв'язку між перемінними за допомогою кореляційного аналізу (кореляція Спірмена, Пірсона, Кендала).

Достовірність різниці значень між незалежними якісними величинами визначали за формулою Е. Weber:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2} \times \left(100 - \frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2}\right) \times \frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2}}}, \quad (2.1)$$

де P_1 і P_2 – відсотки появи даної ознаки;

N_1 і N_2 – кількість ознак в групах, що досліджувались.

Аналіз кореляційних зв'язків отриманих результатів проводили з використанням статистичного методу Спірмена.

2.2.4. Забезпечення вимог біоетики

Протокол обстеження школярів був затверджений на спільному засіданні адміністрації обласної психо-неврологічної клінічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко та співробітників кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО та комітету по біоетиці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 10 від 25.09. 2014 р.). Протокол складений відповідно до основних принципів Гельсінської декларації по біомедичним дослідженням (1974), адаптованої на 41-й Міжнародній асамблеї у Гонконзі (вересень, 1989 р.), в яких людина виступає їх об'єктом. У ньому дотримуються таких базисних принципів як повага особистості, інформованість пацієнта, оцінка ризику шкоди та користі. У цілому, цей протокол відображає етичні принципи у відношенні до людей, які виступають суб'єктами обстеження, викладені у Белмонтській доповіді (18.04.1979 р.).

2.3. Клініко-психопатологічна характеристика підлітків з психосоматичними розладами

Для постановки діагнозу психосоматичного розладу у підлітків використовували наступні діагностичні критерії:

Основні:

- наявність функціонального розладу, що супроводжується чи проявляється соматичним болем, який не пов'язаний з органічними змінами та підтверджений параклінічно;
- зв'язок функціональних розладів з емоційними факторами;
- функціональні розлади частіше всього не відносяться до специфічних ознак психічних захворювань і залишаються не діагностовані, чи мають другорядне значення;
- раптовість виникнення та редукція симптоматики психосоматичних розладів пов'язана з дією психо-емоційних факторів;
- ефективність терапії при використанні психотропних засобів;
- постійні надмірні думки щодо серйозності своїх симптомів;
- постійно високий рівень тривоги щодо симптомів або взагалі свого здоров'я;
- надмірна увага та зосередженість або навіть дії стосовно своїх симптомів або їх діагностики (підтвердження/заперечення).

Додаткові:

- невідповідність соматичних скарг до симптомів соматичного захворювання;
- полісистемність ураження (функціональні порушення у декількох органах та системах);
- невідповідність ступеня вираженості розладів та поведінки хворого;
- коливання соматичного стану під впливом будь-яких факторів, негативних емоцій;
- фіксація на минулих переживаннях;

- виразні постійні психологічні характеристики пацієнтів;
- формальні соціальні контакти [199, 223].

В результаті нашого дослідження встановлено, що майже половина обстежених (155 осіб, 47,11 %) висловлювали скарги соматичного характеру. При цьому існувала залежність частоти наявних симптомів від віку підлітків. Так, в групі підлітків до 14 років лише 34,81 % осіб мали соматичні скарги, тоді як в групі 15-16 років збільшилась до 64,89 %, а групі 17-18 років становила у 57,41 % осіб. Визначення частоти наявних соматичних симптомів від статі підлітків встановило незначну різницю в показниках. Так, 79 юнаків (48,47 %) і 76 дівчат (45,78%) висували скарги соматичного характеру.

Соматична симптоматика представлена у вигляді симптомокомплексів відповідно до ураженої системи [153], що виявлені при дослідженні підлітків в залежності від їх віку та відображені в таблиці 2.1.

Найчастіше (у 20,08 % осіб) відмічали порушення з боку центральної нервової системи. Так, у 27,37 % дівчат виявляли такі симптоми як головний біль, загальна слабкість, астенія, емоційна лабільність, зниження настрою, плаксивість, дратівливість, тривога, зниження пам'яті й уваги. Тоді як у хлопців (21,05 %) переважали скарги на зниження працездатності, порушення сну, сни з кошмарами, тремор рук і ніг, сенситивність та агресивна поведінка. Різниця за статтю недостовірна ($p > 0,05$).

Симптоми психосоматичних порушень з боку серцево-судинної системи включали біль в ділянці серця, серцебиття, почервоніння обличчя, тахікардія/брадикардія, артеріальна гіпер- або гіпотензія, виявлені у 40 (25,81%) обстежених, зокрема у 15,48 % дівчат і у 10,32 % хлопців, різниця достовірна ($p < 0,05$).

30 осіб (19,35 %) вказували на порушення шлунково-кишкового тракту (біль в животі, шлункова та кишкова диспепсія, неприємний присмак в роті, відчуття печії, проноси, закрепи).

Таблиця 2.1.

Частота симптомів соматичного характеру в залежності від віку підлітків

| Соматична симптоматика | Підлітки віком 10-14 років n=181 | | Підлітки віком 15-16 років n=94 | | Підлітки віком 17-18 років n=54 | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------|
| | юнаки n=91 | дівчата n=90 | юнаки n=49 | Дівчата n=45 | юнаки n=23 | дівчата n=31 |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс | 8 8,79 % * | 4 4,44 % | 3 6,12 % | 3 6,67 % | 1 4,35 % | 1 3,23 % |
| Респіраторний симптомокомплекс | 5 5,49 % | 5 5,55 % | 4 8,16 % | 8 17,78 % * | 1 4,35 % | 2 3,70 % |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс | 4 4,39 % | 4 4,44 % | 7 14,29 % * | 5 11,11 % * | 6 26,08 % * | 4 12,90 % * |
| Невротичний симптомокомплекс | 9 9,89 % | 7 7,78 % | 8 16,33 % * | 13 28,89 % * | 3 13,04 % | 6 19,35 % * |
| Астенічний синдром | 8 8,79 % | 10 11,11 % | 7 14,29 % * | 9 20,0 % * | 7 30,43 % * | 8 25,81 % * |
| Поєднання кількох симптомів | 10 10,98 % | 9 10,0 % | 13 26,53 % * | 16 35,56 % * | 6 26,09 % * | 9 29,03 % * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників в порівнянні між групами.

Статеві відмінності полягали в тому, що 13,68 % осіб жіночої статі вказували на нудоту, іноді блювання, гіркоту та неприємний присмак в роті, а у 17,89 % юнаків мали місце біль в животі, послаблення та діарея, відчуття печії. Різниця недостовірна ($p > 0,05$).

Порушення функції дихання (диспное, апное, задишка, кашель, «свистяче» дихання) відмічали 25 (16,13 %) обстежених, з них 15,79 % дівчат і 10,53 % хлопців (різниця недостовірна, $p > 0,05$).

У 2 обстежених (1,29 %), мали місце скарги з боку сечо-видільної (біль при сечовиділенні, часте сечовипускання) та опорно-рухової (біль в суглобах) систем. При цьому майже половина обстежених вказували на декілька симптомів одночасно (63 особи, 40,65 %).

Появу симптомів та розвиток соматичного захворювання підлітки пов'язували зі стресовими чинниками, такими як конфлікти в сім'ї та школі, розлученням та переїздом батьків чи зміна класу, тривалою хворобою, операцією чи смертю родичів та хвилюваннями щодо свого здоров'я. Безумовно, особливості перебігу підліткового віку залежать від конкретних соціальних обставин життя дитини, її соціальної позиції у світі значимих для неї дорослих. Цей факт спонукав до проведення аналізу частоти скарг соматичного характеру в залежності від соціального походження підлітків (табл. 2.2.).

Так, в групі підлітків з повної сім'ї лише 28 осіб (14,14 %) мали соматичні скарги, тоді як в групі підлітків-сиріт частота скарг збільшилась до 37 осіб (49,33 %), а групі підлітків з неповної сім'ї – до 30 (53,57 %).

Представники усіх груп найчастіше відмічали порушення з боку центральної нервової системи: у 16,0 % підлітків-сиріт, у 35,19 % підлітків з неповної сім'ї, у 6,67 % підлітків з повної сім'ї. Різниця достовірна для усіх випадків ($p < 0,05$).

6,67 % осіб з повної сім'ї, 9,26 % підлітків з неповної сім'ї і 11,2 % підлітків-сиріт вказували на порушення шлунково-кишкового тракту, різниця недостовірна ($p > 0,05$).

Скарги кардіоваскулярного характеру виявлені у 2,4 % підлітків-сиріт, 3,70 % підлітків з неповної сім'ї та 5,33 % підлітків з повної сім'ї, різниця недостовірна ($p > 0,05$).

Порушення функції дихання спостерігали 4,0 % підлітків з повної сім'ї й 2,40 % підлітків-сиріт, тоді як у групі підлітків з неповної сім'ї – 29,63 % (різниця достовірна, $p < 0,05$). При цьому декілька симптомів одночасно

відмічали 10,67 % осіб з повної сім'ї, 21,60 % сиріт та 50,0 % – з неповної сім'ї (різниця достовірна, $p < 0,05$).

Таблиця 2.2.

Частота симптомів соматичного характеру в залежності від соціального походження підлітків

| Соматична симптоматика | Підлітки - сироти n=75 | | Підлітки з неповної сім'ї n=56 | | Підлітки з повної сім'ї n=198 | |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|
| | юнаки n=40 | дівчата n=35 | юнаки n=33 | Дівчата n=23 | юнаки n=90 | дівчата n=108 |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс | 2 5,0 % | 1 2,86 % | 1 3,03 % | 1 4,35 % | 3 3,33 % | 5 4,63 % |
| Респіраторний симптомокомплекс | 1 2,5 % | 2 5,71 % | 9 27,27% * | 7 30,43 % * | 2 2,22 % | 4 3,70 % |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс | 7 17,5 % | 7 20,0 % | 3 9,09 % | 2 8,70 % | 6 6,67 % | 4 3,70 % |
| Невротичний симптомокомплекс | 6 15,0 % | 14 35,0 % * | 12 36,36% * | 7 33,33 % * | 3 3,33 % | 7 6,48 % |
| Астенічний синдром | 10 25,0 % * | 17 48,57 % * | 6 18,18% * | 2 8,70 % | 3 3,33 % | 3 2,78 % |
| Поєднання кількох симптомів | 11 27,5 % | 16 45,71 % * | 16 48,48% * | 11 47,83 % * | 7 7,78 % | 9 8,33 % |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників в порівнянні між групами.

Таким чином, проведене дослідження виявило, що достовірно частіше психосоматичні розлади, які проявляються загостренням соматичної патології, діагностуються у віковій групі 15-16 років, а саме цей віковий період характеризується як критичний, кризовий вік статевого дозрівання, період становлення особистості [259]. Саме цим можна пояснити домінування соматичних скарг у підлітків з неповної сім'ї.

Відповідно до цього положення нами проведено дослідження частоти психопатологічних розладів в залежності від віку підлітків та їх соціального походження. За сучасними уявленнями, до психосоматичних розладів у клініці відносять функціональні синдроми, тільки функціональні порушення окремих органів та систем при відсутності будь-яких органічних змін: соматизований конверсивно-дисоціативний, соматизований тривожно-фобічний, соматизований депресивний, моторних і сенсорних еквівалентів тривоги, вегетативної дисфункції та сенестезії [135, 165, 223, 253].

До конверсивного синдрому відносили такі симптоми, як: відчуття «комка» при ковтанні, «істеричний клубок», «невротичний шолом» з елементами «умовної бажаності», різноманітні больові відчуття («як ніж застромлять», пекучий біль, «як розпечений метал»). Ознаки даного синдрому найчастіше виявляли у підлітків 10-14 років (41,27 %) з повної сім'ї (35,37 %) з достовірною різницею для усіх випадків ($p < 0,05$).

Депресивний синдром, який проявлявся відчуттям тяжкості на серці, в тілі, загруднинним болем, вегетативними порушеннями з відчуттям внутрішнього тремтіння, вегетативною активацією (серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання, та ін.), почуттям тиску, печіння, мав зв'язок з коливанням афекту у вигляді циркадного ритму, діагностований у підлітків віком 15-16 років (16,39 %), 17-18 років (29,03 %), підлітків з неповної сім'ї (15,0 %) та сиріт (39,39 %). Різниця достовірна для усіх груп порівняння ($p < 0,05$).

Тривожно-фобічний синдром виявляли при наявності скарг на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжувались тривогою, страхом. Їх відрізняла «кондиціональність» – виникнення у специфічній ситуації. Вказані симптоми мали місце 27,87 % підлітків віком 15-16 років, 19,35 % осіб 17-18 років та 35,0 % підлітків з неповної сім'ї.

Тривожно-дисфоричний синдром проявлявся інсомнією, розсіяною увагою, відчуттям стабільності та благополуччя абсолютно у всіх ситуаціях,

іноді гнівливим або дистимічним станом ворожості, дратівливістю і грубою поведінкою у 6,06 % підлітків віком 10-14 років та 5,88 % підлітків з неповної сім'ї.

Соматизований астеничний симптомокомплекс проявлявся лабільністю АТ і пульсу, порушенням секреторної і моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалим субфебрилітетом, загальною слабкістю, зниженням працездатності, головним болем, астеною, психогенною лихоманкою у осіб старшого підліткового віку (35,48 %), підлітків-сиріт (21,21 %) та підлітків з неповної сім'ї (17,5 %). Прояви дратівливості та виснаження у різних співвідношеннях на тлі головного болю: нестриманість, нетерплячість, прискіпливість і реакції незадоволення, забудькуватість, неухважність, неможливість зосередитися, підвищена фізична і психічна втомлюваність, нерішучість, гіперестезія, гіпергідроз, лабільність пульсу і артеріального тиску, а також різноманітні порушення сну, виявляли у 20,63 % підлітків віком 10-14 років та 21,95 % підлітків з повної сім'ї.

Соматизований зі змішаним афектом синдром діагностували в тих випадках, коли у структурі симптомів було практично неможливо визначити переважаючу психопатологічну симптоматику. В такому випадку можна говорити про астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіанти розладів або про поєднання психовегетативних порушень з астеничними або дистимічними проявами, що виявили у 1,94 % підлітків, причому у 4,44 % школярів з повної сім'ї.

Сенестезії встановлювали при наявності скарг на запаморочення, нестійкість ходи («закидає», «веде в сторону»), незвичайне сприйняття власних рухів, ваги тіла, кінестетичних відчуттів («як пливу або йду по ваті», «тіло як невагоме», «ноги ніби провалюються»), або в спотвореному сприйнятті рухів і просторового положення оточуючих («люди ніби падають на мене, я їх відштовхую»). Сенестезії мали місце у 17,71 % підлітків віком 15-16 років та 20,37 % осіб 17-18 років. Соціальне походження підлітків не

мало вагомого значення у частоті виникнення сенестезії, відмінності у групах порівняння були недостовірними ($p > 0,05$).

Отримані результати наведені в таблицях 2.3 і 2.4.

Таблиця 2.3.

Частота психопатологічних розладів в залежності від віку підлітків

| Синдроми | Підлітки віком 10-14 років n=63 | | Підлітки віком 15-16 років n=61 | | Підлітки віком 17-18 років n=31 | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|
| | юнаки n=30 | дівчата n=33 | юнаки n=33 | дівчата n=28 | юнаки n=16 | дівчата n=15 |
| Конверсивний | 13 43,33 % | 13 39,39 % | 9 27,27 % | 8 28,57 % | 0 | 0 |
| Депресивний | 1 3,33 % | 5 15,15 % | 6 18,18 % | 4 14,29 % | 4 25,0 % | 5 33,33 % |
| Тривожно-фобічний | 6 20,0 % | 5 15,15 % | 8 24,24 % | 9 32,14 % | 3 18,75 % | 3 20,0 % |
| Тривожно-дисфоричний | 0 | 2 6,06 % | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Соматизований зі змішаним афектом | 0 | 1 3,03 % | 0 | 1 3,57 % | 1 6,25 | 0 |
| Астенічний | 10 33,33 % | 7 21,21 % | 10 30,30 % | 6 21,43 % | 8 50,00 % | 7 46,47 % |

Таблиця 2.4.

Психопатологічні розлади в залежності від соціального походження підлітків

| Синдроми: | Підлітки – сироти n=33 | | Підлітки з неповної сім'ї n=40 | | Підлітки з повної сім'ї n=82 | |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| | юнаки n=19 | дівчата n=14 | юнаки n=23 | дівчата n=17 | юнаки n=37 | дівчата n=45 |
| Конверсивний | 3 15,79 % | 2 14,29 % | 5 21,74 % | 4 23,53 % | 14 37,84 % | 15 33,33 % |
| Депресивний | 8 42,11 % | 5 35,71 % | 2 8,69 % | 4 23,53 % | 1 2,70 % | 5 11,11 % |
| Тривожно-фобічний | 2 10,53 % | 5 35,71 % | 9 39,13 % | 5 29,41 % | 6 16,22 % | 7 15,56 % |
| Тривожно-дисфоричний | 0 | 0 | 0 | 1 5,88 % | 0 | 1 2,22 % |
| Соматизований зі змішаним афектом | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 2,70 % | 2 4,44 % |
| Астенічний | 6 31,58 % | 2 14,29 % | 7 30,43 % | 3 17,65 % | 15 40,45 % | 15 33,33 % |

Таким чином, проведене клініко-психопатологічне дослідження школярів виявило психосоматичні розлади у 47,11 % осіб. При цьому мала місце залежність частоти наявних симптомів від віку підлітків та їх соціального статусу. Встановлено, що достовірно частіше мають місце вказані синдроми у групах підлітків віком 15-16 років та 17-18 років (92 особи, 58,06 %), а також підлітків з неповної сім'ї (40 осіб, 25,81 %).

Отримані нами результати першого етапу дослідження узгоджуються з даними епідеміологічних досліджень [47, 84, 108, 114, 135, 208, 209, 243, 254]. Автори встановили, що частота психосоматичних розладів серед населення становить 15–50 %, а в загальномедичній практиці частка таких хворих досягає від 30 до 57 %.

Разом з тим наші дані суперечать результатам інших дослідників [88, 94, 145], які виявили значно вищу частоту психічних порушень у дорослих в залежності від економічного розвитку країни (від 88,4 % у східно-європейських країнах до 65,3 % – в країнах, що розвиваються). Д.М. Ісаєв [94] вказує, що серед дітей та підлітків психосоматичні розлади діагностують у 40-68 % пацієнтів, які звернулися за допомогою до педіатрів.

Враховуючи суперечливість наведених даних, нами проведено наступний етап дослідження, яке включало ретроспективний аналіз історій хвороб 27 підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні з причини психосоматичної патології як супутнього діагнозу. Всі обстежені висували симптоми соматичного характеру. Найчастіше – з боку ЦНС (у 22 осіб, 81,5 %); симптоми серцево-судинного характеру виявлені у 15 чоловік (55,6 %), 7 осіб (25,9 %) вказували на порушення шлунково-кишкового, причому 5 з них (18,5 %) відмічали декілька симптомів одночасно. Порушення функції дихання спостерігали 4 (14,8 %) обстежених; у 2 осіб (7,14 %) мали місце симптоми з боку сечостатевої та опорно-рухової систем. Появу симптомів та розвиток захворювання підлітки пов'язували зі стресовими чинниками, такими як конфлікти в сім'ї та школі, розлученням та переїздом батьків чи зміною

класу, тривалою хворобою, операцією чи смертю родичів та хвилюваннями щодо свого здоров'я. З'ясовано, що психотравмуючі події за деяких обставинах сприяють розвитку психосоматичних захворювань [208]. Однак, психотравмуючі фактори є лише однією зі складових патогенезу психосоматичних розладів. За допомогою рангової кореляції Спірмена виявлено зв'язки між психосоматичними проявами та причинними факторами. Нами встановлено наявність достовірних кореляційних зв'язків між впливом стресового фактору і вираженістю скарг з боку травної системи ($r = 0,83$, $p < 0,05$), серцево-судинної системи ($r = 0,74$, $p < 0,05$) та ЦНС ($r = 0,61$, $p < 0,05$). Крім цього, порушення травної функції при дії стресового чиннику корелювало з нервово-психічними розладами ($r = 0,79$, $p < 0,05$). Таким чином, виявлені достовірні кореляційні зв'язки між впливом стресору та порушеннями з боку травної, серцево-судинної систем і нервово-психічних функцій у підлітків свідчать про вагому дію стресового чинника в патогенезі психопатологічних проявів.

Отже, в результаті нашого дослідження встановлено досить високу частоту (81,5 %) психосоматичних розладів серед тих підлітків, які потребували медичної допомоги. Дещо нижчі результати отримані В.І. Коростій [111], яким виявлені скарги і симптоми фізичних розладів емоційного походження у 59 % від загального числа обстежених.

При кожному соматичному захворюванні можуть виявлятися реакції страху, тривоги, депресії, іпохондрії, які у своїх клінічних проявах відображають особистісні психологічні особливості. У психічному здоров'ї можуть мати місце зрушення в бік невротизації особистості, більш низькі адаптаційні можливості, низька емоційна контактність, відсутність здатності до співпереживання і слабкий інтелектуальний контроль над емоціями, невласиве для віку скептичне ставлення до життя, зниження впевненості в собі. Дослідження клініко-психологічних характеристик підлітків з психосоматичними розладами є наступним етапом дослідження, результати якого будуть викладені в подальших розділах дисертації.

2.4. Клініко-психологічна характеристика підлітків з психосоматичними розладами

Життя сучасного підлітка характеризується зростанням інтенсивності і збільшенням емоційних навантажень. Вважається, що підлітки є найуразливішою до стресових ситуацій верствою населення. Підвищена стурбованість, невпевненість у своїх силах, емоційна нестійкість, особиста тривожність сприяють розвитку різноманітних психосоматичних захворювань [49, 265]. У клінічній практиці широко описані такі розлади емоційної сфери, як ейфорія, дисфорія, апатія, депресивні та маніакальні стани, патологічні афекти, фобії та ін. [100, 139]. Між зовнішнім проявом емоцій, фізіологічними процесами і психічними переживаннями існує найтісніший зв'язок. Ця єдність проявляється в усіх психічних процесах, але в емоціях психічне особливо тісно пов'язане з фізіологічним [265].

Вважається, що у 30 % дорослого населення через різні життєві обставини виникають нетривалі депресивні і тривожні епізоди непсихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5 % випадків [99], [148]. Ще 15 років тому фахівці навіть не припускали виникнення депресій у дітей, проте дослідження останніх років підтверджують реальність дитячих депресій, особливо в період підлітковості та вказують на наявність у даній віковій групі багатьох ознак «дорослої» депресії [103, 130, 237].

Формування емоційних порушень при розладах невротичного кола характеризується поступовим розвитком астенії, основу якої складають нейросоматичні прояви у вигляді підвищеної втомлюваності, зниженої працездатності, загальної слабкості, нездужання, численних неприємних соматичних відчуттів, що локалізовані в ділянці голови, серця, шлунку, хребта та проявів астено-невротичної симптоматики [112]. На тлі описаних нейро-соматичних розладів у хворих поступово з'являються емоційна лабільність у вигляді запальності, збудженості, агресивності, підвищеної образливості, плаксивості. Ці симптоми доповнюються відчуттям апатії,

байдужості, пригніченості, що створює депресивний фон настрою, який змінюється в бік тривожності з наступним розвитком фобій, інколи з іпохондричною оцінкою своїх соматичних та розумових можливостей. Також відзначається відчуття невпевненості у собі, своїх силах, підвищена вразливість, помисливість. Наведені дані спонукали до проведення дослідження психічної сфери підлітків з психосоматичними розладами.

З метою оцінки вираженості зміни настрою, а також прихованого афективного стану використали тест-опитувальник «Оцінка настрою». Методика тестування включала оцінку трьох критеріїв: настрої, астеничний та ейфоричний стани. Критерії оцінювали за дев'ятибальною шкалою з наступним розподілом на три рівні, які в подальшому порівнювалися з об'єктивно клінічною оцінкою. Так, для стану ейфорії рівні інтерпретовано як ейфоричний (неадекватно захоплююча оцінка подій), посередньо ейфоричний та адекватний стани; критерій настрою: пригнічення, посередній та звичний настрої. Критерій астеничного стану мав таку характеристику: астеничний, помірно астеничний, відсутність проявів астеничного стану [98]. Отримані результати проведеного тестування підлітків в залежності від віку наведені в таблиці 2.5.

Аналіз даних клінічного інтерв'ю не виявив розбіжностей зміни настрою у групах спостереження. Натомість при використанні патопсихологічної методики «Оцінка настрою» має місце зниження середнього балу показника в усіх досліджуваних групах на $(30,40 \pm 3,51) \%$ ($p < 0,001$). В результаті проведеного тесту не виявлено достовірних розбіжностей в залежності від віку та статі підлітків, хоч і має місце достовірна відмінність в групі старшого підліткового віку в порівнянні з молодшим віком ($p < 0,05$) (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Показники настрою, астенії і ейфорії за шкалою «Оцінка настрою» в залежності від віку підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Параметри | Підлітки віком 10-14 років n=181 | | Підлітки віком 15-16 років n=94 | | Підлітки віком 17-18 років n=54 | |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------|
| | юнаки n=91 | дівчата n=90 | юнаки n=49 | дівчата n=45 | юнаки n=23 | дівчата n=31 |
| Настрій | 4,65 ± 0,06 | 4,70 ± 0,05 | 4,51 ± 0,10 | 4,71 ± 0,07 | 4,10 ± 0,17 # | 4,68 ± 0,11 |
| Астенічний стан | 7,68 ± 0,06 | 7,80 ± 0,06 | 7,44 ± 0,10 * | 7,33 ± 0,09 * | 7,05 ± 0,15 # | 7,35 ± 0,11 # |
| Ейфоричний стан | 8,58 ± 0,04 | 8,61 ± 0,03 | 8,77 ± 0,03 * | 8,78 ± 0,04 * | 8,35 ± 0,12 | 8,94 ± 0,02 # |

Примітки: 1. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників групи підлітків віком 15-16 років в порівнянні з віковою групою 10-14 років.

2. Знаком # позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників групи підлітків віком 17-18 років в порівнянні з віковою групою 10-14 років.

Клінічні прояви астенії діагностовано у 18 (10,06 %) дітей 10-14 років, 16 школярів 15-16 років (16,67 %) і 15 (27,28 %) підлітків 17-18 років. Тоді як показник астенічного стану за даними тесту «Оцінка настрою» відповідає нормальним значенням, виявлена вікова залежність в зниженні значення показника і достовірна різниця ($p < 0,05$) в усіх групах спостереження. Показник ейфорії відповідає адекватній оцінці свого стану підлітками. Відмічено зростання показника з віком та достовірні відмінності між віковими групами хлопців і дівчат 15-16 років і дівчат 17-18 років (табл. 2.5).

Аналізуючи «Шкалу оцінки настрою», встановлено, що частіше звичний настрій мали підлітки віком 10-14 років (18,30 %), тоді як пригнічений настрій найчастіше виявляли в групі підлітків 17-18 років (20,37 %). Високий показник астенії мав місце у підлітків 17-18 років (12,96 %), тоді як відсутність проявів астенічного стану – в групі 10-14 років (60,13 %).

Ейфорійний стан частіше діагностовано у групі молодшого підліткового віку (16,99 %), тоді як адекватний стан діагностовано у рівній мірі у вікових групах 10-14 і 17-18 років (3,92 % і 3,70 % відповідно) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Розподіл показників тесту «Оцінка настрою» в залежності від віку підлітків

| Параметри | Характеристики | Підлітки віком 10-14 років n=181 | | Підлітки віком 15-16 років n=94 | | Підлітки віком 17-18 років n=54 | |
|-----------------|-----------------------|-------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| | | число | % | Число | % | число | % |
| Настрій | посередній | 28 | 18,30 | 13 | 14,61 | 7 | 12,96 |
| | пригнічений | 25 | 16,34 | 10 | 11,24 | 11 | 20,37 |
| | звичний | 100 | 65,36 | 66 | 74,15 | 36 | 66,67 |
| Астенічний стан | помірно астенічний | 7 | 4,58 | 9 | 10,11 | 7 | 12,96 |
| | астенічний | 92 | 60,13 | 46 | 51,68 | 27 | 50,0 |
| | норма | 54 | 35,29 | 34 | 38,20 | 20 | 37,04 |
| Ейфорія | ейфоричний | 26 | 16,99 | 12 | 13,48 | 3 | 5,56 |
| | посередньо ейфоричний | 6 | 3,92 | 0 | 0 | 2 | 3,70 |
| | адекватний | 121 | 79,08 | 77 | 86,52 | 49 | 90,74 |

Враховуючи той факт, що підвищення, пригнічення чи відсутність настрою є кількісними порушеннями емоцій і може призводити до зміни інших психічних функцій людини, у зв'язку з чим мінятиметься його поведінка [132], нами проведений аналіз «Шкали настрою» в залежності від соціального походження (табл. 2.7 і 2.8).

Таблиця 2.7.

Показники настрою, астенії і ейфорії за шкалою оцінки настрою в залежності від соціального походження підлітків ($M \pm \sigma$)

| Параметри | Підлітки – сироти n=75 | | Підлітки з неповної сім'ї n=56 | | Підлітки з повної сім'ї n=198 | |
|-----------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| | юнаки n=40 | дівчата n=35 | юнаки n=33 | дівчата n=23 | юнаки n=90 | дівчата n=108 |
| Настрій | 4,22 ± 0,08 | 4,51 ± 0,09 | 4,65 ± 0,14 * | 5,0 ± 0,10 * | 4,82 ± 0,07 # | 4,76 ± 0,05 # |
| Астенічний стан | 7,26 ± 0,08 | 7,55 ± 0,09 | 7,42 ± 0,12 | 7,89 ± 0,12 * | 7,83 ± 0,06 # | 7,48 ± 0,06 |
| Ейфорія | 8,57 ± 0,04 | 8,71 ± 0,03 | 8,69 ± 0,05 * | 8,79 ± 0,04 | 8,60 ± 0,04 | 8,76 ± 0,03 |

Примітки: 1. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників при порівнянні групи підлітків з повної сім'ї і підлітків-сиріт.

2. Знаком # позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) показників при порівнянні групи підлітків з повної і неповної сім'ї.

Таблиця 2.8

Розподіл показників тесту «Оцінка настрою» в залежності від соціального походження підлітків

| Параметри | Характеристики | Підлітки - сироти n=75 | | Підлітки з неповної сім'ї n=56 | | Підлітки з повної сім'ї n=198 | |
|-----------------|-----------------------|---------------------------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| | | число | % | Число | % | число | % |
| Настрій | посередній | 14 | 12,28 | 9 | 20,0 | 25 | 18,25 |
| | пригнічений | 25 | 21,93 | 7 | 15,56 | 14 | 10,22 |
| | звичний | 75 | 65,79 | 29 | 64,44 | 98 | 71,53 |
| Астенічний стан | помірно астенічний | 14 | 12,28 | 5 | 11,11 | 5 | 3,65 |
| | астенічний | 62 | 54,39 | 26 | 57,78 | 77 | 56,20 |
| | норма | 38 | 33,33 | 14 | 31,11 | 55 | 40,15 |
| Ейфорія | ейфоричний | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,73 |
| | посередньо ейфоричний | 91 | 79,82 | 38 | 84,44 | 118 | 86,13 |
| | адекватний | 23 | 20,17 | 7 | 15,56 | 18 | 13,14 |

Аналіз проведеного тесту «Оцінка настрою» виявив переважну схильність до пригніченого настрою в групі сиріт і дітей з неповної сім'ї, тоді як діти з повної сім'ї відмічали звичний, добрий, спокійний настрій та працездатність. Найбільша кількість осіб зі звичним настроєм відмічена в групі підлітків з неповної сім'ї (20,0 %), тоді як діти-сироти частіше відмічали пригнічений настрій (21,93 %), високий ступінь астенії (12,28 %) (табл. 2.8). Статеві відмінності показників недостовірні ($p > 0,05$).

Проведене анкетування з використанням шкали-термометр виявило такі значення усіх показників, які свідчать про вищу середню суб'єктивну оцінку свого стану у групі підлітків середнього і старшого підліткового віку. Так, у хлопців з віком відмічається достовірне покращання самопочуття (від $13,49 \pm 0,24$ до $14,19 \pm 0,21$ і $15,71 \pm 0,22$ балів відповідно, $p < 0,05$), тоді як у дівчат зміни значень з віком недостовірні (від $15,30 \pm 0,21$ до $15,36 \pm 0,22$ і $15,67 \pm 0,23$ балів, $p > 0,05$). Активність з віком підлітків теж збільшується. Так, у хлопців має місце зростання значення від $12,47 \pm 0,24$ до $13,72 \pm 0,20$ ($p < 0,05$), і до $13,14 \pm 0,36$ ($p > 0,05$). Динаміка активності у дівчат аналогічна: від $13,56 \pm 0,22$ до $14,64 \pm 0,24$ балів ($p < 0,05$), і до $13,67 \pm 0,27$ балів ($p > 0,05$). Настрій з віком підлітків покращувався достовірно ($p < 0,05$) при порівнянні молодшого і середнього підліткового віку, тоді як в порівнянні зі старшим віком різниця недостовірною лише у дівчат ($p > 0,05$). У хлопців параметри змінювалися від $13,49 \pm 0,24$ до $14,42 \pm 0,20$ і до $16,43 \pm 0,21$ ($p < 0,05$ для всіх значень), а у дівчат – від $14,70 \pm 0,20$ до $15,36 \pm 0,23$ і до $15 \pm 0,26$ балів. Бажання працювати достовірно зростало лише у дівчат: від $12,21 \pm 0,22$ до $11,38 \pm 0,27$ і до $11,23 \pm 0,30$ ($p < 0,05$ для всіх значень), тоді як у хлопців – від $10,48 \pm 0,25$ до $10,91 \pm 0,29$ і до $10,09 \pm 0,35$ ($p > 0,05$). Натомість задоволеність минулим етапом достовірно зростала з віком хлопців (від $10,48 \pm 0,24$ до $13,39 \pm 0,24$ і до $15,48 \pm 0,19$ балів), тоді як у дівчат динаміка показників була недостовірною (від $13,79 \pm 0,21$ до $13,48 \pm 0,24$ і до $14,50 \pm 0,22$ балів). Отримані результати тестування відображені на рис. 2.3.

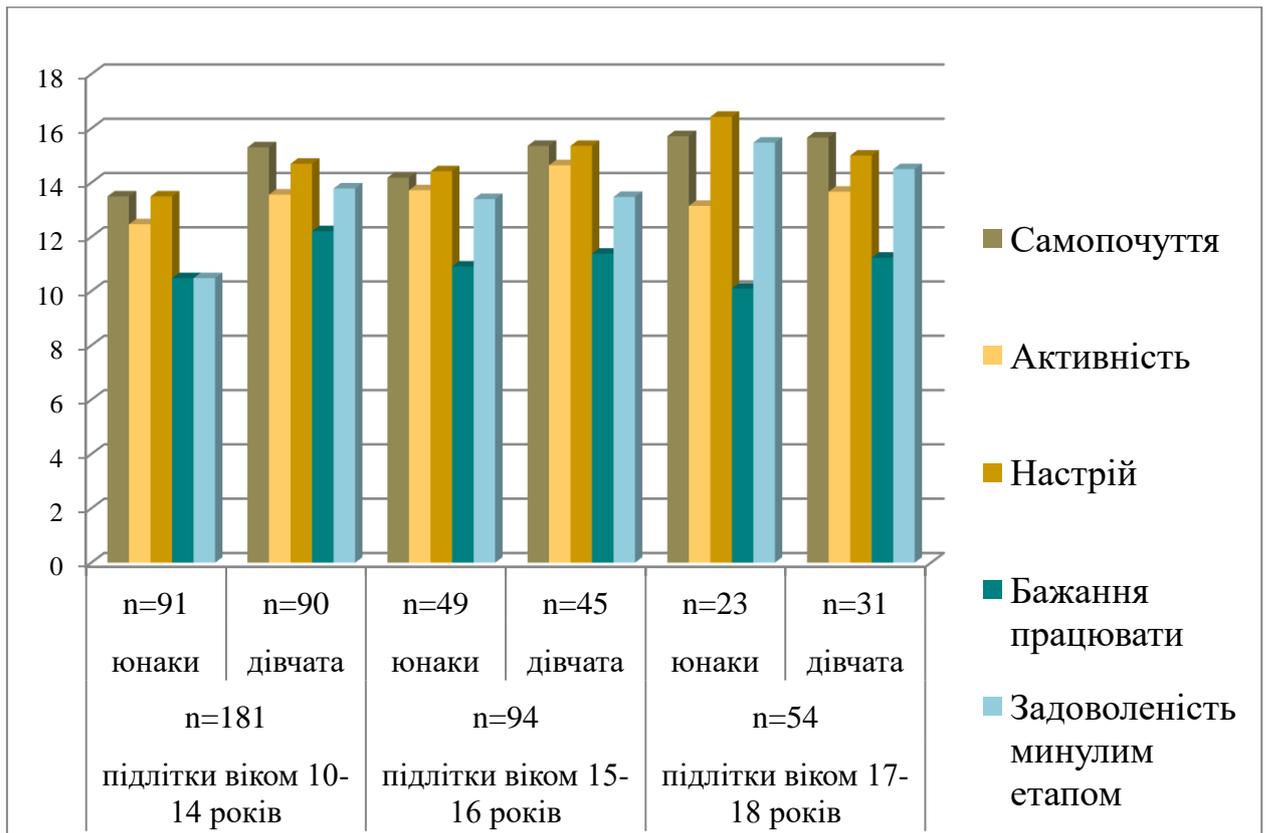


Рис. 2.3. Показники тесту шкали-термометр в залежності від віку підлітків.

Результати анкетування з використанням шкали-термометр підлітків в залежності від соціального походження свідчать, що найкращі показники відмічали у групі підлітків з повної сім'ї. При цьому має місце достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні хлопців і дівчат за усіма шкалами тесту. Так, самопочуття змінювалося від $12,04 \pm 0,30$ у хлопців-сиріт до $14,64 \pm 0,25$ у хлопців з неповної сім'ї, до $15,73 \pm 0,16$ – з повної сім'ї ($p < 0,05$). У дівчат динаміка була наступною: $13,04 \pm 0,29$ – у сиріт, $18,08 \pm 0,17$ – з неповної і $16,55 \pm 0,13$ – з повної сім'ї ($p < 0,05$).

Активність була найнижчою у хлопців-сиріт ($10,67 \pm 0,32$), і вищою у хлопців з неповної сім'ї ($14,64 \pm 0,22$) і у хлопців з повної сім'ї ($14,36 \pm 0,18$) ($p < 0,05$). У дівчат низька активність була у сиріт ($11,77 \pm 0,29$), дещо вищою у дівчат з повної сім'ї ($14,73 \pm 0,16$) і значно вищою ($17,69 \pm 0,22$) у дівчат з неповної сім'ї.

Настрій оцінювався хлопцями-сиротами у $12,5 \pm 0,30$ бали, хлопцями з неповної сім'ї у $14,64 \pm 0,26$ бали, і з повної сім'ї – у $15,73 \pm 0,17$ бали ($p < 0,05$). Дівчата оцінили настрій аналогічно: ($13,33 \pm 0,29$) – сироти, ($15,81 \pm 0,13$) – з повної і ($16,54 \pm 0,26$) – з неповної сім'ї ($p < 0,05$).

Бажання працювати було найвищим у дівчат з неповної сім'ї ($14,62 \pm 0,26$), меншим у дівчат з повної сім'ї ($12,99 \pm 0,16$), хлопців з неповної ($11,79 \pm 0,29$) і повної сім'ї ($11,55 \pm 0,22$), і найменші значення відмічені у сиріт: хлопців ($8,91 \pm 0,33$) і дівчат ($9,22 \pm 0,32$) ($p < 0,05$).

Задоволеність минулим етапом найвище оцінена дівчатами з повної ($15,47 \pm 0,13$) і неповної ($15,38 \pm 0,17$) сім'ї, посередньому оцінена хлопцями з повної ($13,91 \pm 0,17$) і неповної ($13,21 \pm 0,28$) сім'ї. Найнижча оцінка у сиріт: хлопців ($9,83 \pm 0,31$) і дівчат ($11,09 \pm 0,29$), ($p < 0,05$). Отримані результати наведені на рис. 2.4.

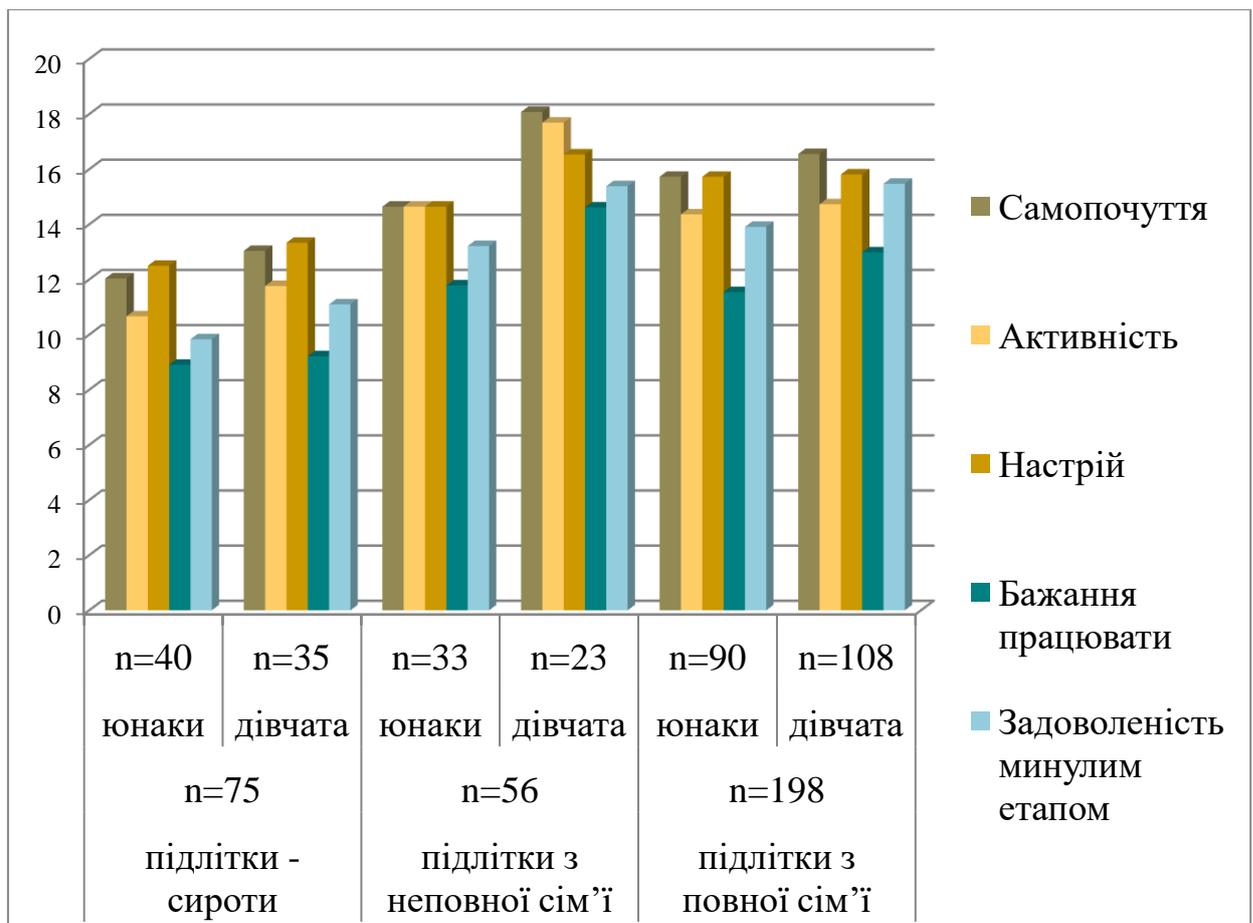


Рис. 2.4. Показники тесту шкали-термометр в залежності від соціального походження підлітків.

Таким чином, найбільш депресивними виявилися підлітки з повних сімей, найменш уразливими – сироти.

За тестом «Оцінка настрою» в поєднанні зі «шкалою-термометром» самопочуття, активність та настрої вище середнього рівня відмічено у юнаків середнього і старшого підліткового віку та дівчат усіх вікових груп, підлітків з неповної і повної сімей. Завищену самооцінку діагностовано у дівчат 15-16 років, юнаків і дівчат 17-18 років, підлітків з повної сім'ї і дівчат з неповної сім'ї. У групі дівчат молодшого підліткового віку спостерігається неадекватність самооцінки та недостатня критичність. Самооцінка молодших підлітків є неоднозначною, недостатньо цілісною, що може обумовлювати немотивовані вчинки.

Суб'єктивна оцінка по критеріях бажання працювати та задоволеність минулим етапом, що узгоджувалось з результатами тесту «Оцінка настрою», занижена у групі підлітків віком 17-18 років, сиріт, юнаків з неповної й повної сімей. Чим вища самооцінка в цілому, тим в більшій мірі можна припускати підвищення емоційного фону настрою. Настрій впливає на решту всієї поведінки, створюючи фон загального самопочуття, тому відбивається на показниках усіх шкал [210].

Майже усі теорії виникнення психосоматичних захворювань сходяться в одному: соціальна дезадаптація – це основна причина виникнення психосоматичної патології [265]. Для розуміння природи проявів дезадаптації підлітків та шляхів її корекції, а також щоб проаналізувати ставлення вихователя до підлітка з можливістю корегувати свою позицію до нього використовували опитувальник «Карта спостережень Д. Стотта». Результати анкетування представлені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Частота дезадаптації в залежності від віку підлітків за опитувальником
«Карта спостережень Д. Стотта»

| Групи досліджуваних | | Кількість осіб з показником дезадаптації | | | |
|--|-----------------|--|-------|----------------------|-------|
| | | Більше 8 балів | | З них понад 25 балів | |
| | | Абс. | % | Абс. | % |
| Підлітки віком 10-14 років n=181 | юнаки n=91 | 28 | 30,77 | 6 | 6,59 |
| | дівчата n=90 | 24 | 26,67 | 5 | 5,56 |
| Підлітки віком 15-16 років n=94 | юнаки n=49 | 22 | 44,89 | 6 | 12,24 |
| | дівчата n=45 | 24 | 53,33 | 3 | 6,67 |
| Підлітки віком 17-18 років n=54 | юнаки n=23 | 14 | 60,87 | 4 | 17,39 |
| | дівчата n=31 | 18 | 58,06 | 9 | 29,03 |

Аналіз результатів опитувальника «Карта спостережень Д. Стотта» виявив вікову залежність показника дезадаптації. Дезадаптованість становлена у 28,73 % підлітків віком 10-14 років, у 48,94 % – віком 15-16 років та 59,26 % осіб віком 17-18 років. Виявлено коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів у 24,07 % підлітків віком 17-18 років, 9,57 % підлітків віком 15-16 років і 6,08 % віком 10-14 років. Достовірно частіше у віковій групі 17-18 років діагностовано порушення адаптації, причому найчастіше виявляли і коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів. Враховуючи той факт, що старший підлітковий або юнацький вік (17-18 років) характеризується підвищеною вразливістю емоційної сфери, він може стати одним із чинників емоційного неблагополуччя [49].

Однією з причин емоційної нестабільності є мікро- та макросоціальне середовище підлітка [208]., тому ми провели аналіз результатів анкетування підлітків в залежності від соціального походження за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта» (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Частота дезадаптації в залежності від соціального походження підлітків за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта»

| Групи досліджуваних | | Кількість осіб з показником дезадаптації | | | |
|-----------------------------------|------------------|--|-------|----------------------|-------|
| | | Більше 8 балів | | З них понад 25 балів | |
| | | Абс. | % | Абс. | % |
| Підлітки з повної сім'ї n=198 | юнаки n=90 | 23 | 25,55 | 11 | 12,22 |
| | дівчата n=108 | 21 | 19,44 | 11 | 10,19 |
| Підлітки з неповної сім'ї n=56 | юнаки n=33 | 21 | 63,63 | 4 | 12,12 |
| | дівчата n=23 | 13 | 56,52 | 2 | 8,69 |
| Підлітки - сироти n=75 | юнаки n=40 | 19 | 47,5 | 1 | 2,5 |
| | дівчата n=35 | 32 | 91,43 | 4 | 11,43 |

В результаті аналізу встановлено, що в групі підлітків з повної сім'ї дезадаптацію виявлено у 40,0 %, у групі підлітків з неповної сім'ї – у 62,96%, у групі підлітків-сиріт – у 43,22 %, тобто найвищий показник дезадаптованості виявлено у групі дітей з неповної сім'ї (різниця недостовірною, $p > 0,05$). Коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів мав місце у 50,0 % підлітків з повної сім'ї, у 17,65 % з неповної сім'ї, у 9,80 % підлітків-сиріт. Саме в неповних і неблагополучних сім'ях дезадаптуючим чинником є як відсутність позитивного зразка поведінки дорослих, так і відсутність відчуття захищеності [78].

Найвищий коефіцієнт дезадаптованості, що корелює з більшою вираженістю функціональних розладів, виявлений в групі дітей з повної сім'ї, може вказувати на виражені порушення механізмів особистісної адаптації. Натомість в дослідженнях інших авторів виявлено порушення механізмів особистісної адаптації у підлітків сиріт та напівсиріт [210, 225]. Таких підлітків можна віднести до категорії важковиховуваних, оскільки

вони досить часто порушують поведінку і постійно вимагають уваги з боку педагогічних працівників та психолога школи.

Рівень депресії в усіх групах обстежених визначали за шкалою CDI (Children Depression's Inventory) М. Kovacs, що дозволяє встановити кількісні показники спектру депресивних симптомів – зниженого настрою, гедоністичної здатності, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісної поведінки.

В результаті нашого дослідження встановлено, що у більшості учнів рівень депресії знаходиться в межах норми (від $43,63 \pm 0,21$ до $53,97 \pm 0,22$ балів – середній рівень) (табл. 2.11). Разом з тим, у групі старшого підліткового віку, зокрема дівчат, рівень депресії вище середнього (від $55,45 \pm 0,49$ до $61,88 \pm 0,53$ балів) з високим рівнем достовірності ($p < 0,00001$) в порівнянні з групами молодшого і середнього підліткового віку.

Таблиця 2.11

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs в залежності від віку підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Т-показник CDI | Підлітки віком 10-14 років n=66 | | Підлітки віком 15-16 років n=42 | | Підлітки віком 17-18 років n=19 | |
|----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|
| | юнаки n=32 | дівчата n=34 | юнаки n=22 | дівчата n=20 | юнаки n=11 | дівчата n=8 |
| CDI загальний | $50,22 \pm 0,24$ | $53,97 \pm 0,22$ | $50,41 \pm 0,20$ | $49,0 \pm 0,31 *$ | $55,45 \pm 0,49 *$ | $61,88 \pm 0,36 *$ |
| Шкала А | $49,47 \pm 0,24$ | $51,71 \pm 0,22$ | $49,27 \pm 0,21$ | $47,26 \pm 0,36 *$ | $56,45 \pm 0,58 *$ | $56,36 \pm 0,45 *$ |
| Шкала В | $53,16 \pm 0,24$ | $58,53 \pm 0,26$ | $52,95 \pm 0,19$ | $51,42 \pm 0,31 *$ | $57,45 \pm 0,46 *$ | $61,25 \pm 0,64 *$ |
| Шкала С | $51,25 \pm 0,22$ | $52,94 \pm 0,22$ | $50,59 \pm 0,20$ | $53,11 \pm 0,31$ | $52,55 \pm 0,47 *$ | $59,38 \pm 0,41 *$ |
| Шкала D | $49,94 \pm 0,23$ | $53,97 \pm 0,22$ | $51,45 \pm 0,28 *$ | $51,16 \pm 0,37 *$ | $53,45 \pm 0,36 *$ | $56,5 \pm 0,57 *$ |
| Шкала Е | $47,47 \pm 0,18$ | $49,38 \pm 0,21$ | $47,05 \pm 0,18$ | $43,63 \pm 0,21 *$ | $51,91 \pm 0,49 *$ | $61,88 \pm 0,53 *$ |

Примітка. Знаком * позначено достовірні ($p < 0,05$) відмінності в показниках між групами спостереження.

Найвищий відсоток неблагополуччя у групі молодшого підліткового віку відмічено за шкалою В «Міжособистісні проблеми» (42,42 %), однакові значення отримані за шкалами CDI загальний, шкалою С «Неефективність», шкалою D «Ангедонія» (по 34,85 %), менша кількість (25,76 %) за шкалою А «Негативний настрій», найменша кількість, хоч теж досить висока, за шкалою Е «Власна неефективність і суїцидальні думки» (22,73 %).

У групі середнього підліткового віку рівень депресії вище середнього значення наступний: за шкалою С – 33,33 %, шкалами D і В – по 28,57 %, шкалою CDI загальний – 21,43 %, шкалою А – 19,05 %, шкалою Е – 4,76 %.

У групі старшого підліткового віку рівень депресії вище середнього значення наступний: шкала CDI загальний – 63,16 %, шкала В – 57,89 %, шкала С – 52,63 %, шкали А і D – по 47,37 %, шкала Е – 36,84 %.

Отже, отримані дані дослідження рівня депресії в залежності від віку підлітків свідчать, що найбільші значення тесту отримані в групі підлітків 17-18 років з найвищим відсотком за загальним показником CDI, шкалами А, В, С. Відтак, можна вважати, що у групі старшого підліткового віку переважають загальне зниження настрою, занижена самооцінка, високий рівень своєї неефективності в школі, постійне очікування неприємностей, підвищений рівень тривожності, високий негативізм, неслухняність, агресивна поведінка, що може спонукати до почуття самотності, дефіциту міжособистісних контактів. Внаслідок цих проявів розвиваються: адаптаційний стрес, непродуктивні форми реагування; симптоми порушення поведінки; емоційні розлади різного регістру [100].

Найвищі показники рівня депресії у обстежених старшого підліткового віку частіше за все пов'язані з усвідомленням, що дитинство вже скінчилось, а дорослим підліток себе ще не відчуває. Виникає певний вакуум, який сприймається як сумування за втраченою частиною самого себе.

Визначення рівня депресії в групах із різним соціальним походженням обстежених виявило, що у більшості підлітків рівень депресії знаходиться в межах норми (від $46,83 \pm 0,18$ до $54,68 \pm 0,27$ балів – середній рівень) (табл.

2.12). Разом з тим, найбільші значення показників виявлено в групі підлітків-сиріт, що достовірно ($p < 0,05$) відрізняється при порівнянні їх з групою підлітків з повної і неповної сім'ї. Мають місце достовірно вищі значення показників у дівчат ($p < 0,01$) в порівнянні з хлопцями в усіх групах спостереження. Можна відмітити, що особливістю проявів соматизованої депресії у дівчат є більша стурбованість та тривожність, які проявлялися у соматизації розладів шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної систем, тоді як у юнаків ці прояви виражалися у замкнутості та недовірі, що узгоджується з даними Н.Ф. Литовченко [130].

Таблиця 2.12

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs в залежності від соціального походження підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Т-показник CDI | Підлітки – сироти n=39 | | Підлітки з неповної сім'ї n=20 | | Підлітки з повної сім'ї n=68 | |
|----------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|---------------------------------|-----------------|
| | юнаки n=22 | дівчата n=17 | юнаки n=13 | дівчата n=7 | юнаки n=30 | дівчата n=38 |
| CDI загальний | 54,68 ± 0,27 | 57,24 ± 0,32 | 51,85 ± 0,33 * | 57,71 ± 0,64 | 48,3 ± 0,23 * | 50,92 ± 0,20 * |
| Шкала А | 52,95 ± 0,34 | 52,88 ± 0,31 | 50,92 ± 0,32 * | 51,57 ± 0,77 | 48,7 ± 0,24 * | 49,92 ± 0,23 * |
| Шкала В | 57,05 ± 0,29 | 56,41 ± 0,37 | 53,31 ± 0,31 * | 57,14 ± 0,70 | 51,67 ± 0,21 * | 56,70 ± 0,26 |
| Шкала С | 54,45 ± 0,26 | 57,82 ± 0,24 | 52,31 ± 0,39 * | 55,14 ± 0,52 * | 48,43 ± 0,18 * | 51,76 ± 0,23 * |
| Шкала D | 54,14 ± 0,26 | 58,94 ± 0,37 | 52,08 ± 0,33 * | 56,14 ± 0,52 * | 48,33 ± 0,24 * | 50,38 ± 0,21 * |
| Шкала Е | 50,36 ± 0,26 | 49,76 ± 0,33 | 47,08 ± 0,29 * | 56,86 ± 0,49 * | 46,83 ± 0,18 * | 47,54 ± 0,23 * |

Примітка. Знаком * позначено достовірні ($p < 0,05$) відмінності в показниках між групами спостереження.

Статеві відмінності депресії у допідлітків незначні або не виявляються, приблизно з 11 років у дівчаток кількість, поширеність, тяжкість депресій

вища, а в 15-річному віці депресію у дівчат діагностують в два рази частіше, ніж у хлопчиків.

Аналіз результатів обстеження за методикою дитячої депресії CDI Maria Kovacs (за загальними показниками CDI), показав, що у групі підлітків-сиріт яскраво виражені симптоми у 48,72 % осіб. Загальне зниження настрою, постійне очікування неприємностей і підвищений рівень тривожності (шкала А) відмічали 35,90 %. Агресивна поведінка, високий негативізм та ідентифікація себе з поганим (шкала В) мала місце у 51,28 % осіб. Високий рівень впевненості своєї неефективності в школі (шкала С) визначено у 51,28 %, високий рівень виснаження і почуття самотності (шкала D) виявлено у 46,15 %. На низьку самооцінку і наявність суїцидальних думок (шкала Е) вказували 17,95 % підлітків-сиріт.

У половини підлітків з неповної сім'ї має місце найвищий рівень депресії за шкалами CDI загальний (50,0 %), шкалою В «Міжособистісні проблеми» (50,0 %), шкалою С «Неефективність» (50,0 %), дещо нижчий - за шкалою Е «Власна неефективність і суїцидальні думки» (45,0 %), шкалою D «Ангедонія» (40,0 %) та шкалою А «Негативний настрій», (35,0 %).

Найвищий відсоток неблагополуччя у групі підлітків з повної сім'ї за шкалами В «Міжособистісні проблеми»(32,35 %), шкалою D «Ангедонія» (26,47 %), шкалою С «Неефективність» (25,0 %) та шкалою CDI загальний (22,06 %), менший - за шкалою А «Негативний настрій», (19,12 %) найменший відсоток - за шкалою Е «Власна неефективність і суїцидальні думки» (11,76 %).

У 36,1 % обстежених діагностовано легке зниження настрою, у 8,5 % – ознаки субдепресії, у 19,1 % були ознаки клінічно вираженої депресії. Найбільш виражену депресивність виявляли у підлітків з повної сім'ї (17 балів загального балу – рівень субдепресії, 2,7 з 4 балів по вираженості депресивних ознак), сироти виявляли найменшу депресивність – рівень легкого зниження настрою.

Отже, найвищі показники рівня депресії отримані в групі підлітків-сиріт з найвищим відсотком за загальним показником CDI, шкалами В, С і D. Відсутність родинно-сімейної опіки сприяє зниженню рівня самооцінки та має негативний вплив на емоційний і особистісний розвиток [85].

У групі дітей з повної сім'ї найнижчий рівень депресії за всіма шкалами (не перевищує 33,0 %). Високі значення рівня депресії у підлітків з повної сім'ї, вирогідно, зумовлені суворим і контролюючим вихованням. Несприятливе сімейне середовище може знижувати самооцінку дитини, що в свою чергу обумовлює відчуття нездійсненності та депресію [130].

Одним з показників ступеня адаптованості дитини є її емоційне самопочуття, тому відсутність чи наявність тривоги можна використовувати якості критеріїв перебігу шкільної адаптації [51]. Тривожність, пов'язану зі шкільним життям, вивчали за допомогою тесту шкільної тривожності Б.Філіпса. Було виділено три психоемоційні групи школярів: із низьким, підвищеним та високим рівнями тривожності. У 76,19 % дітей усіх вікових груп зафіксовано низький або оптимальний рівень тривожності. Загальний емоційний стан підлітків може суттєво відрізнятись в залежності від віку і соціального походження. Показники шкільної тривожності в залежності від віку наведені в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса в залежності від віку підлітків ($M \pm \sigma$)

| Шкали тесту | Підлітки віком 10-14 років n=65 | | Підлітки віком 15-16 років n=42 | | Підлітки віком 17-18 років n=19 | |
|---|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| | юнаки n=32 | дівчата n=34 | юнаки n=22 | дівчата n=20 | юнаки n=11 | дівчата n=8 |
| Переживання соціального стресу | 38,12 ± 6,27 | 38,24 ± 6,47 | 26,45 ± 6,97 | 21,36 ± 10,99 | 39,67 ± 10,88 | 45,45 ± 10,51 |
| Фрустрація потреби у досягненні успіху | 37,47 ± 3,67 | 35,97 ± 3,89 | 37,41 ± 5,87 | 31,92 ± 5,34 | 39,86 ± 6,11 | 48,08 ± 6,55 |
| Страх самовираження | 33,33 ± 7,33 | 50,00 ± 7,38 | 38,64 ± 8,35 | 34,17 ± 8,89 | 57,58 ± 13,03 | 54,17 ± 12,66 |
| Страх ситуації перевірки знань | 34,95 ± 8,20 | 43,14 ± 7,66 | 34,09 ± 9,29 | 35,00 ± 9,78 | 39,39 ± 10,90 | 62,50 ± 11,79 |
| Страх невідповідності очікуванням оточуючих | 36,77 ± 6,51 | 45,88 ± 7,33 | 42,73 ± 9,07 | 29,00 ± 12,19 | 50,91 ± 13,82 | 60,00 ± 14,64 |
| Низький фізіологічний опір стресу | 20,00 ± 9,73 | 29,41 ± 10,93 | 7,27 ± 16,58 | 22,00 ± 12,72 | 16,36 ± 13,03 | 22,50 ± 16,79 |
| Проблеми страху у стосунках з вчителем | 41,13 ± 4,45 | 44,12 ± 4,91 | 37,50 ± 6,30 | 39,38 ± 4,63 | 45,45 ± 9,77 | 46,88 ± 9,61 |
| Загальна тривожність | 29,03 ± 7,05 | 36,50 ± 6,51 | 23,55 ± 8,31 | 25,23 ± 8,50 | 40,50 ± 8,14 | 46,59 ± 10,20 |

Примітка. Достовірних ($p < 0,05$) відмінностей в показниках між групами спостереження не встановлено.

У групі молодшого підліткового віку було 36 осіб (55,38 %) з низьким рівнем тривожності, підвищений рівень - 16 (24,62 %) підлітків, високий - 1 (1,54 %) школярів. У групі середнього підліткового віку низький рівень тривожності діагностовано у 26 (61,90 %), підвищений - у 3 (7,14 %), високий - у 1 (2,38 %) респондентів. У групі старшого підліткового віку низький рівень мали 3 дитини (15,79 %), підвищений - 8 (42,11 %), високий - 1 (5,26 %) рівень тривожності.

Особливе місце посідає страх самовираження, підвищений рівень тривоги за даним показником відмічено у групі дівчат молодшого ($50,0 \pm$

7,38%) і старшого ($54,17 \pm 12,66$ %) підліткового віку. У групі дівчат 17-18 років має місце підвищений рівень страху ситуації перевірки знань ($62,5 \pm 11,79$ %), і страху невідповідності очікуванням оточуючих ($60,0 \pm 14,64$ %), що вказує на більш емоційне реагування дівчат старшої підліткової групи на процес опитування або виконання контрольних завдань. Отримані показники вказують на низьку фізіологічну опірність стресу ($22,5 \pm 16,79$ %) в усіх групах спостереження.

Аналіз шкільної тривожності в залежності від соціального походження виявив наступне: найчастіше підвищений рівень тривоги виявлено у групі підлітків – сиріт ($25,37$ %), а у підлітків з повної сім'ї цей показник встановлено у $20,51$ % осіб, у підлітків з неповної сім'ї – $10,00$ %. Високий рівень тривожності у підлітків з повної сім'ї не виявлявся, тоді як мав місце у $10,0$ % підлітків з неповної сім'ї та у $2,56$ % підлітків – сиріт. Низький рівень тривожності діагностовано у $52,24$ % сиріт, $35,9$ % підлітків з повної сім'ї і $30,0$ % підлітків з неповної сім'ї (табл. 2.14).

Перше місце посідає страх самовираження, підвищений рівень тривоги за даним показником відмічено у групі дівчат-сиріт ($50,0 \pm 8,33$ %), дівчат з неповної сім'ї ($53,64 \pm 6,32$ %), страху невідповідності очікуванням оточуючих ($52,38 \pm 15,43$ %) у юнаків-сиріт, страху ситуації перевірки знань у дівчат з неповної сім'ї ($50,0 \pm 21,82$ %). Як у хлопців, так і дівчат з групи сиріт має місце низька фізіологічна опірність стресу ($15,45 \pm 12,49$ % і $21,18 \pm 16,44$ % відповідно).

Таблиця 2.14

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса в залежності від соціального походження підлітків ($M \pm \sigma$)

| Шкали тесту | Підлітки – сироти n=39 | | Підлітки з неповної сім'ї n=20 | | Підлітки з повної сім'ї n=67 | |
|---|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|---------------------------------|-----------------|
| | юнаки n=22 | дівчата n=17 | юнаки n=13 | дівчата n=7 | юнаки n=29 | дівчата n=38 |
| Переживання соціального стресу | 37,19 ± 5,80 | 38,50 ± 8,84 | 43,36 ± 7,68 | 45,45 ± 15,85 | 28,21 ± 8,12 | 29,43 ± 7,02 |
| Фрустрація потреби у досягненні успіху | 40,91 ± 3,99 | 40,27 ± 4,59 | 37,28 ± 5,68 | 39,56 ± 9,02 | 35,81 ± 4,95 | 33,81 ± 4,10 |
| Страх самовираження | 31,82 ± 9,51 | 50,00 ± 8,33 | 47,44 ± 11,89 | 52,38 ± 15,43 | 41,38 ± 7,46 | 42,11 ± 7,55 |
| Страх ситуації перевірки знань | 32,58 ± 10,43 | 42,16 ± 9,37 | 41,03 ± 12,37 | 50,00 ± 21,82 | 35,06 ± 7,03 | 42,11 ± 7,10 |
| Страх невідповідності очікуванням оточуючих | 53,64 ± 6,32 | 57,65 ± 9,28 | 35,38 ± 10,18 | 40,00 ± 26,73 | 34,48 ± 8,93 | 35,79 ± 7,26 |
| Низький фізіологічний опір стресу | 15,45 ± 12,49 | 21,18 ± 16,44 | 10,77 ± 11,16 | 37,14 ± 19,52 | 16,55 ± 11,72 | 26,32 ± 9,65 |
| Проблеми страху у стосунках з вчителем | 39,20 ± 6,20 | 43,38 ± 6,53 | 41,35 ± 4,05 | 42,86 ± 9,18 | 41,38 ± 5,87 | 42,76 ± 4,36 |
| Загальна тривожність у школі | 30,17 ± 8,91 | 35,56 ± 6,10 | 29,02 ± 8,57 | 38,96 ± 20,40 | 28,37 ± 7,08 | 32,66 ± 6,48 |

Примітка. Достовірних ($p < 0,05$) відмінностей в показниках між групами спостереження не встановлено.

Опитувальник тривожності Ч.Д. Спілбергера дозволяє виявити рівень пізнавальної активності, тривожність і негативні емоційні переживання (гнів). Під пізнавальною активністю розуміється властива людині допитливість, безпосередній інтерес до навколишнього світу, що активують пізнавальну діяльність суб'єкта. Гнів і тривога – основні емоції, залежні від ієрархічно організованих структур мозку, вони посилюють дію емоціогенних стимулів, і це посилення зовні проявляється у вигляді ускладненого пристосування суб'єкта до життєво значимих ситуацій.

Проведене дослідження особистісної і ситуативної (реактивної) тривожності у підлітків в залежності від віку і соціального статусу виявило наступне. Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності розцінений як помірний в усіх групах підлітків. Разом з тим, виражену тривожність як стабільну особистісну характеристику визначали у 22,73 % молодшого, 19,05 % середнього і 10,53 % старшого підліткового віку, а також у 13,23 % – з повної, 40,0 % – з неповної сім'ї й 23,08 % – сиріт. Низький рівень особистісної тривожності зафіксований у 16,67 % дітей віком 10-14 років, 19,05 % – віком 15-16 років і 21,05 % – віком 17-18 років, а також 17,65 % – з повної, 25,0 % – з неповної сімей і 2,54 % – сиріт. Високий рівень реактивної тривожності відзначали у 21,21 % дітей молодшого, 11,90 % – середнього і 21,05 % – старшого підліткового віку, а також у 16,18 % – з повної, 5,0 % – з неповної сімей і 30,77 % – сиріт. Отже, найвищі значення особистісної тривожності визначені у групі підлітків з неповної сім'ї, сиріт і вікової групи 10-14 років, тоді як реактивної тривожності – у сиріт і вікових групах 10-14 й 17-18 років.

У результаті аналізу отриманих даних встановили, що особистісна та реактивна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у хлопців віком 10-14 років складала $20,56 \pm 0,14$ і $21,5 \pm 0,13$ бала, тоді як і дівчат – $21,15 \pm 0,14$ і $19,18 \pm 0,28$ відповідно (розбіжності достовірні, $p < 0,05$ для обох значень). У підлітків 15-16 років – дівчат $20,85 \pm 0,20$ та $20,25 \pm 0,25$ бала, хлопців – $19,82 \pm 0,22$ і $20,5 \pm 0,17$ відповідно (розбіжності достовірні при порівнянні з групою молодшого підліткового віку, $p < 0,05$). У групі старшого підліткового віку значення показників реактивної та особистісної тривожності у хлопців $19,73 \pm 0,26$ і $21,18 \pm 0,29$ балів, у дівчат – $21,13 \pm 0,30$ і $22,86 \pm 0,44$ балів відповідно. Різниця значень достовірна у вікових групах порівняння 15-16 і 17-18 років ($p < 0,001$ для обох показників).

Параметри особистісної і реактивної тривожності у підлітків в залежності від соціального походження відрізнялись достовірно у сиріт в порівнянні з підлітками з повної і неповної сім'ї ($p < 0,05$). У хлопців-сиріт

особистісна та реактивна тривожність складала $21,18 \pm 0,19$ і $22,5 \pm 0,18$ балів відповідно, тоді як у дівчат-сиріт – $21,29 \pm 0,23$ і $22,88 \pm 0,26$ балів. У хлопців з неповної сім'ї відповідно $20,15 \pm 0,21$ і $19,92 \pm 0,19$, а у дівчат – $21,29 \pm 0,29$ і $21 \pm 0,40$ балів. У хлопців з повної сім'ї особистісна тривожність – $19,43 \pm 0,17$, а реактивна – $20,6 \pm 0,13$ бали, тоді як у дівчат – $20,89 \pm 0,13$ і $18,53 \pm 0,25$. Отримані дані відображені на рис. 2.5 і 2.6.

Особистісна пізнавальна активність також достовірно відрізнялась у вікових групах 15-16 і 17-18 років в порівнянні з групою 10-14 років. Встановлена достовірна статеві відмінність ($p < 0,05$). Зі збільшенням віку особистісна пізнавальна активність у хлопців збільшувалась: $28,16 \pm 0,12$, $30,5 \pm 0,13$ і $29,36 \pm 0,18$ балів, а у дівчат – знижувалась: $29,03 \pm 0,12$, $28,65 \pm 0,16$ і $26 \pm 0,36$ балів відповідно.

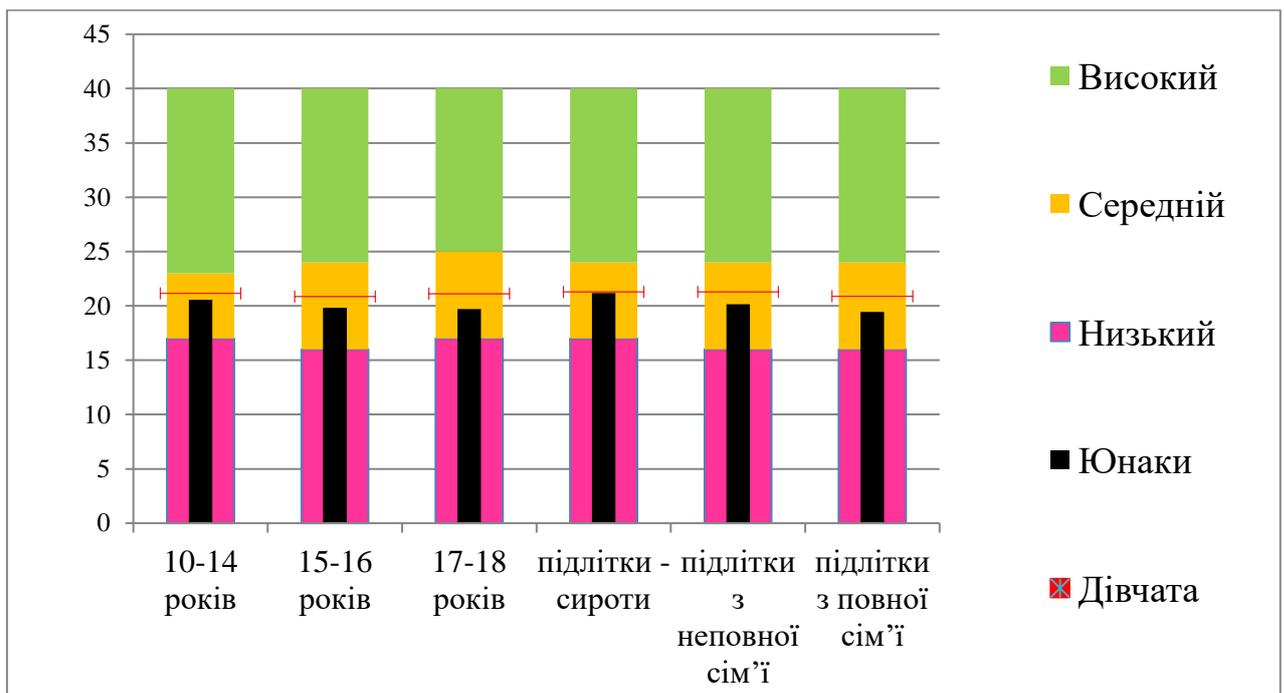


Рис. 2.5. Особистісна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

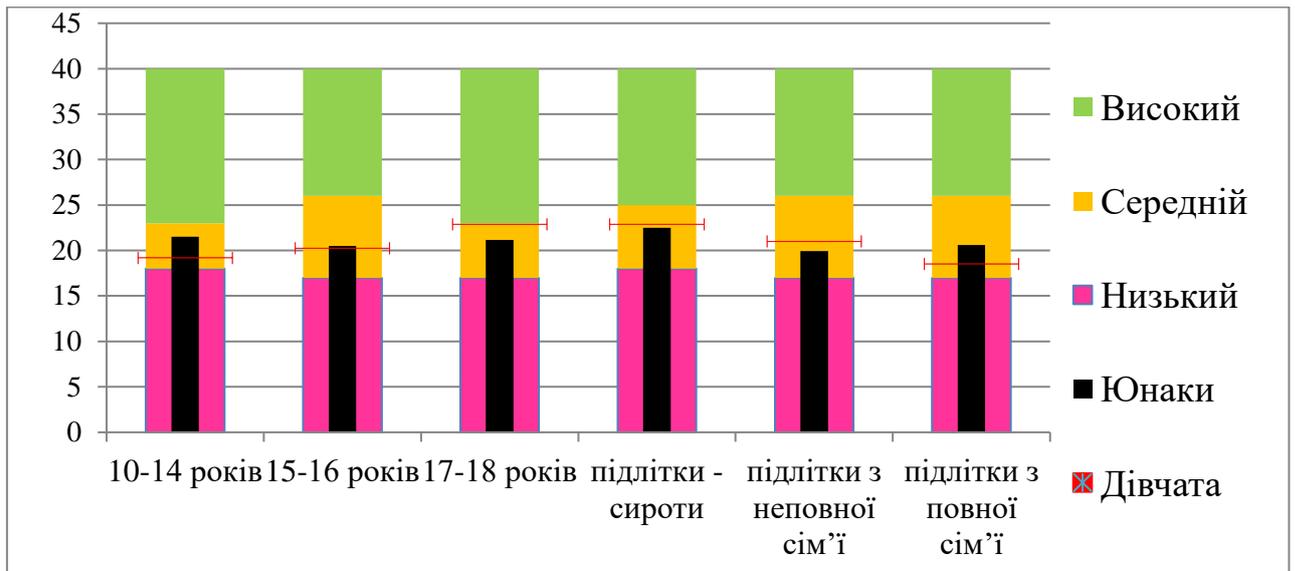


Рис.2.6. Реактивна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

В залежності від соціального походження спостерігали наступні зміни: особистісна пізнавальна активність була найвищою у хлопців з повної сім'ї ($29,87 \pm 0,12$), що достовірно відрізнялось від хлопців з неповної сім'ї ($28,85 \pm 0,22$) і сиріт ($28,36 \pm 0,12$) ($p < 0,05$). У дівчат коливання досліджуваного показника дещо відрізнялись: найкращі значення були у групах з неповної ($29,43 \pm 0,25$) і повної сім'ї ($29,13 \pm 0,12$), достовірно нижчі – у сиріт ($26,76 \pm 0,19$) (рис. 2.7).

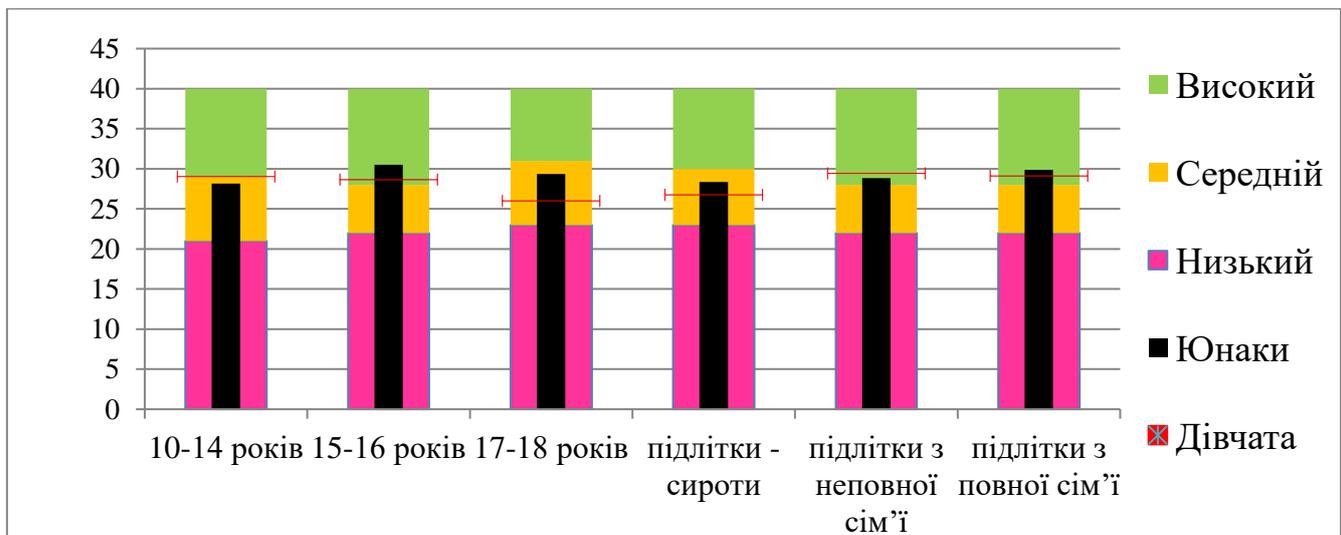


Рис. 2.7. Особистісна пізнавальна активність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

Реактивна пізнавальна активність найвищою була у віковій групі 15-16 років ($30,36 \pm 0,16$ – у хлопців і $29,35 \pm 0,14$ – у дівчат), у хлопців 17-18 років ($29,82 \pm 0,16$), хлопців з повної сім'ї ($29,2 \pm 0,14$). Найнижчою була в молодшому підлітковому віці ($27,25 \pm 0,14$ – у хлопців і $26,32 \pm 0,31$ – у дівчат), дівчат з неповної ($26,86 \pm 0,31$) і повної ($27,29 \pm 0,29$) сімей. Пізнавальна активність на уроці на середньому рівні визначалась у дівчат 17-18 років ($28,88 \pm 0,37$), у сиріт ($28,18 \pm 0,16$ – у хлопців і $28,71 \pm 0,20$ – у дівчат) і хлопців з неповної сім'ї ($28,62 \pm 0,24$) (рис. 2.8). Збільшення допитливості, безпосередньої зацікавленості, що виникає при стресових ситуаціях, таких як уроки вище середнього рівня, мало місце у групах підлітків 17-18 років, юнаків 10-14 років, сиріт та дівчат з неповної сім'ї.

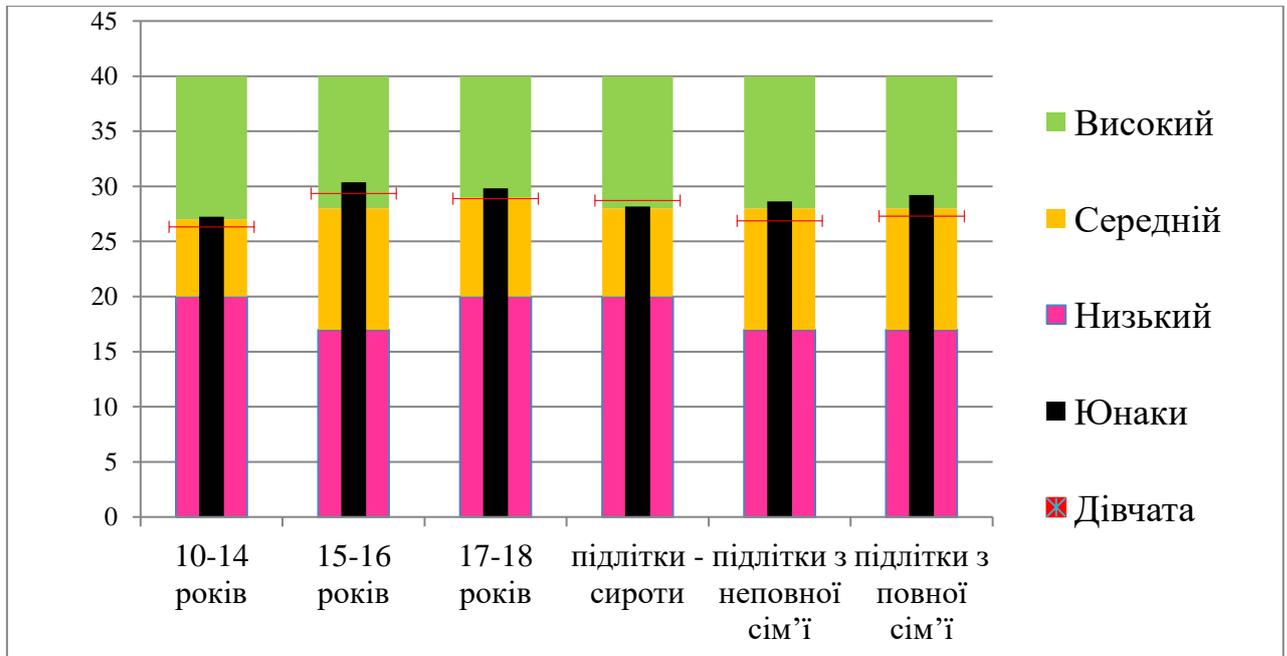


Рис. 2.8. Реактивна пізнавальна активність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

Особистісні негативні емоційні переживання, виражені в балах, в усіх вікових групах відповідали підвищеному і високому рівню емоцій переважно у дівчат 10-14 років, 17-18 років і підлітків з неповної сім'ї. Цей показник змінювався у хлопців від $23,47 \pm 0,15$ до $23,36 \pm 0,26$ ($p > 0,05$), і до $24,09 \pm 0,40$ ($p < 0,05$). У дівчат зміна значень з віком була достовірною ($p < 0,05$): з $24,44 \pm 0,14$ до $22 \pm 0,29$ і до $27,63 \pm 0,24$ балів. В залежності від соціального

походження досліджуваний показник змінювався достовірно наступним чином: у хлопців з повної сім'ї ($22,87 \pm 0,19$), з неповної сім'ї ($23,62 \pm 0,23$) і сиріт ($24,94 \pm 0,31$), ($p < 0,05$); у дівчат ($23,29 \pm 0,15$), ($26,14 \pm 0,28$) і ($24,41 \pm 0,23$) відповідно ($p < 0,05$).

Реактивні негативні емоційні переживання визначались на середньому рівні і становили в залежності від віку у хлопців $20,56 \pm 0,23$, $18,68 \pm 0,31$ ($p < 0,05$), і $20,64 \pm 0,41$ ($p > 0,05$ в порівнянні з молодшою групою). У дівчат показник реактивного гніву був достовірно нижчий ніж у хлопців і складав: $17,65 \pm 0,34$, $20,25 \pm 0,32$ і $22,63 \pm 0,4$ ($p > 0,05$ в порівнянні з молодшою групою для усіх значень). Дослідження в залежності від соціального походження виявило найнижчий рівень негативних емоційних переживань у школі у дівчат з повної ($17,34 \pm 0,30$) сім'ї, що достовірно ($p < 0,05$) нижче значень з неповної сім'ї ($22,29 \pm 0,57$) і сиріт ($21,82 \pm 0,32$). У хлопців однаковий рівень визначався з повної ($18,83 \pm 0,24$) і неповної ($18,85 \pm 0,40$) сімей, достовірно вищим – у сиріт ($22,09 \pm 0,27$). Отже, найменші особистісні і реактивні негативні емоційні переживання відзначено у групі дітей 15-16 років. Отримані дані відображені на рис 2.9 і 2.10.

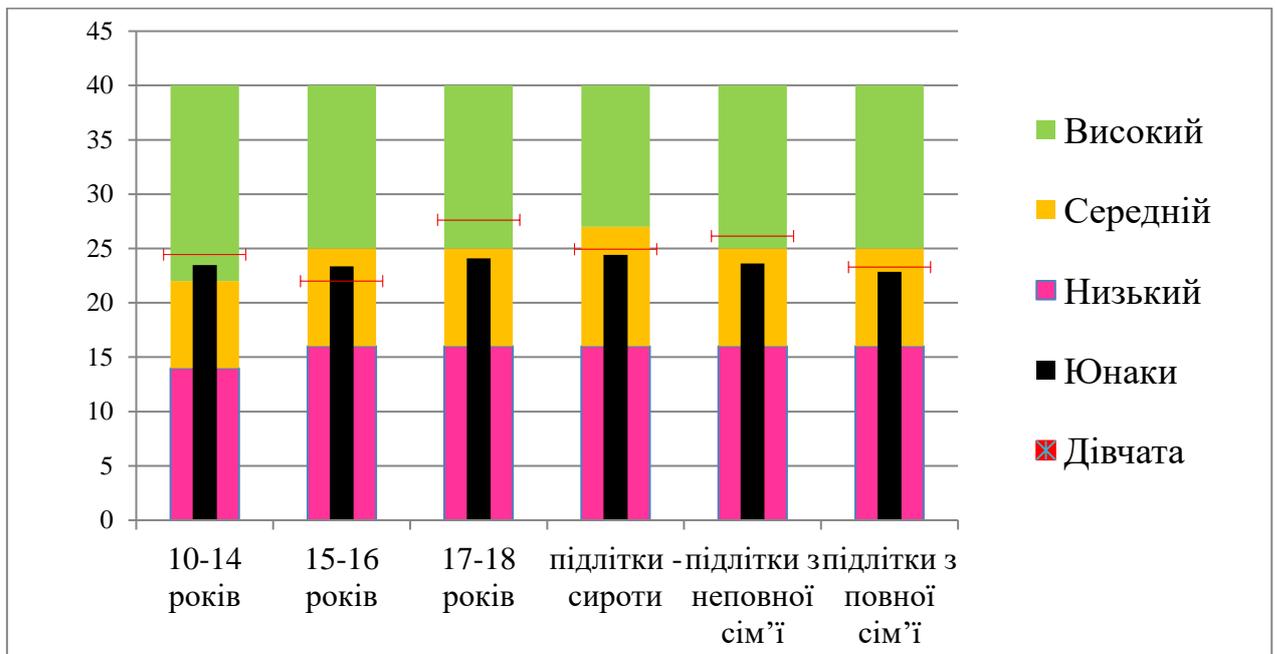


Рис. 2.9. Особистісні негативні емоційні переживання за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

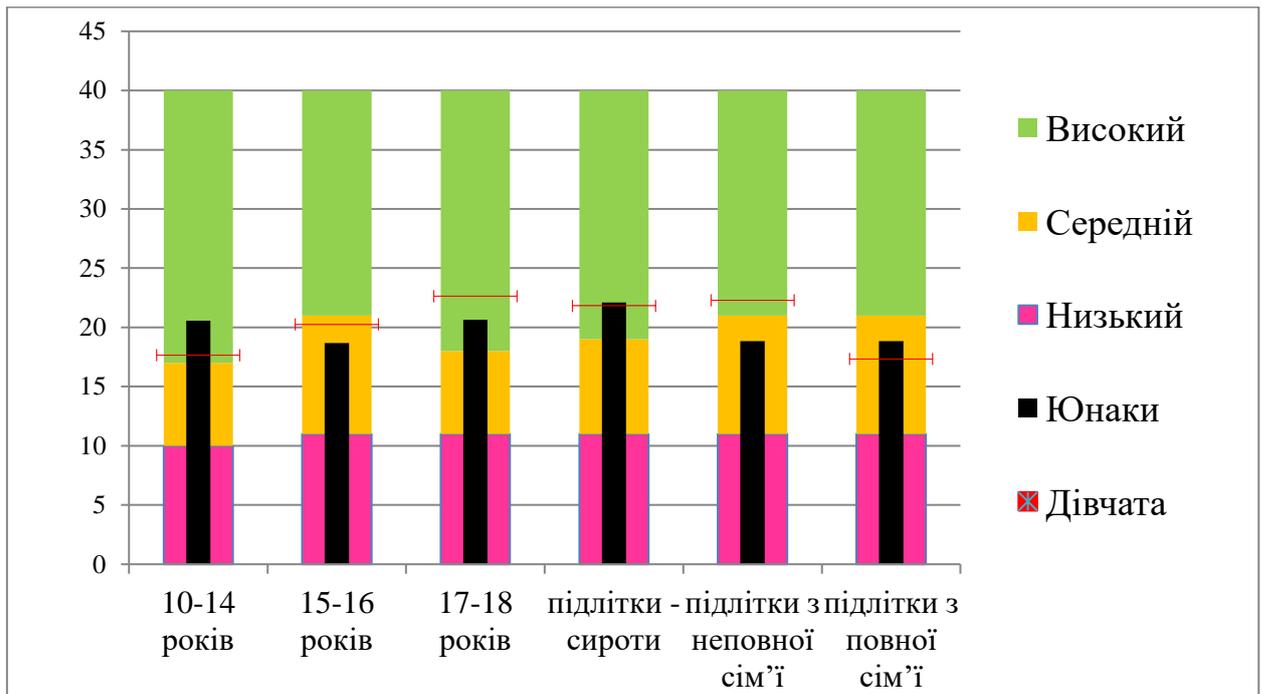


Рис. 2.10. Реактивні негативні емоційні переживання за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від віку і соціального походження.

Таким чином, завдяки тесту Ч.Д. Спілбергера нами встановлені вразливі групи підлітків, у яких на різну за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, яку можна віднести до категорії високо тривожної. Такі особистості схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій та реагувати явно вираженим станом тривожності [105]. Показник тривожності при цьому буде розцінюватися як один з основних чинників розвитку та прогресування психосоматичних розладів. Саме у таких групах підлітків функціональні порушення швидше перейдуть в органі неврози, що вимагає пильної уваги батьків та педагогів.

В розвитку психосоматичних порушень у підлітків велику роль відіграє особистісна диспозиція, своєрідна «готовність» реагувати на ситуацію відповідним «невротичним» способом, яка, передусім, обумовлена темпераментом, типом поведінкової активності та особистісними особливостями [160, 241]. Темперамент є спадково отриманим компонентом психіки, що створює забарвлення більш складних функцій, виступає

необхідною умовою регуляції і адаптації людської поведінки, характеру [160]. Вивчення особливостей характеру, темпераменту та індивідуальних відмінностей, що пов'язані з ними, є актуальною проблемою у підлітків.

В дослідженні підлітків різних вікових груп використовували особистісний опитувальник ЕРІ (методика Г. Айзенка для підлітків), який призначений для діагностики екстра-інтроверсії і нейротизму (стабільність-нестабільність). В результаті дослідження виявлено, що в групі 10-14 років сангвінічний темперамент визначено у 28,35 % осіб, холеричний – у 25,98 %, флегматичний – у 16,54 %, меланхолічний – у 7,09 %, змішаний тип – у 22,05 %. У групі дітей 15-16 років характеристики темпераменту розподілились таким чином: сангвінічний – у 30,30 % осіб, холеричний – у 21,21 %, флегматичний – у 13,64 %, меланхолічний – у 9,09 %, змішаний тип – у 25,76 %. У групі 17-18 років характеристики темпераменту розподілились так: холеричний і сангвінічний – по 28,95 % осіб, меланхолічний – у 18,42 %, флегматичний – у 7,89 %, змішаний тип – у 15,79 % (табл. 2.15).

Аналіз результатів дослідження за методикою Г. Айзенка в залежності від віку підлітків встановив, що найчастіше в усіх вікових групах виявлено сангвінічний і холеричний темперамент. Так, сангвінічний – сильний, урівноважений, рухливий екстраверт, швидко пристосовується до нових умов, високо емоційний і комунікативний. Натомість холеричний — сильний, енергійний та неврівноважений, мало міркує і швидко діє [73]. Це можна пояснити тим, що у підлітковому віці стабілізуються риси характеру та основні форми міжособистісної поведінки. Темперамент істотно впливає на формування багатьох важливих рис людини, її здібностей, виступає необхідною умовою регуляції і адаптації людської поведінки в нормальній ситуації. [170].

Таблиця 2.15

Розподіл темпераменту за тестом Айзенка в залежності від віку підлітків

| Параметри | | Підлітки віком 10-14 років n=127 | | Підлітки віком 15-16 років n=66 | | Підлітки віком 17-18 років n=38 | |
|---------------|-----|--|--------------|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|
| | | Чол. n=63 | Жін. n=64 | Чол. n=36 | Жін. n=30 | Чол. n=15 | Жін. n=23 |
| сангвінічний | абс | 17 | 19 | 10 | 10 | 5 | 6 |
| | % | 26,98 | 29,69 | 27,78 | 33,33 | 33,33 | 26,09 |
| холеричний | абс | 15 | 18 | 8 | 6 | 4 | 7 |
| | % | 23,81 | 28,13 | 22,22 | 20 | 26,67 | 30,43 |
| флегматичний | абс | 10 | 11 | 7 | 2 | 0 | 3 |
| | % | 15,87 | 17,19 | 19,44 | 6,66 | 0 | 13,04 |
| меланхолічний | абс | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| | % | 7,94 | 6,25 | 5,56 | 13,33 | 20,0 | 17,39 |
| змішаний тип | абс | 16 | 12 | 9 | 8 | 3 | 3 |
| | % | 25,39 | 18,75 | 25,0 | 26,67 | 20,0 | 13,04 |

Характеристики темпераменту підлітків в залежності від соціального походження розподілені нерівномірно (табл. 2.16). Так, у підлітків з повної сім'ї сангвінічні характеристики визначено у достовірно більшій кількості осіб (37,90 %) у порівнянні з іншими типами темпераменту. Флегматичний і холеричний – по 16,13 %, змішаний тип – у 21,77 %, меланхолічний – у 8,06 %, розподіляються рівномірно з найменшою кількістю врівноваженого типу темпераменту.

У школярів з неповної сім'ї розподіл був таким: холеричний – 27,27 %, сангвінічний – 22,22 % осіб, що вказує на рівномірний розподіл типів темпераменту, які ще відносять до непомікованих [73]. Меланхолічний

темперамент визначався у 11,11 %, флегматичний – у 8,33 %, змішаний тип – 41,66 % підлітків.

У сиріт найчастіше виявляли холеричний темперамент - у 39,44 %, змішаний тип – у 18,31 % і сангвінічний - у 16,90 % осіб, тоді як істотно рідше – флегматичний - у 14,08 %, меланхолічний – у 11,27 % підлітків. Достовірно низький рівень слабого меланхолічного темпераменту, який характеризується нерішучістю і слабкою здатністю долати труднощі, може вказувати на потребу дітей-сиріт в активній поведінці, енергійності, здатності до ефективних дій у прагненні досягнення мети.

Таблиця 2.16

Розподіл темпераменту за тестом Айзенка в залежності від соціального походження підлітків

| Параметри | | Підлітки – сироти n=71 | | Підлітки з неповної сім'ї n=36 | | Підлітки з повної сім'ї n=124 | |
|---------------|-----|---------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|
| | | Чол. n=38 | Жін. n=33 | Чол. n=21 | Жін. n=15 | Чол. n=55 | Жін. n=69 |
| сангвінічний | абс | 6 | 6 | 4 | 4 | 22 | 25 |
| | % | 15,79 | 18,18 | 19,05 | 26,67 | 40,0 | 36,23 |
| холеричний | абс | 15 | 13 | 5 | 5 | 7 | 13 |
| | % | 39,47 | 39,39 | 23,81 | 33,33 | 12,73 | 18,84 |
| флегматичний | абс | 6 | 4 | 1 | 2 | 10 | 10 |
| | % | 15,78 | 12,12 | 4,76 | 13,33 | 18,18 | 14,49 |
| меланхолічний | абс | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 6 |
| | % | 10,53 | 12,12 | 9,52 | 13,33 | 7,27 | 8,69 |
| змішаний тип | абс | 7 | 6 | 9 | 2 | 12 | 15 |
| | % | 18,42 | 18,18 | 42,86 | 13,33 | 21,82 | 21,74 |

Тест Айзенка включає також питання «шкали брехні». При оцінці щирості-нещирості випробуваного, його ставлення до обстеження та достовірності результатів виявлено найвищу суму балів у 46,13 % осіб віком 10-14 років, 36,84 % віком 15-16 років і 21,05 % віком 16-18 років, різниця при порівнянні показників недостовірна ($p > 0,05$). Достовірно вищі значення «шкали брехні» в залежності від соціального походження підлітків. Так, у сиріт показник складає 25,47 %, підлітків з неповної сім'ї – 29,03 % і 32,31 % підлітків з повної сім'ї.

Узагальнюючи результати проведеного етапу дослідження підлітків, можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості, як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань. Так, Волошко Н.І. виділяє наступні риси: 1) уражене почуття гідності; 2) егоцентричність (егоїзм); 3) звуження інтересів; 4) агресивність; 5) невідповідність домагань можливостям; 6) постійна демонстрація надмірної мужності; 7) істероїдність [74]. А саме такі риси переважають у підлітків-сиріт і з неповної сім'ї. Натомість упевненість в своїх силах і можливостях; довір'я до себе і віра в себе; висока самооцінка; емоційна стабільність і певна безтурботність – це ті індивідуально-психологічні особливості, які розвиваються в повній сім'ї.

Таким чином, в результаті проведеного данного етапу дослідження встановлено, що застосування тесту шкільної тривожності Б.Філіпса дозволяє виділити уразливі групи підлітків, а саме школярі старшого підліткового віку, зокрема дівчата, та підлітки-сироти, особливість психофізіологічних функцій організму яких сприяє зниженню пристосованості до ситуацій стресогенного характеру. Використання опитувальника тривожності Ч.Д. Спілбергера дало змогу встановити, що найвищі значення особистісної і реактивної тривожності, особистісних і реактивних негативних емоційних переживань визначені у групі підлітків віком 10-14 і 15-16 років, з неповної сім'ї і сиріт. Зі збільшенням віку особистісна і реактивна пізнавальна активність у хлопців збільшувалась, а у дівчат – знижувалась. Цей показник

був найвищим у хлопців з повної сім'ї, а у сиріт достовірно нижчим. Особистісні негативні емоційні переживання в усіх вікових групах відповідали підвищеному і високому рівню емоцій, найнижчий рівень реактивних негативних емоційних переживань у школі у дівчат з повної сім'ї, достовірно вищим – у сиріт. За допомогою особистісного опитувальника Г. Айзенка для підлітків було встановлено, що екстраверти мають досить хороше соматичне здоров'я, але схильні до симуляції, з можливими вегетативними кризами і соматоформними порушеннями. Інтроверти, навпаки, мають знижену працездатність, більш низьку цілеспрямованість, у стресових ситуаціях схильні виявляти аварійне гальмування. Амбіверти з тенденцією до інтроверсії, емоційно слабкі, мають слабкий контроль над емоціями, з більш вираженими тривожно-недовірливими рисами, схильні проявляти боязкість і скритність. Амбіверти з тенденцією до екстраверсії, схильні проявляти боязкість і скритність, відзначаються зниженням комунікаційних властивостей, дратівливістю, агресивністю, мають більш виражене прагнення до самотності [106].

Беручи за основу отримані результати, постає питання наскільки батьківське виховання може впливати на розвиток психосоматичних захворювань у підлітків? Результати проведеного аналізу будуть викладені в наступному розділі дисертації.

2.5. Загальна медико-соціальна характеристика підлітків з психосоматичними розладами

Відомо, що у формуванні психосоматичних захворювань важливу роль відіграє особистісний фактор, який визначає відповідну реакцію індивідуума на стресові впливи [37, 68]. Різноманітні психосоматичні розлади об'єднує одна спільна ознака – поєднання порушень психічної і соматичної сфери, що підкреслює тісний зв'язок між індивідуальним розвитком особи і біологічними чинниками, що діють на неї [208]. Цей факт спонукав до

проведення аналізу взаємозв'язку двох ознак без урахування характеру їх розподілу у підлітків різних вікових груп і соціального статусу за допомогою непараметричного кореляційного аналізу за методом Спірмена (коефіцієнт кореляції, r). Результати вважали достовірними при $p < 0,05$.

Нами встановлені достовірні кореляційні зв'язки між соматичними скаргами та проявами порушень психічної сфери. Так, має місце зв'язок між впливом стресового фактору й наявністю скарг з боку ЦНС ($r = 0,63$, $p < 0,05$); серцево-судинної системи ($r = 0,71$, $p < 0,05$), зокрема у дівчат ($r = 0,79$, $p < 0,05$); травної системи ($r = 0,84$, $p < 0,05$), зокрема у юнаків ($r = 0,87$, $p < 0,05$). Крім цього, порушення травної функції при дії стресового чиннику корелювало з нервово-психічними розладами ($r = 0,76$, $p < 0,05$). Виявлені достовірні кореляційні зв'язки між впливом стресору та порушеннями функцій внутрішніх органів у підлітків свідчать про провідну роль стресового чинника.

До факторів соціально-психологічного впливу на стани учнів відносяться різні інститути соціалізації особистості, і, найперше, сім'я та школа. Дослідження впливу сім'ї на перебіг негативних психічних станів школярів нами проводилося за методикою вивчення батьківських ставлень (Г.Я. Варги та В.В. Століна). Автори визначають батьківське ставлення як систему поведінкових стереотипів, особливостей сприйняття, розуміння характеру, вчинків і особистостей дитини, різноманітних почуттів до дитини [62].

За результатами дослідження було виявлено, що середні показники значень за шкалою «відвернення» в усіх вікових групах підлітків характеризуються високим рівнем батьківського відношення ($10,60 \pm 0,19$, $13,09 \pm 0,16$ і $13,0 \pm 0,54$ відповідно; різниця достовірна для обох значень $p < 0,01$). Тоді як у сиріт цей показник становив ($11,41 \pm 0,21$), дітей з повної сім'ї – ($11,42 \pm 0,20$), з неповної сім'ї – ($12,9 \pm 0,38$) (різниця достовірна в порівнянні з сиротами, $p < 0,01$). Батьківські відносини, що носять негативний характер, а саме «відвернення» виявляються на низькому рівні у 14,29 %

(діти віком 10-14 років), 13,95 % (сироти) (рис. 2.11). Отримані значення можуть свідчити про різку зміну в ставленні до дитини в залежності від обставин, наявність нестійких почуттів та в певній мірі невдоволення батьків [248].

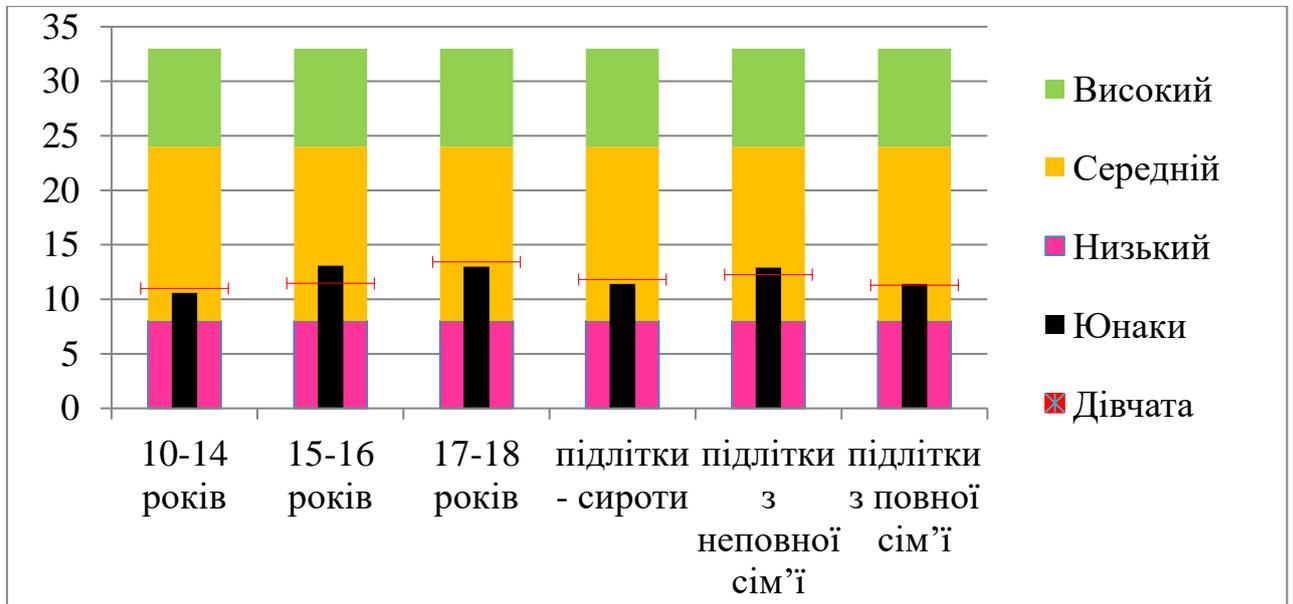


Рис. 2.11. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «відвернення».

Значення за шкалою «контроль» знаходиться у межах норми, що свідчить про адекватний контроль за підлітком та довірливого нерегламентованого спілкування, коли дорослий виступає у якості друга. У групі дітей молодшого підліткового віку – $3,92 \pm 0,12$ балів, середнього – $4,17 \pm 0,16$ балів ($p < 0,001$), старшого віку – $3,56 \pm 0,25$ балів ($p > 0,05$). У групі дітей з повної сім'ї значення були наступними: $4,23 \pm 0,17$ балів, з неповної сім'ї – $3,90 \pm 0,23$ балів, сиріт – $3,80 \pm 0,11$ балів, $p > 0,05$ для усіх груп (рис. 2.12).

У ході дослідження на високому рівні за шкалою «контроль» виявляються у 23,41 % (віком 15-16 років), 18,84 % (з повної сім'ї), коли батьки створюють певні дисциплінарні рамки, вимагаючи від дитини беззаперечного їх виконання.

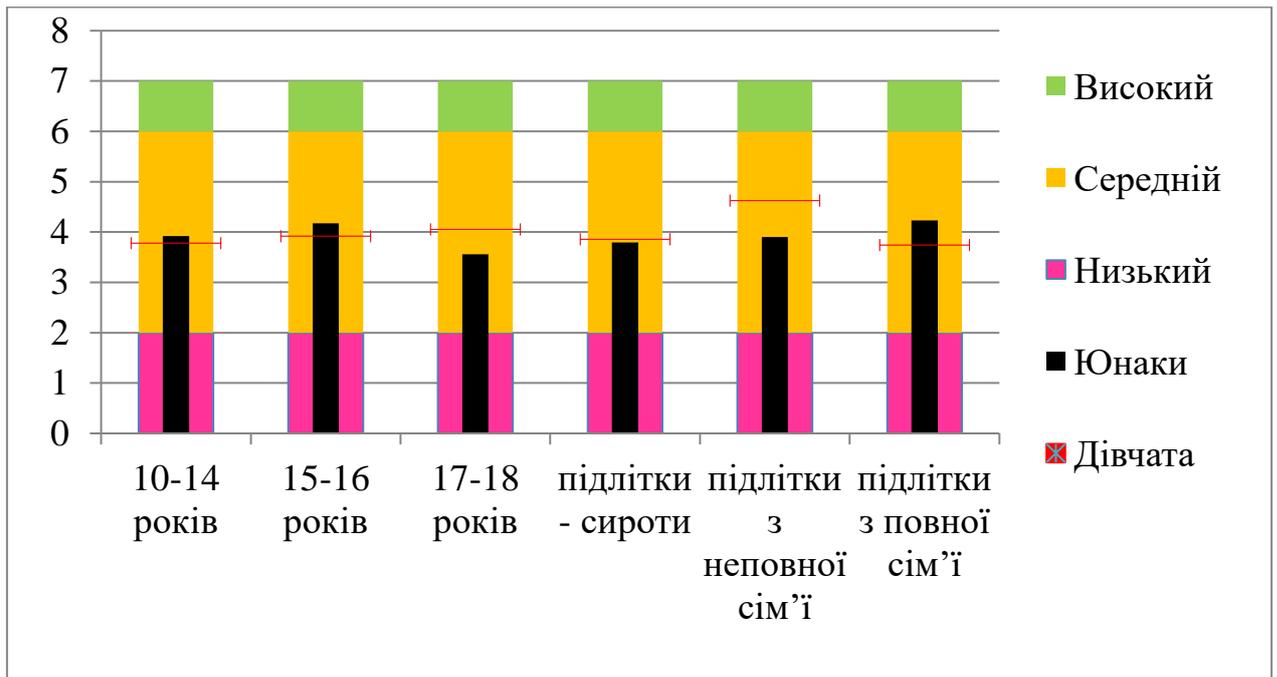


Рис. 2.12. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «контроль».

Найбільш часто вживаними типами батьківського ставлення в усіх вікових групах підлітків є „кооперація” (у 66,33 %, 85,11% і 75,0 % відповідно), що вважаються оптимальними батьківськими відносинами. Середні значення показника „кооперація” знаходиться у межах норми. У віковій групі 10-14 років – $6,33 \pm 0,09$, 15-16 років – $7,35 \pm 0,08$ ($p < 0,01$), у групі 17-18 років – $6,44 \pm 0,35$ ($p > 0,05$). Серед сиріт показник становив $6,45 \pm 0,09$ балів, що свідчить про особливе ставлення, особистісні та професійні якості педагога, які базуються на потребі розуміти дитину позбавлену батьківського піклування. У дітей з повної сім'ї – $6,88 \pm 0,14$ балів ($p < 0,05$), з неповної – $6,80 \pm 0,18$ балів ($p > 0,05$) (рис. 2.13).

Отримані середні значення досліджуваного показника є ознакою того, що дорослі довіряють підлітку і виявляють щирі цікавість до його проблем [248].

У ході дослідження ми визначили, що в усіх вікових групах домінує середній рівень симбіотичного зв'язку ($4,71 \pm 0,10$, $4,96 \pm 0,12$ і $4,68 \pm 0,16$ відповідно) $p > 0,05$ для усіх значень.

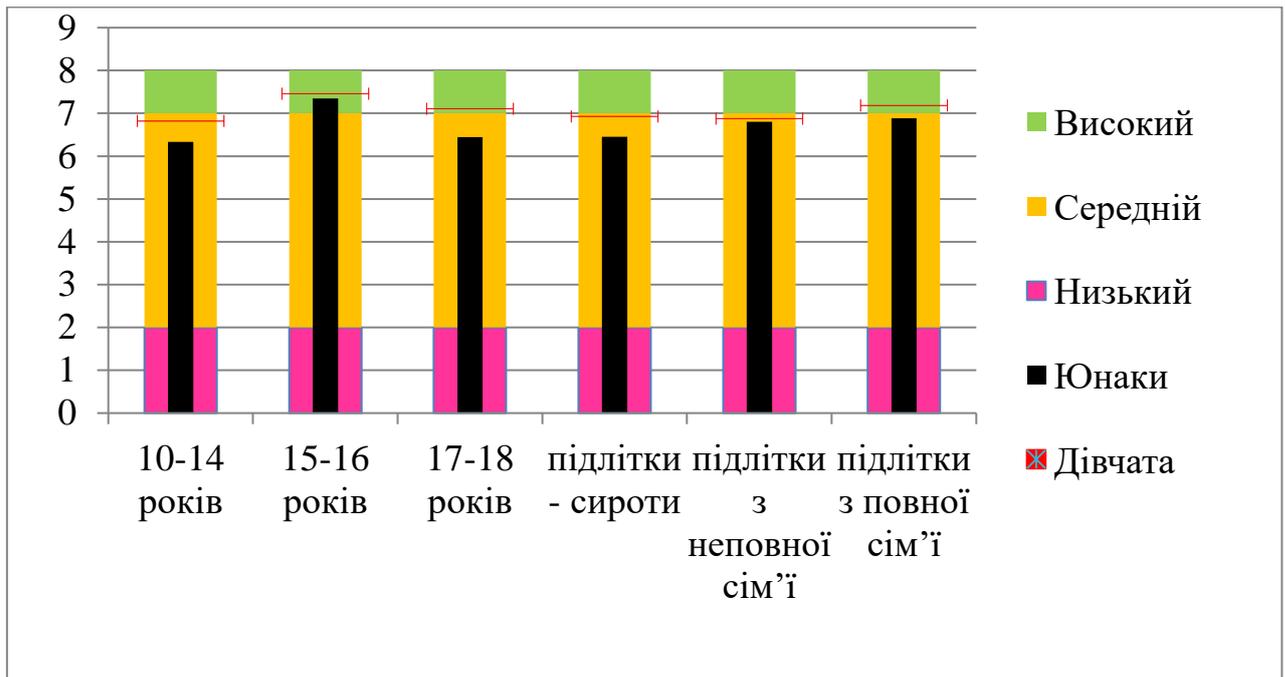


Рис. 2.13. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «кооперація».

В залежності від соціального походження показники були наступними: з повної ($4,98 \pm 0,108$), з неповної ($4,88 \pm 0,238$), сімей, $p > 0,05$; сиріт ($4,29 \pm 0,11$), $p < 0,01$ (рис. 2.14).

Середній рівень симбіотичного зв'язку є досить позитивним фактом, оскільки батьки дають підліткам певну свободу, у той же час враховуючи, що вони потребують підтримки та наслідування батьків [232].

Показники «інфантилізація» визначаються на низькому рівні від 74,39 % (10-14 років) до 67,86 % (17-18 років), а також від 73,26 % у сиріт до 85,51 % – у підлітків з повної сім'ї. Так, у молодшій віковій групі значення показника було $2,13 \pm 0,11$ балів, у середній – $2,13 \pm 0,17$ балів, у старшій – $2,22 \pm 0,35$ балів; серед сиріт $2,27 \pm 0,12$ бали, з повної – $1,96 \pm 0,16$ балів, з неповної сімей – $2,0 \pm 0,21$ балів; $p > 0,05$ для усіх значень (рис. 2.15). Отримані середні низькі значення балів за шкалою «інфантилізація» можуть підтверджувати, що невдачі підлітка дорослий вважає випадковими, чи він їм вибачає, тому що вважає школярів «маленькими».

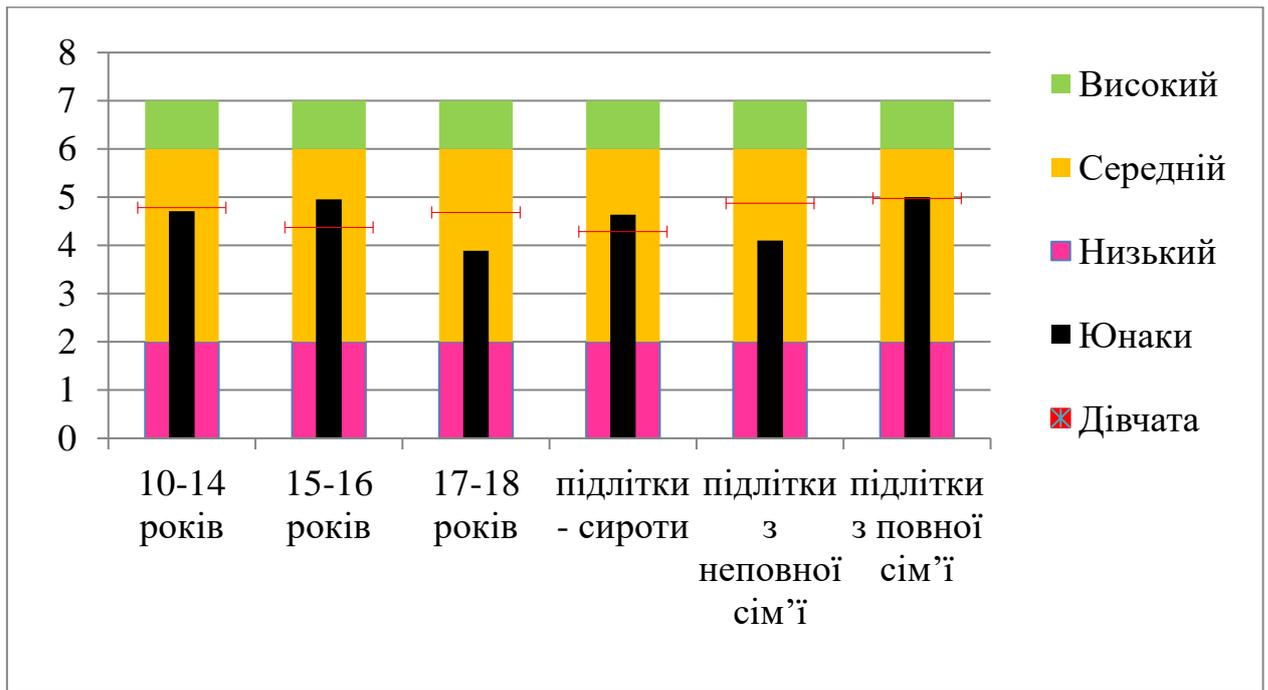


Рис. 2.14. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «симбіоз».

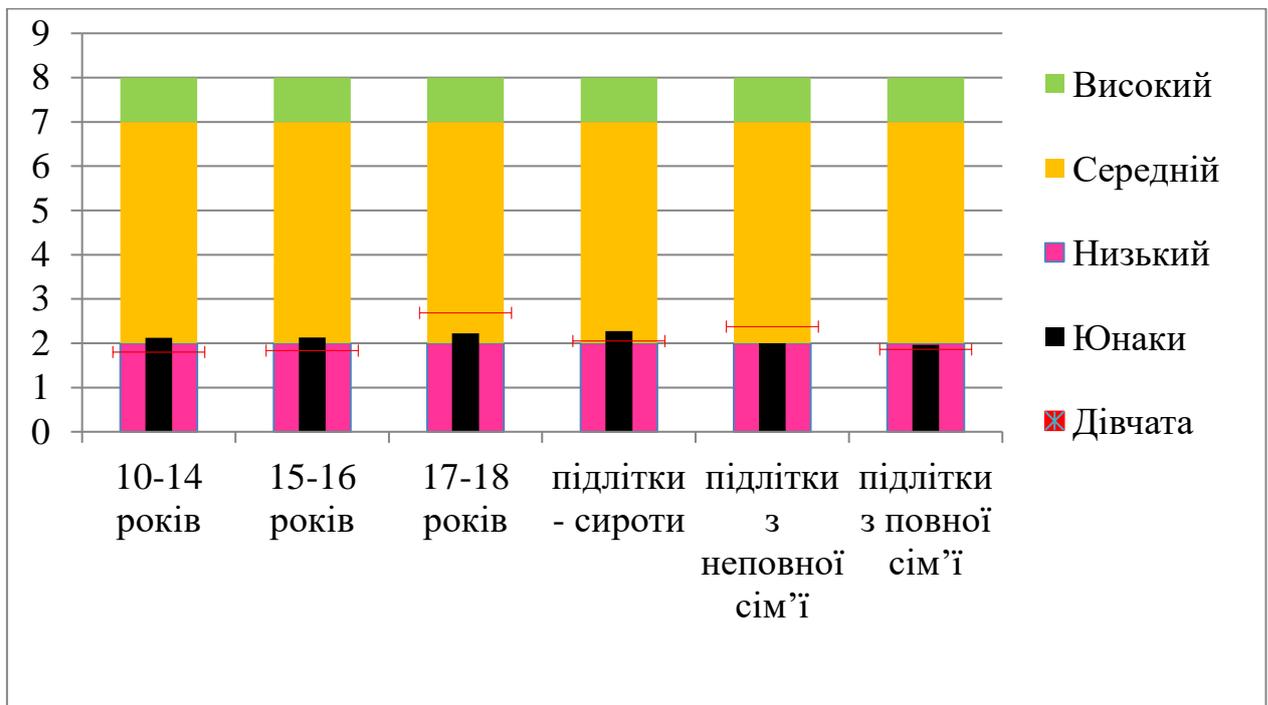


Рис. 2.15. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «інфантилізація».

Батьківське ставлення до підлітків з неповної сім'ї і сиріт ґрунтується переважно на авторитарному типі виховання, коли батьки здебільшого сконцентровані на контролюванні поведінки підлітка, вимагаючи від нього повної покірності та слухняності, тим самим пригнічуючи самостійність і автономність підлітка [128].

Відомо, що психосоматичні захворювання можуть бути наслідком проблем психоемоційної сфери, відображуючи наявність глибинних проблем особистості [208].

Враховуючи вище наведене, наступним етапом дослідження стало вивчення особливостей перебігу психосоматичних розладів у підлітків в залежності від переважаючого соматичного ураження.

За результатами розділу опубліковано наступні роботи: 1, 3, 6, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20.

РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНА КАРТИНА, ПЕРЕБІГ, КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС, ФАКТОРИ РИЗИКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

3.1. Особливості клінічної картини та перебігу психосоматичних розладів у підлітків в залежності від прояву соматичних симптомів та синдромів

Останнім часом відмічається зростання у загальній популяції кількості психосоматичних розладів у дітей та підлітків через низьку спроможність виражати свої емоції та почуття в повній мірі при спілкуванні (алекситимія), тому зазвичай психічні проблеми можуть проявлятися на фізичному рівні у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів [107, 183]. Психосоматичні розлади характеризуються численними фізичними симптомами і скаргами (з боку шлунково-кишкового тракту, респіраторної, серцево-судинної систем, псевдоневрологічними порушеннями тощо), які навіть за наявності будь-якого соматичного розладу не можуть пояснити характер і виразність симптомів, їх вплив на життєдіяльність хворого [34]. Ці скарги спонукають до частих звернень до лікаря та додаткових непотрібних досліджень і маніпуляцій, а у дітей викликають сімейну і соціальну дезадаптацію, пропуски в школі, погіршення навчання.

Багато дослідників вважають, що характер і вираженість психопатологічних розладів визначається структурою особи, її цінностями і мотивами (модель евапорації стресу). У цій концепції враховуються й інші можливі чинники виникнення захворювання – генетична схильність, нейроендокринні й нейроанатомічні зміни, соціальні стресори і т. п. [95].

Роль психіки найбільше виявляється у формуванні таких захворювань, які розвиваються на основі вегетативних розладів за типом функціональних порушень системи кровообігу, розладів серцевого ритму,

симптомокомплексу вегетодистонії, а також для цілого ряду хвороб, де немає чітко визначеної обумовленої причини [141].

Психоемоційні стани соматичних хворих залежать не тільки від особливостей самого захворювання, психоанамнезу і особливостей особистості пацієнтів, але й від деяких демографічних, соціальних факторів [95, 143]. Разом з тим, особливості і сила впливу цих факторів на психічну сферу соматичних хворих в літературі практично не представлені [155].

Крім багаточисельних клінічних і функціональних проявів визначне місце займають порушення емоційно-афективної сфери. Інтегративна оцінка показників самопочуття відображає найбільш значимі сторони психічної діяльності людини, які відрізняються достатньою стійкістю, разом з тим є достовірним критерієм оцінки психічного стану в момент дослідження [173].

В результаті проведеного анкетування з використанням шкали «Оцінка настрою» 155 підлітків, які висували соматичні скарги, виявлено достовірні ($p < 0,001$) розбіжності за показником настрою в залежності від переважаючого синдрому. Так, найнижчий бал за шкалою «настрій», що вказує на пригнічений настрій, визначено у групі підлітків з ознаками порушення функції органів травлення та у осіб при поєднанні кількох синдромів, тоді як найвищий бал отримано у групі з астенічним синдромом, що свідчить про звичний настрій. Показник «астенії» за даними тесту має низьке значення при наявності розладів травної системи та астенічному синдромі, що достовірно ($p < 0,05$) відрізняється від інших груп, і свідчить про астенічний стан. Низький рівень «ейфорії» визначено при астенічному синдромі ($p < 0,05$), тоді як найвищий рівень критерію ейфорійного стану – при розладах травної системи ($p > 0,05$).

В результаті проведеного анкетування встановлено зміни психоемоційного стану, що характеризувалися посереднім настроєм, відсутністю астенічного стану та адекватною оцінкою навколишніх подій у осіб з розладами серцево-судинної, дихальної та центральної нервової систем (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Показники тесту «Оцінка настрою» в залежності від прояву соматичних синдромів у балах ($M \pm \sigma$)

| Соматична симптоматика: | Показники | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| | Настрій | Астенія | Ейфорія |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс, n=40 | 4,93 ± 0,13 * | 7,08 ± 0,11 | 8,55 ± 0,06 |
| Респіраторний симптомокомплекс, n=10 | 5,10 ± 0,21 | 7,50 ± 0,14 | 8,30 ± 0,15 |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс, n=16 | 4,07 ± 0,12 * | 6,13 ± 0,15 * | 8,87 ± 0,44 |
| Невротичний симптомокомплекс, n=42 | 4,48 ± 0,10 * | 6,93 ± 0,10 | 8,73 ± 0,04 |
| Астенічний синдром, n=21 | 6,24 ± 0,34 | 6,67 ± 0,19 * | 7,57 ± 0,19 * |
| Поєднання кількох симптомокомплексів, n=26 | 4,30 ± 0,12 * | 7,27 ± 0,15 | 8,73 ± 0,04 |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з найвищим значенням кожної шкали показників.

Проведене анкетування підлітків з використанням шкали «термометр» виявило такі значення усіх показників, які свідчить про середню суб'єктивну оцінку свого стану. Результати анкетування в залежності від прояву соматичних синдромів свідчать, що найвищі показники за шкалою самопочуття, активності та задоволення минулим етапом мали місце у підлітків з симптомами з боку дихальної системи, що достовірно ($p < 0,05$) відрізнялось від груп з іншими розладами (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Показники тесту шкали-термометр в залежності від прояву соматичних синдромів у балах ($M \pm \sigma$)

| Самооцінка Соматична симптоматика | Показники | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------------------|
| | Самопочуття | Активність | Настрій | Бажання працювати | Задоволення минулим етапом |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс, n=20 | 15,50 ± 0,58 * | 15,00 ± 0,54 * | 16,50 ± 0,52 | 11,20 ± 0,70 | 11,60 ± 0,68 * |
| Респіраторний симптомокомплекс, n=25 | 17,14 ± 0,24 | 17,14 ± 0,21 | 16,79 ± 0,27 | 11,43 ± 0,36 | 15,00 ± 0,19 |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс, n=30 | 14,05 ± 0,25 * | 13,14 ± 0,32 * | 16,67 ± 0,18 | 9,67 ± 0,40 * | 12,62 ± 0,27 * |
| Невротичний симптомокомплекс, n=46 | 14,49 ± 0,17 | 14,13 ± 0,17 | 15,00 ± 0,17 * | 10,13 ± 0,23 | 12,57 ± 0,19 * |
| Астенічний синдром, n=49 | 13,47 ± 0,24 * | 11,56 ± 0,25 * | 14,72 ± 0,22 * | 7,22 ± 0,36 * | 10,75 ± 0,27 * |
| Поєднання кількох симптомокомплексів n=63 | 14,30 ± 0,21 * | 13,62 ± 0,22 * | 15,20 ± 0,19 * | 8,98 ± 0,28 * | 11,84 ± 0,22 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з найвищим значенням кожної шкали показників.

Підлітки з провідним астенічним синдромом відмічали найнижчі суб'єктивні значення за усіма шкалами тесту «термометр», що достовірно відрізнялось від інших груп ($p < 0,05$). Натомість достовірно низькі значення показників по усіх шкалах тесту «термометр» мали місце у групі підлітків, яким діагностовано декілька синдромів одночасно. Суб'єктивна оцінка по критеріях бажання працювати та задоволеність минулим етапом занижена у групі підлітків з астенічним синдромом, ураженням шлунково-кишкового тракту та поєднанні декількох синдромів у різних системах.

36,1 % респондентів вказували на зниження настрою, 8,1 % – на його суттєве зниження аж до відсутності (4,0 %). 27,2 % відмічали зниження активності, 8,4 % – суттєве зниження активності та настрою, небажання працювати та невдоволеність минулим проміжком, формуючи своїми скаргами депресивний синдром. Найбільш виражену депресивність виявляли підлітки з переважним ураженням серцево-судинної системи, найменш виражені – з порушеннями дихання.

Так, підлітки з наявністю розладів дихання мають завищену самооцінку, що може бути проявом психічної дезадаптації. Натомість підлітки з астеничним синдромом чи наявністю декількох синдромів мали занижену самооцінку, що можна розцінити як емоційне виснаження.

Дослідження дезадаптованості підлітків в залежності від переважаючого соматичного ураження виявило найвищий показник у групі підлітків з астеничним синдромом ($29,11 \pm 0,65$) (різниця достовірна $p < 0,0001$), розладами травної системи ($21,6 \pm 0,86$) та з поєднанням кількох синдромів ($19,86 \pm 0,53$) ($p < 0,001$ для обох значень), тоді як найменше значення встановлено у підлітків, які не мали скарг ($8,29 \pm 0,31$). Показник дезадаптованості у підлітків з кардіоваскулярним симптомокомплексом ($14,5 \pm 1,12$), дихальної системи ($11,57 \pm 0,62$), центральної нервової системи ($16,78 \pm 0,46$) відрізнялись недостовірно ($p > 0,05$).

Найбільшу кількість дезадаптованих підлітків виявляли при невротичному симптомокомплексі, астеничному синдромі та поєднанні кількох синдромів, причому у цих же групах найчастіше мав місце і коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів (табл. 3.3).

У підлітків дезадаптованість може проявлятися відсутністю комунікативних навичок, закомплексованістю, очікуванням неспіху, неврівноваженістю, невпевненістю у власних силах і можливостях, тривожністю. Тому наступним етапом роботи було дослідження рівня депресії за шкалою CDI М. Ковач в залежності від домінуючого соматичного ураження. Так, рівень депресії вище середнього значення

визначено при розладах дихальної системи ($58,11 \pm 0,52$ балів). Однакова кількість респондентів у цій групі (по 55,56 %) відмітили найвищий відсоток неблагополуччя за шкалами С «Неефективність», D «Ангедонія», А «Негативний настрій», CDI загальний. Менша кількість, хоч теж досить висока, (по 44,44 %) – за шкалами В «Міжособистісні проблеми» та Е «Власна неефективність і суїцидальні думки».

Таблиця 3.3

Частота дезадаптації за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта» в залежності від переважаючого соматичного ураження

| Соматична симптоматика: | Кількість осіб з показником дезадаптації | | | |
|---|--|-------|----------------------|-------|
| | Більше 8 балів | | З них понад 25 балів | |
| | число | % | Число | % |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс, n=20 | 8 | 40,0 | 3 | 15,0 |
| Респіраторний симптомокомплекс, n=25 | 13 | 52,0 | 1 | 4,0 |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс, n=30 | 16 | 53,33 | 11 | 36,67 |
| Невротичний симптомокомплекс, n=46 | 31 | 67,39 | 17 | 36,96 |
| Астенічний синдром, n=49 | 31 | 63,27 | 21 | 42,86 |
| Поєднання кількох симптомкомплексів, n=63 | 42 | 66,67 | 18 | 28,57 |

У групі школярів зі скаргами з боку травної системи рівень депресії вище середнього значення ($56,73 \pm 0,40$ балів) мав наступний розподіл: шкала CDI загальний і шкала В – по 53,33 %, D – 46,67 %, шкала А – 40,0 %, шкала С – 33,33 % і шкала Е – 26,67 %.

У підлітків з ознаками порушення ЦНС визначали найменше значення, але вище середнього рівня депресії ($55,43 \pm 0,20$) з наступним розподілом: за шкалою D (54,55 %), шкалою С – 40,91 %, шкалою В і CDI загальний – по 36,64 %, шкалою А – 30,09 %, шкалою Е – 25,0 %.

Рівень депресії вище середнього значення у групі з астенічним синдромом становив $56,62 \pm 0,34$ балів і був таким: за шкалою D (61,90 %),

шкалою CDI загальний – 52,38 %, шкалою С – 47,62 %, шкалою А і В – по 42,86 %, шкалою Е – 28,57 %.

У підлітків зі скаргами з боку кількох систем рівень депресії вище середнього значення ($57,43 \pm 0,28$ балів) визначали за шкалою D «Ангедонія» (у 60,71 %), шкалою CDI загальний – у 53,57 %, шкалою С «Неефективність» – у 50,0 %, шкалою А «Негативний настрій» – у 46,42 %, шкалою В «Міжособистісні проблеми» – у 42,86 %, шкалою Е «Власна неефективність і суїцидальні думки» – у 32,14 % (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Показники рівня депресії за шкалою CDI (М. Kovacs) в залежності від переважаючого соматичного ураження в балах ($M \pm \sigma$)

| Соматична симптоматика: | Т- показник CDI | | | | | |
|--|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | CDI загальний | Шкала А | Шкала В | Шкала С | Шкала D | Шкала Е |
| Кардіоваскулярний симптомокомплекс, n=14 | 56,44 ± 0,22 * | 54,17 ± 0,24 * | 56,26 ± 0,23 | 54,78 ± 0,26 * | 56,93 ± 0,29 * | 51,89 ± 0,18 * |
| Респіраторний симптомокомплекс, n=9 | 58,11 ± 0,52 * | 56,33 ± 0,49 * | 57,44 ± 0,56 * | 55,56 ± 0,36 * | 58,0 ± 0,53 * | 52,33 ± 0,40 * |
| Шлунково-кишковий симптомокомплекс, n=15 | 56,73 ± 0,40 * | 53,8 ± 0,39 * | 58,27 ± 0,28 * | 53,93 ± 0,32 * | 57,60 ± 0,32 * | 53,27 ± 0,38 * |
| Невротичний симптомокомплекс, n=44 | 55,43 ± 0,20 * | 53,16 ± 0,22 * | 55,25 ± 0,20 | 53,70 ± 0,19 * | 56,43 ± 0,21 * | 50,73 ± 0,18 * |
| Астенічний синдром, n=21 | 56,62 ± 0,34 * | 53,29 ± 0,32 * | 55,38 ± 0,29 | 54,52 ± 0,29 * | 58,71 ± 0,35 * | 51,90 ± 0,31 * |
| Поєднання кількох симптомокомплексів, n=28 | 57,43 ± 0,28 | 54,21 ± 0,28 * | 56,29 ± 0,27 | 55,89 ± 0,23 * | 58,61 ± 0,29 * | 51,89 ± 0,24 * |
| Контрольна група, n=79 | 50,82 ± 0,15 | 49,59 ± 0,16 | 55,44 ± 0,17 | 52,18 ± 0,14 | 50,0 ± 0,14 | 47,71 ± 0,15 |

Примітка. Знаком * позначено достовірні ($p < 0,05$) відмінності в показниках в порівнянні зі здоровими особами.

Так, найчастіше підвищений рівень тривоги за шкалою «Страх невідповідності очікуванням оточуючих» мав місце при наявності розладів травної системи ($53,33 \pm 9,51$), а за шкалою «Страх самовираження» — у групі з респіраторними розладами ($50,00 \pm 13,61$). Дуже низький рівень тривожності діагностовано за шкалою «Низький фізіологічний опір стресу» при астеничному синдромі ($15,24 \pm 12,70$), низький рівень — при порушеннях ЦНС ($18,18 \pm 9,38$), поєднанні декількох синдромів ($18,57 \pm 10,92$) та розладах травної системи ($18,67 \pm 16,58$) (табл. 3.5).

Проведений аналіз шкільної тривожності в залежності від переважаючого соматичного ураження виявив наступне: у групі з респіраторними розладами було 4 особи (44,44 %) із низьким рівнем та у 1 (11,11 %) школярів — з високим рівнем тривожності. У групі з шлунково-кишковими розладами низький рівень тривожності діагностовано у 7 (46,67 %), підвищений — у 2 (13,33 %) та високий — у 1 (6,67 %) респондентів. У групі з невротичним симптомокомплексом низький рівень тривожності діагностовано у 19 (43,18 %), підвищений — у 6 (13,64 %) та високий — у 3 (6,82 %) респондентів.

Таблиця 3.5

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса в залежності від переважаючого соматичного ураження ($M \pm \sigma$)

| Соматична симптоматика | Шкали тесту | | | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
| Респіраторний симптомо-комплекс, n=9 | 33,33 ± 13,95 | 38,38 ± 12,66 | 33,33 ± 6,66 | 50,00 ± 13,61 | 46,30 ± 17,21 | 40,00 ± 16,67 | 26,67 ± 18,26 | 34,72 ± 9,20 |
| Шлунково-кишковий симптомо-комплекс, n=15 | 29,70 ± 9,90 | 44,85 ± 7,55 | 42,56 ± 6,50 | 42,22 ± 13,91 | 35,56 ± 14,66 | 53,33 ± 9,51 | 18,67 ± 16,58 | 41,67 ± 5,56 |
| Невротичний симптомо-комплекс, n=44 | 31,10 ± 5,88 | 33,88 ± 5,93 | 37,94 ± 3,66 | 40,53 ± 6,61 | 37,12 ± 7,16 | 41,82 ± 6,88 | 18,18 ± 9,38 | 41,48 ± 3,67 |
| Астенічний синдром, n=21 | 31,82 ± 7,84 | 45,45 ± 7,50 | 41,76 ± 4,90 | 41,27 ± 10,22 | 39,68 ± 10,72 | 47,62 ± 9,05 | 15,24 ± 12,70 | 44,05 ± 4,62 |
| Поєднання кількох симптомо-комплексів, n=28 | 31,66 ± 7,08 | 42,53 ± 6,41 | 40,11 ± 4,61 | 38,69 ± 8,28 | 38,10 ± 9,51 | 45,71 ± 7,88 | 18,57 ± 10,92 | 41,52 ± 4,58 |
| Контрольна група, n=79 | 31,99 ± 4,28 | 33,80 ± 4,31 | 36,79 ± 2,57 | 42,52 ± 4,68 | 40,17 ± 4,74 | 41,79 ± 4,93 | 22,05 ± 6,80 | 42,31 ± 3,24 |

Примітка. Достовірних ($p < 0,05$) відмінностей в показниках між групами спостереження не встановлено.

У підлітків з астеничним синдромом було 8 осіб (18,18 %) із низьким рівнем тривожності, 4 школяра (9,09 %) з підвищеним і високим рівнем – у 1 (2,27 %) школярів. Серед дітей з поєднанням кількох симптомокомплексів низький рівень тривожності мали 11 осіб (39,28 %), підвищений – 3 (10,71 %) та високий – 2 (7,14 %) дітей. У контрольній групі низький рівень тривожності мали 33 підлітка (42,31 %) та 20 осіб (71,42 %) – підвищений рівень тривожності.

Нами встановлено 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 з вчителями ($r=0,41$) у групі із невротичним симптомокомплексом.

Таким чином, на основі проведеного тесту шкільної тривожності Б.Філіпса встановлено, що наявність в клінічній картині психосоматичних розладів у вигляді астеничного синдрому, ознак порушення дихальної системи та поєднання кількох симптомокомплексів сприяють зниженню пристосованості організму до стресогенних чинників.

Оскільки стан тривожності залежно від рівня показника може справляти як позитивний, так і негативний вплив на діяльність та успішність підлітків, представляло науковий інтерес дослідження тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера в залежності від переважаючого соматичного синдрому. Цей тест дозволяє виявити рівень пізнавальної активності, тривожність та гнів як наявний стан і як властивість особистості.

Проведене дослідження особистісної і реактивної тривожності у підлітків в залежності від переважаючого соматичного синдрому виявило наступне. Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності розцінений як помірний в усіх групах підлітків. Разом з тим, виражену тривожність як стабільну особистісну характеристику визначали у 33,33 % з респіраторними розладами, у 25,0 % – при поєднанні кількох синдромів, у 20,45 % – з невротичним, у 19,05 % – з астеничним, у 13,33 % – з шлунково-кишковим симптомокомплексом і 24,05 % осіб контрольної групи. Низький рівень

особистісної тривожності зафіксований у 22,22 % з порушеннями дихальної системи, у 13,64 % – з невротичними розладами, у 9,52 % – з астенічним синдромом, у 7,14 % – при поєднанні симптомів, у 6,67 % – з розладами травної системи і 24,05 % здорових осіб.

Високий рівень реактивної тривожності відзначали у 32,14 % осіб при поєднаній симптоматиці, у 28,57 % – з астенічним синдромом, у 20,45 % – з невротичним симптомокомплексом, у 20,0 % – з ознаками ураження травної системи, у 11,11 % – з порушеннями дихальної системи і у 17,72 % осіб контрольної групи. Низький рівень реактивної тривожності зафіксований у 33,33% з порушеннями дихальної системи, у 31,82 % – з невротичними розладами, у 28,57 % – при поєднанні симптомів, у 19,05 % – з астенічним синдромом, 13,33 % – з шлунково-кишковими розладами і у 17,72 % осіб контрольної групи.

Отже, найвищі значення особистісної тривожності визначені у групі з респіраторними розладами, тоді як реактивної тривожності – при астенічному синдромі (рис. 3.1, 3.2).

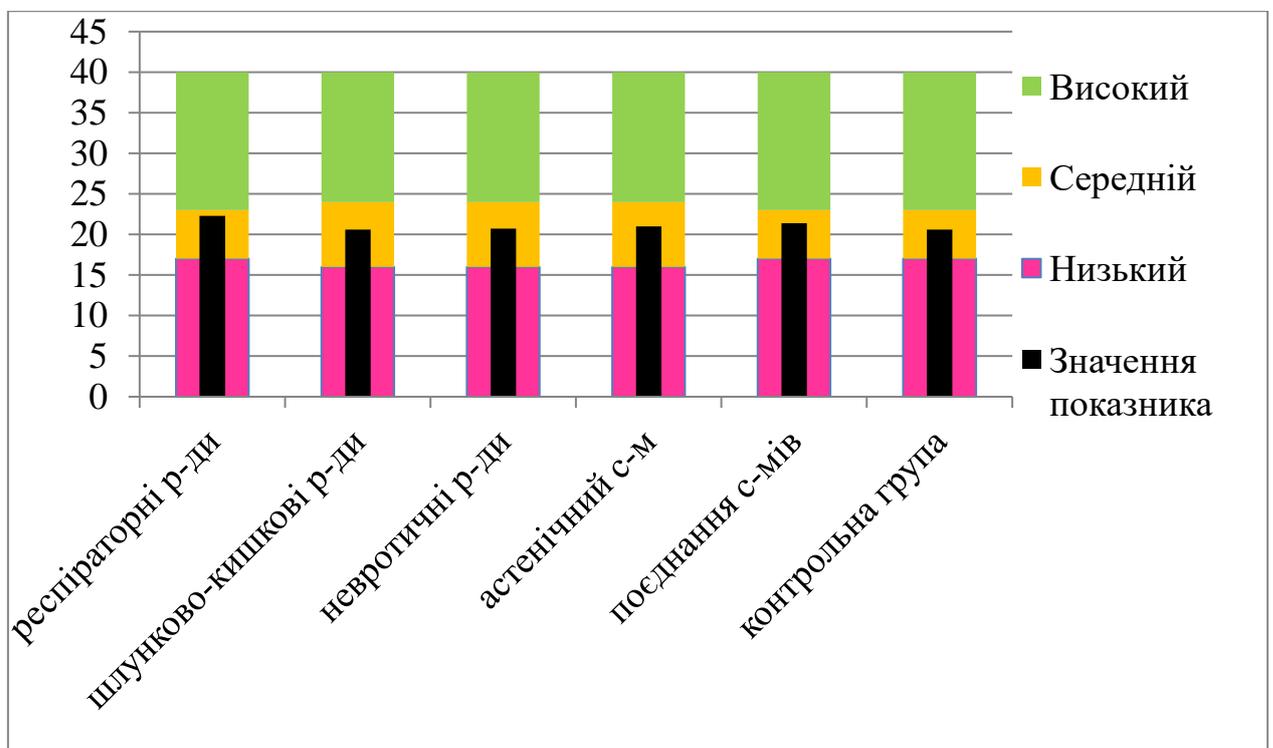


Рис. 3.1. Особистісна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від переважаючого соматичного синдрому.

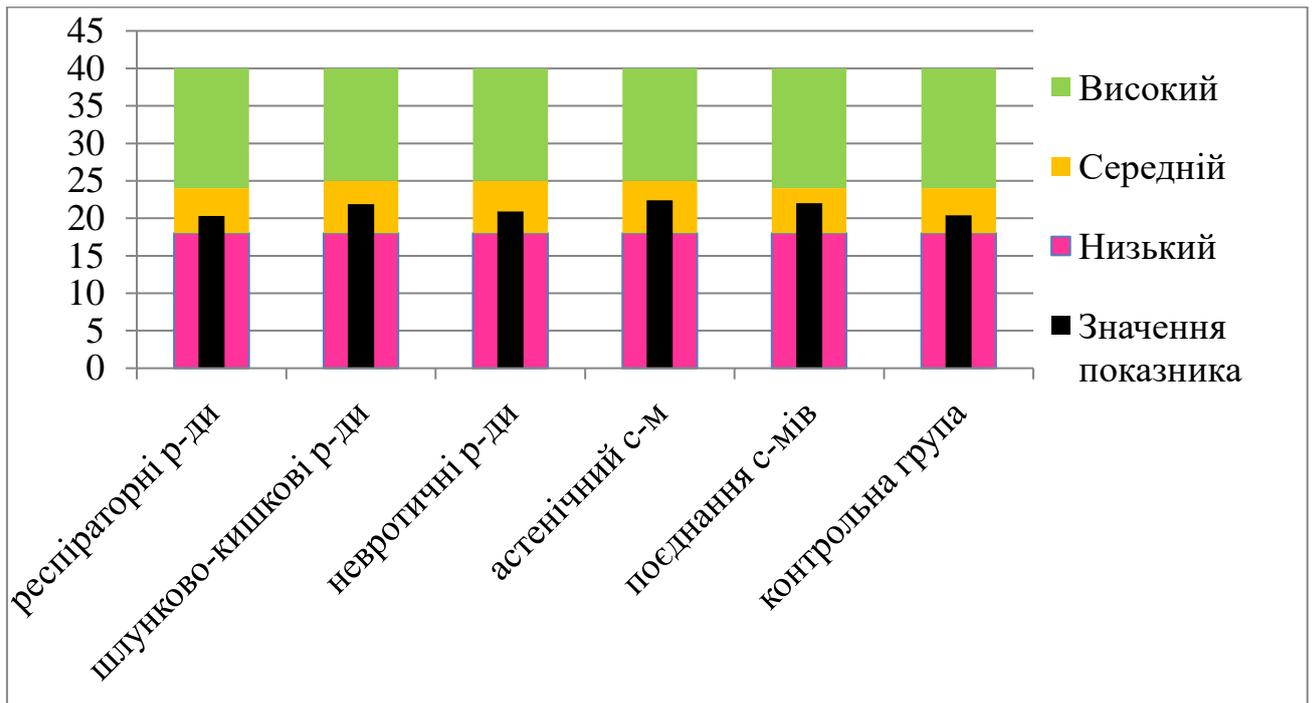


Рис.3.2. Реактивна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від переважаючого соматичного синдрому.

Особистісна пізнавальна активність була найвищою у 66,67 % з ознаками ураження травної системи, у 61,90 % – з астеничним синдромом, у 59,09 % – з невротичним симптомокомплексом, у 55,56% – з дихальними розладами, у 58,23 % осіб контрольної групи, у 53,57 % – з комбінованими порушеннями. Низький рівень особистісної пізнавальної активності зафіксований у 11,11 % з дихальними розладами, у 10,71 % – при поєднанні кількох синдромів, 6,67 % – з ознаками ураження травної системи і у 7,58 % осіб контрольної групи (рис. 3.3).

Реактивна пізнавальна активність була найвищою у 77,78 % з респіраторними розладами, у 70,45 % – з невротичним симптомокомплексом, у 61,90 % – з астеничним синдромом, у 60,71 % – з наявністю кількох синдромів, 53,33 % – з розладами травної системи і у 58,23 % осіб контрольної групи. Низький рівень реактивної пізнавальної активності зафіксований у 11,11 % з респіраторними розладами, у 3,57 % – з наявністю кількох синдромів і у 7,58 % – здорових осіб (рис. 3.4).

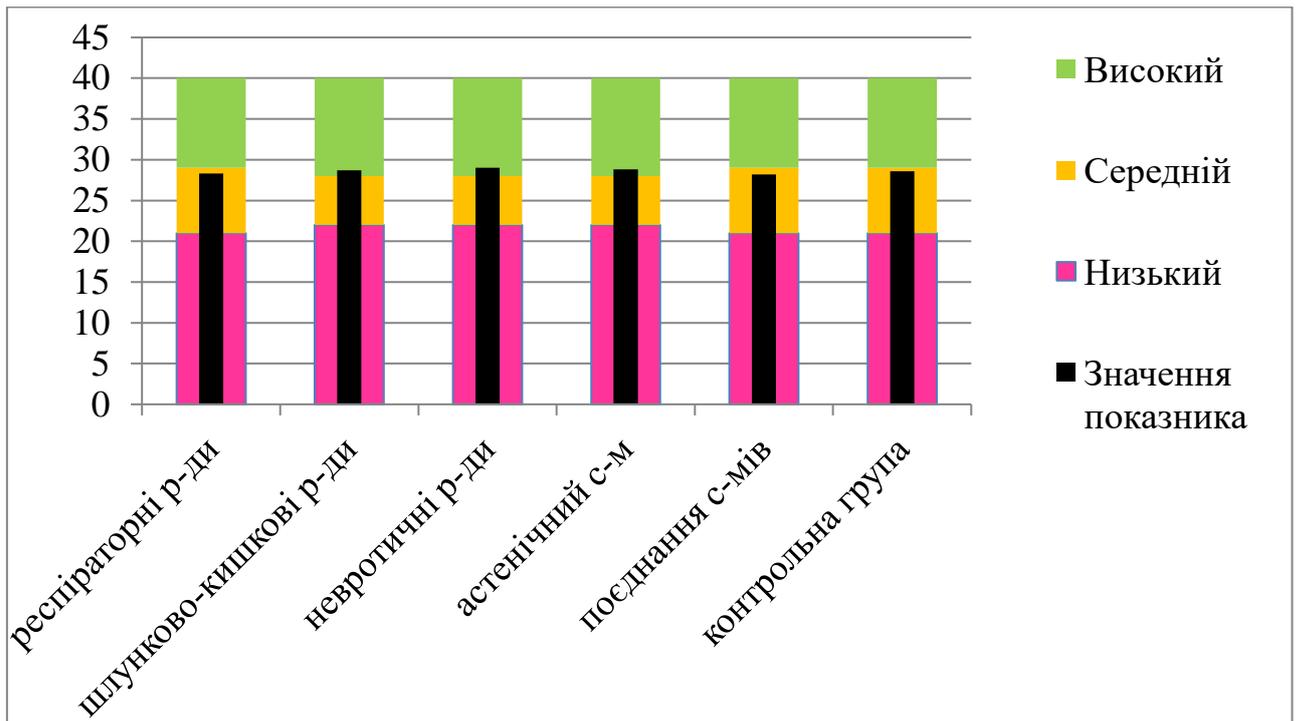


Рис. 3.3. Особистісна пізнавальна активність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від переважаючого соматичного синдрому.

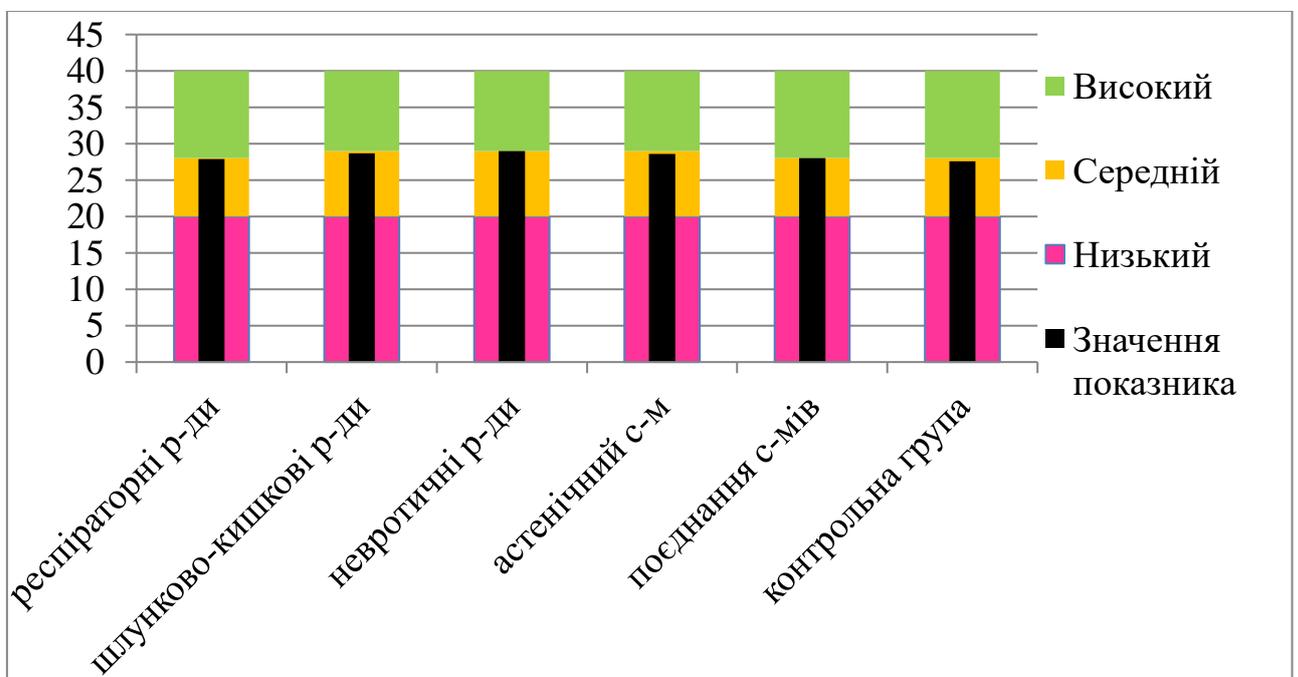


Рис. 3.4. Реактивна пізнавальна активність за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від соматичного синдрому.

Пізнавальна активність, як і особистісна, так і реактивна, була найвищою у підлітків з астенічним і поєднанням кількох синдромів, що достовірно ($p < 0,01$) відрізняється від осіб контрольної групи.

Особистісні негативні емоційні переживання були найвищими у осіб з ознаками порушення функції травної системи (86,67 %), у 71,43 % – з комбінованими порушеннями, у 70,45 % – з невротичним симптомокомплексом, по 66,67 % – з астенічним синдромом і респіраторними розладами, у 56,96 % осіб контрольної групи. Низький рівень особистісних негативних емоційних переживань зафіксований у 15,91 % з невротичними розладами, по 14,29 % – з астенічним синдромом і поєднанні кількох синдромів, у 11,11 % – з дихальними розладами, 6,67 % – з шлунково-кишковим симптомокомплексом і у 5,06 % здорових осіб.

Особистісні негативні емоційні переживання, виражені в балах, в усіх досліджуваних групах відповідали підвищеному і високому рівню емоцій переважно при розладах шлунково-кишкового тракту і астенічному синдромі ($p < 0,01$ при порівнянні зі здоровими особами) (рис. 3.5).

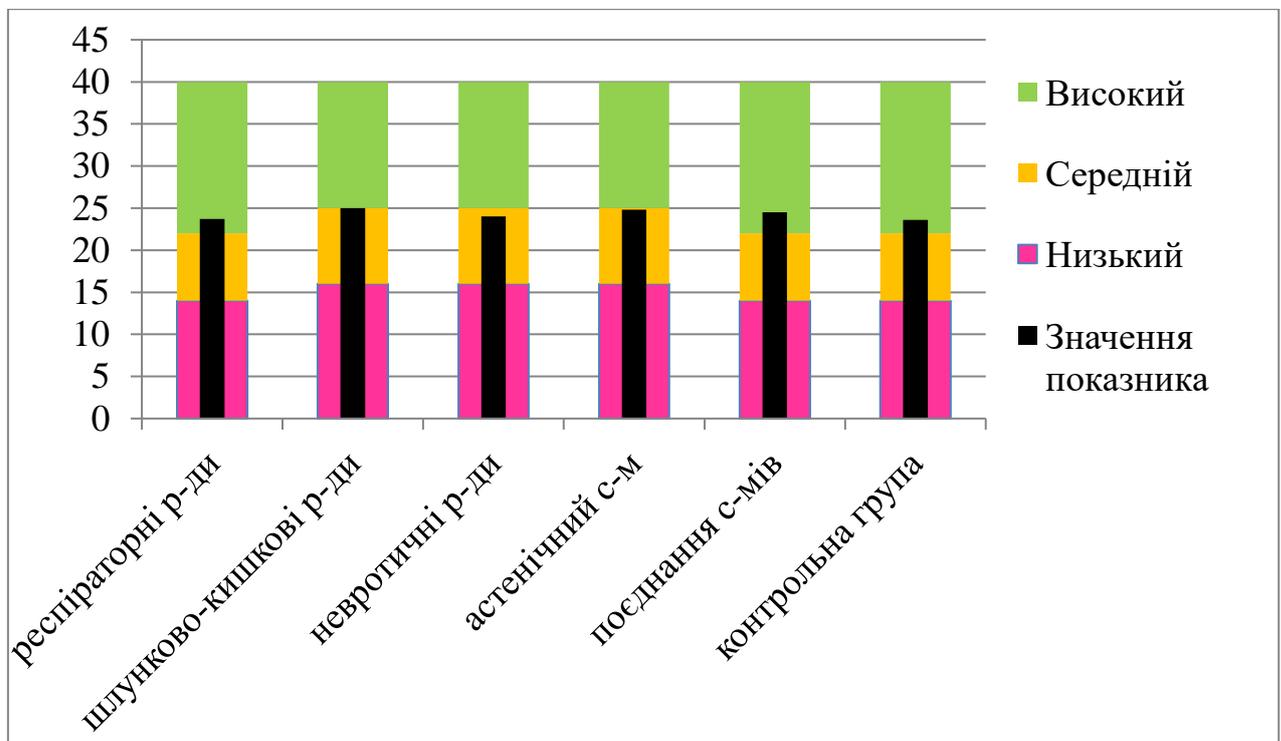


Рис. 3.5. Особистісні негативні емоційні переживання за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від соматичного синдрому.

Реактивні негативні емоційні переживання була найвищими у 80,0 % осіб з шлунково-кишковим симптомокомплексом, по 71,43 % з астеничним синдромом і поєднанні кількох синдромів, у 59,09 % з невротичним симптомокомплексом, 55,56 % – з респіраторним симптомокомплексом і у 59,49 % осіб контрольної групи. Низький рівень реактивних негативних емоційних переживань зафіксований у 9,53 % – з астеничним синдромом, у 6,82 % з невротичними розладами, у 3,57 % – при поєднанні кількох синдромів і у 6,33 % здорових осіб.

Реактивні негативні емоційні переживання визначались на середньому рівні незалежно від провідного клінічного синдрому (різниця недостовірна, $p > 0,05$), але достовірно вище за значенням в порівнянні з представниками контрольної групи ($p < 0,01$) (рис. 3.6).

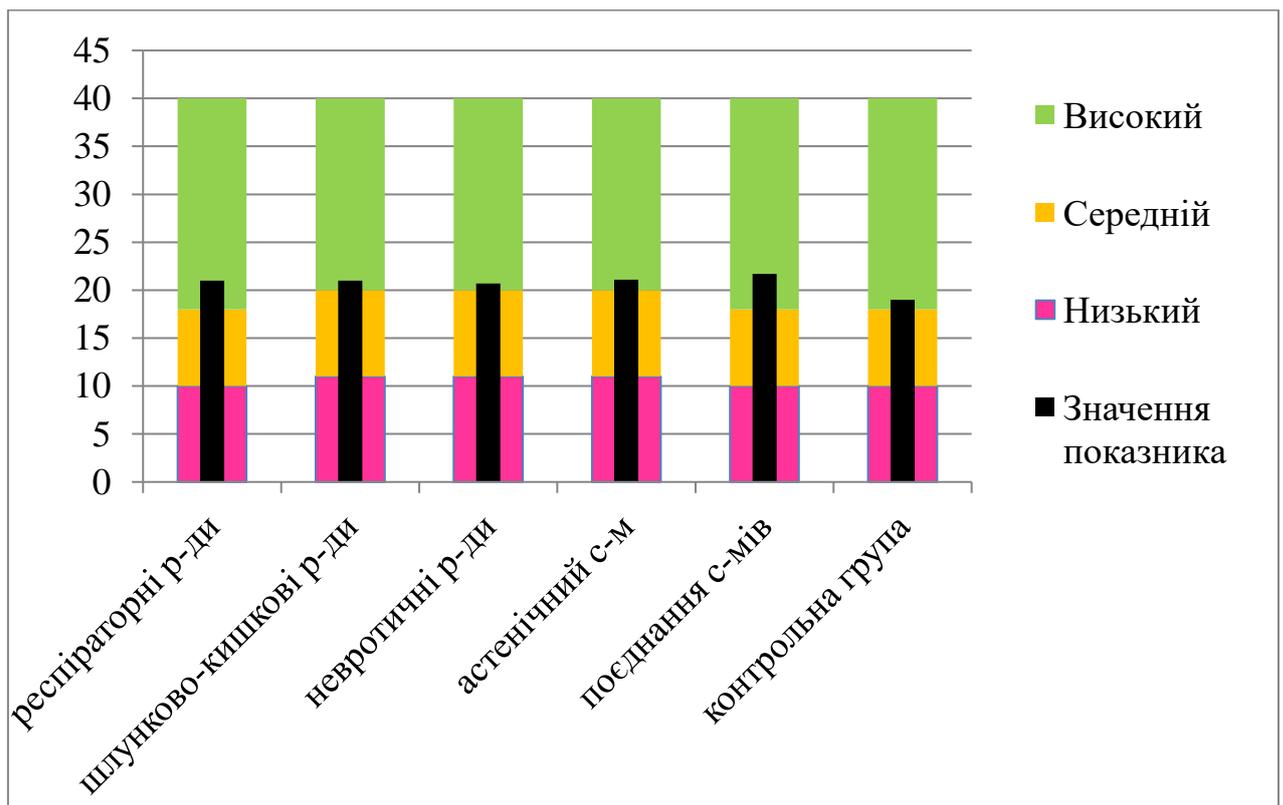


Рис. 3.6. Реактивні негативні емоційні переживання за шкалою Ч.Д. Спілбергера у підлітків в залежності від соматичного синдрому.

Отже, в результаті проведеного дослідження встановлено, що висока тривожність, негативні емоційні переживання, що поєднувались з високою

пізнавальною активністю, визначені у підлітків з астенічним синдромом, шлунково-кишковим симптомокомплексом і поєднанням кількох синдромів. Високий рівень реактивної тривожності може вказувати на схильність підлітків до прояву тривоги та сприйняття більшості ситуацій як загрозливих, та може бути ризиком розвитку депресивних станів. Натомість, підлітки з низькими оцінками за показником реактивної тривожності можуть мати схильність до порушень та негативних наслідків у діяльності систем організму [124].

За результатами дослідження тесту батьківського ставлення (Г.Я.Варги та В.В.Століна) в залежності від соматичного синдрому було виявлено, що середні показники значень за шкалою «відвернення» характеризуються високим рівнем батьківського відношення при кардіальних розладах ($14,33 \pm 0,75$) і астенічному синдромі ($14,125 \pm 0,198$) (різниця достовірна ($p < 0,01$) в порівнянні зі здоровими підлітками $11,30 \pm 0,10$) (рис. 3.7).

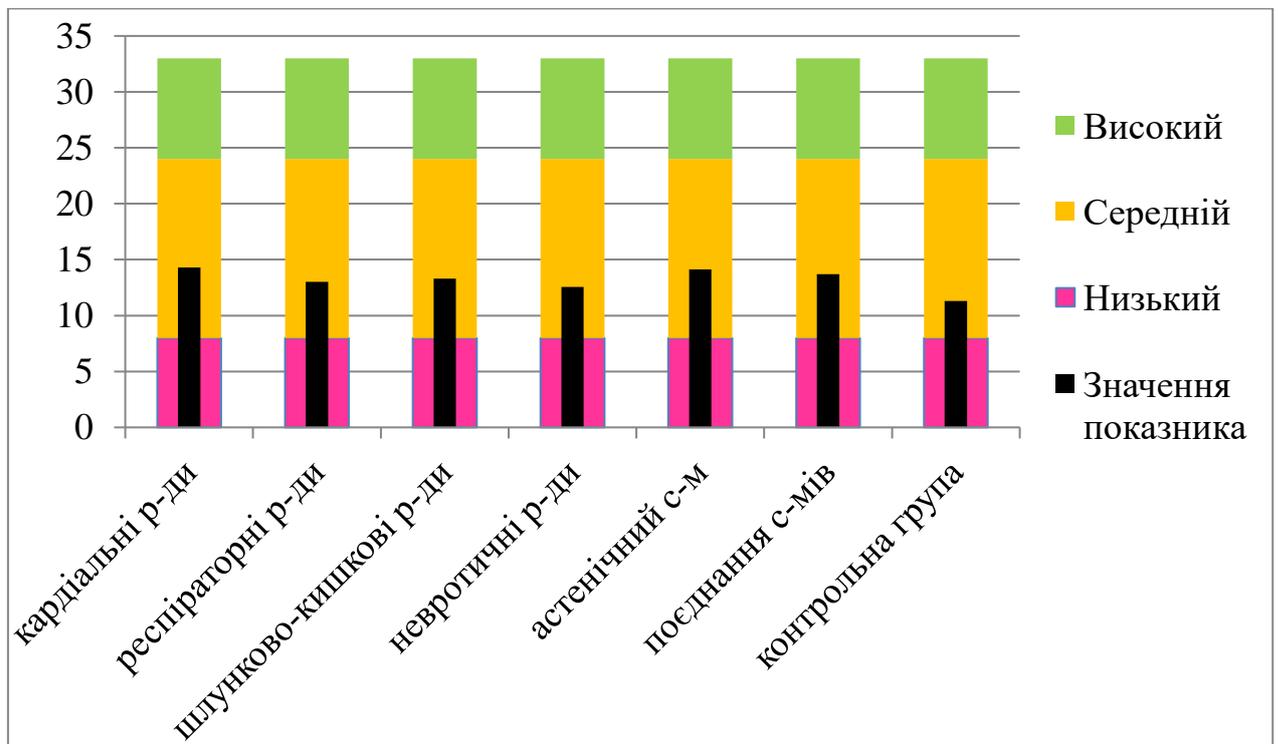


Рис. 3.7. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «відвернення».

Середні значення показника «кооперація» знаходяться у межах норми при кардіальних, респіраторних чи шлунково-кишкових розладах (від $5,67 \pm 0,28$ до $6,45 \pm 0,21$). Натомість при астенічному синдромі ($7,75 \pm 0,07$) чи наявності порушень кількох систем ($7,16 \pm 0,11$) має місце достовірно вищі значення показника в порівнянні зі здоровими особами ($6,82 \pm 0,04$) (рис. 3.8). Отримані результати можуть вказувати на те, що зацікавленість батьками проблемами дитини підвищується при наявності розладів її здоров'я.

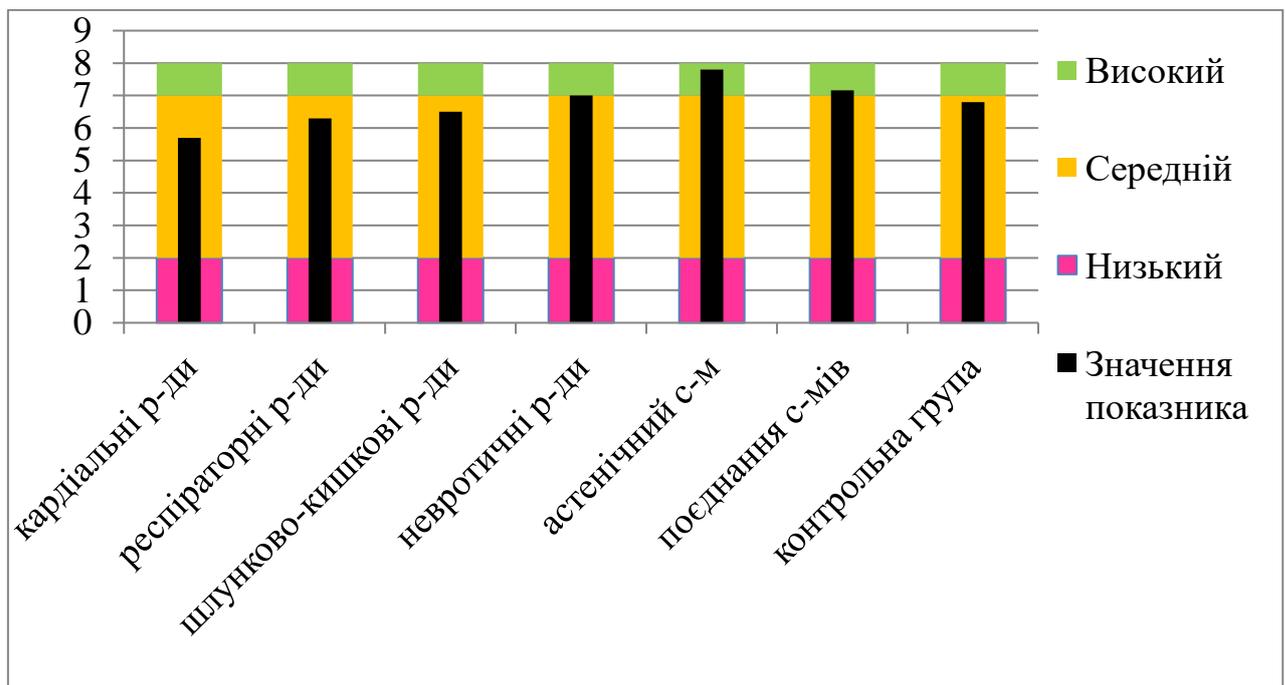


Рис. 3.8. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «кооперація».

У ході дослідження ми визначили, що в групах підлітків з провідними синдромами з боку дихальної, травної систем та невротичному симптомокомплексі домінує середній рівень симбіотичного зв'язку (від $4,06 \pm 0,19$ до $4,91 \pm 0,24$) $p > 0,05$ для усіх значень. Натомість при кардіальних розладах показник достовірно вищий ($5,67 \pm 0,14$, $p < 0,001$) (рис. 3.9). Це може бути пов'язано з тим, що порушення в діяльності кардіоваскулярної системи дитини сприймаються батьками як прояв постійної тривоги, і вони

намагаються задовольнити всі потреби підлітка, захистити від труднощів та неприємностей життя.

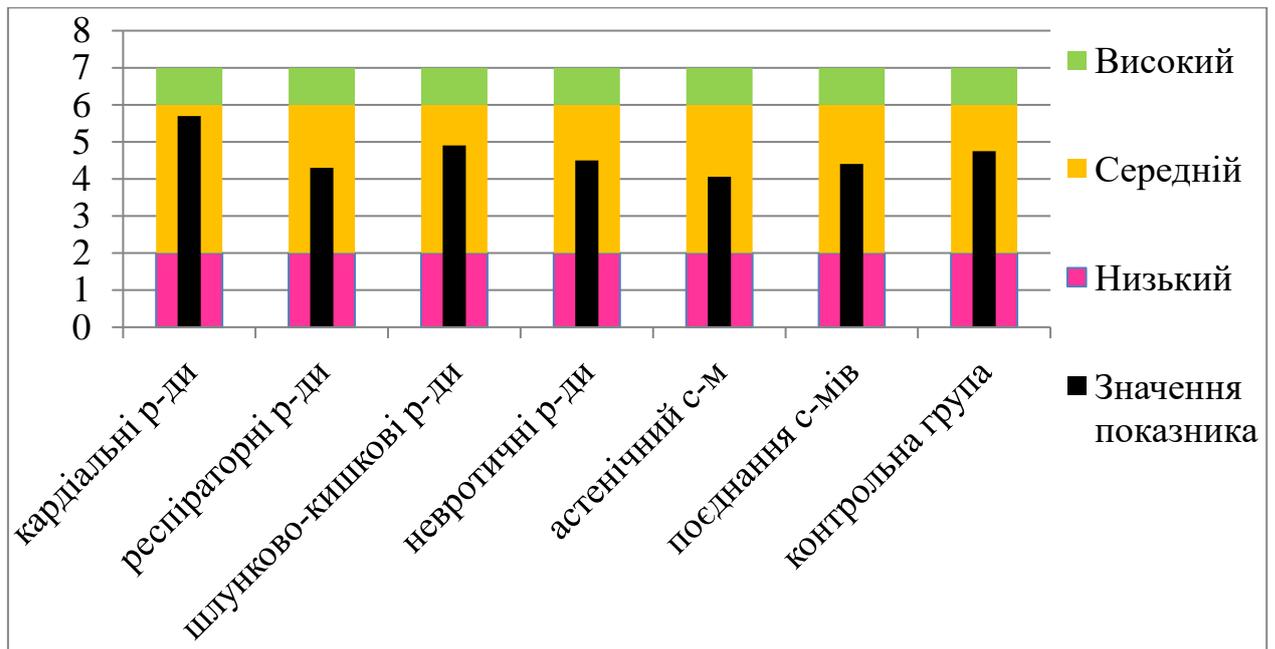


Рис. 3.9. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «симбіоз».

Значення за шкалою «контроль» знаходиться у межах норми, що свідчить про адекватний контроль за підлітком незалежно від клінічних проявів психо-соматичних розладів (рис. 3.10).

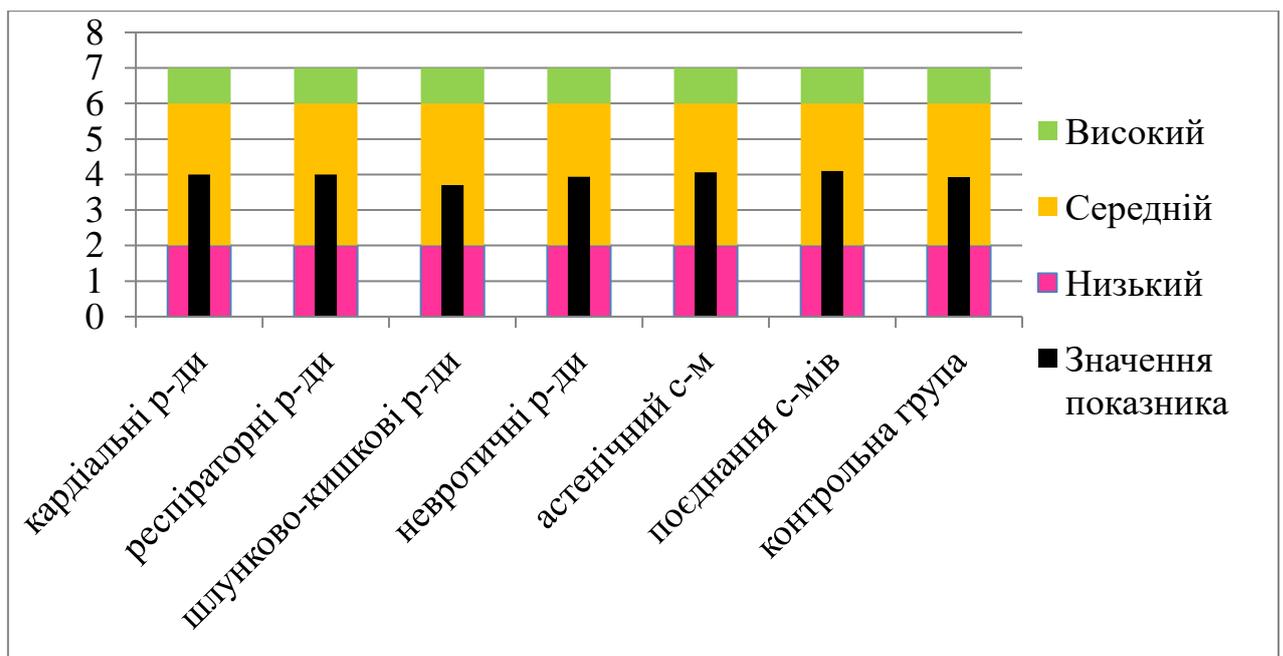


Рис. 3.10. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «контроль».

Отримані середні низькі значенні балів за шкалою «інфантилізація» у підлітків з клінічною симптоматикою, що відрізняється недостовірно від групи здорових осіб, можуть підтверджувати, що розлади здоров'я підлітка дорослий вважає випадковими (рис. 3.11).

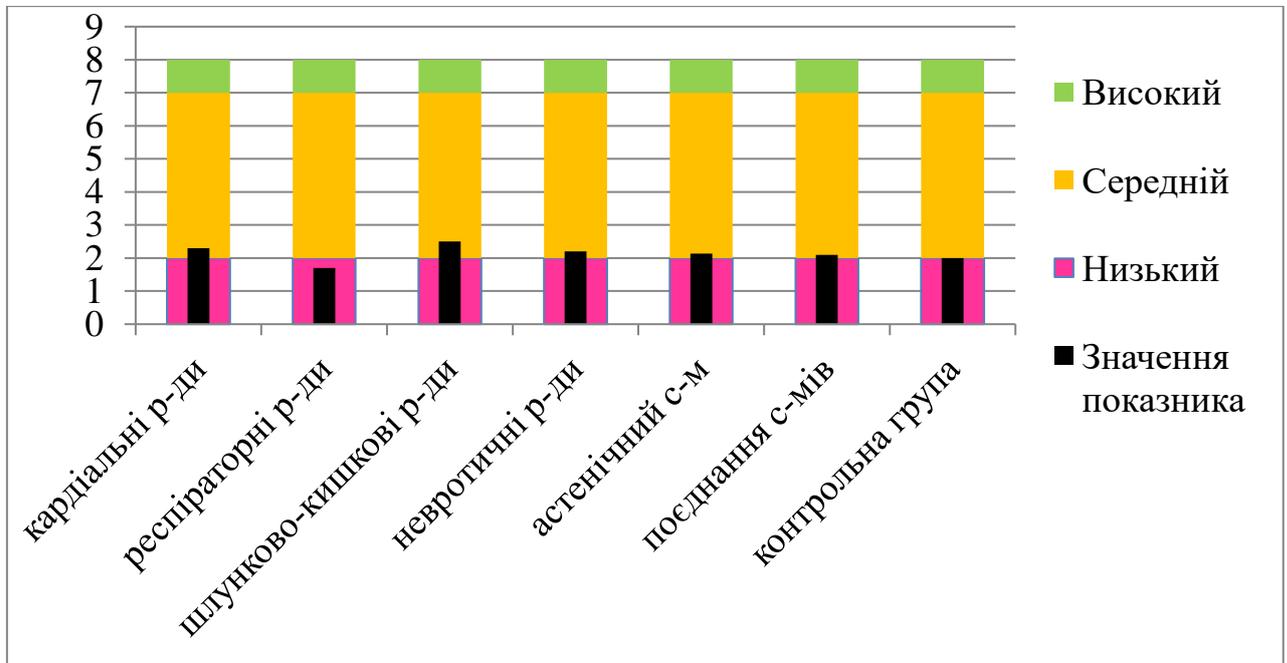


Рис. 3.11. Діаграма «Батьківського відношення до дітей» (Г.Я. Варга, В.В. Століна) за шкалою «інфантилізація».

Враховуючи достовірні відмінності в показниках між групами з різнимим клінічними синдромами, можна зробити висновок, що батьківське ставлення до підлітків з психосоматичними розладами, зокрема при наявності розладів кардіоваскулярної системи, змінює тип батьківського відношення, сконцентровуючи увагу здебільшого на контролюванні здоров'я підлітка. У більшості батьків немає чіткого домінування одного з типів ставлення, а поєднання часто несумісних типів батьківського ставлення, свідчить про безсистемність виховних впливів та сприяє появі негативних психічних станів та деструкцій у розвитку підлітків [128].

3.2. Зв'язок клінічної картини та перебігу психосоматичних захворювань у підлітків з особливостями клініко-психологічного статусу

Враховуючи неоднорідність отриманих даних, нами проведено аналіз результатів дослідження в залежності від виявленого синдрому психопатологічних розладів. Так, при аналізі результатів тесту «шкала-термометр» шкала самопочуття була найкращою при тривожно-дисфоричному і тривожно-фобічному синдромі, достовірно нижчою при конверсивному синдромі, однаковою – при депресивному і астеничному синдромі (табл. 3.6).

Активність була однаковою при усіх синдромах, за виключенням тривожно-фобічного синдрому, при якому значення були достовірно вищими ($p < 0,05$). Настрій коливався недостовірно у групах спостереження (від $14,73 \pm 0,24$ до $15,63 \pm 0,44$) крім підлітків з конверсивним синдромом ($16,76 \pm 0,18$) та тривожно-дисфоричним ($20,0 \pm 0,0$), коли значення показника були достовірно більшими. Бажання працювати було найвищим ($15,0 \pm 1,29$) при тривожно-дисфоричному синдромі, у решти обстежених показник був нижчим середнього значення. Задоволеність минулим етапом найвище ($15,00 \pm 0,24$) оцінена особами з тривожно-фобічним синдромом ($p < 0,05$) у порівнянні з іншими, у яких значення коливались у межах середнього.

Отримані значення дають можливість визначити самооцінку досліджуваних груп. Відтак, найбільшу кількість осіб із завищеною самооцінкою діагностовано у підлітків з тривожно-фобічним синдромом (табл. 3.7).

Неадекватно занижена самооцінка або адекватна, але наближена до заниженої самооцінка, справляє найбільш негативний вплив на розвиток особистості школяра і формування його життєвої позиції, оскільки гальмує активність, продукує розвиток невпевненості в собі, невміння ставити перед собою складні цілі і досягати їх [171].

Таблиця 3.6

Показники тесту шкали-термометр в залежності від психопатологічних розладів у балах ($M \pm \sigma$)

| Синдроми | Показники | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------------------|
| | Самопочуття | Активність | Настрій | Бажання працювати | Задоволення минулим етапом |
| Конверсивний, n=43 | 15,59 ± 0,24 * | 13,00 ± 0,37 * | 16,76 ± 0,18 * | 8,47 ± 0,05 * | 11,82 ± 0,34 * |
| Депресивний, n=25 | 14,06 ± 0,47 * | 13,13 ± 0,47 * | 14,38 ± 0,45 * | 8,69 ± 0,61 * | 11,63 ± 0,51 * |
| Тривожно-фобічний, n=34 | 17,50 ± 0,32 | 16,88 ± 0,22 | 15,63 ± 0,44 * | 10,00 ± 0,30 * | 15,00 ± 0,24 |
| Астенічний, n=48 | 14,31 ± 0,22 * | 14,46 ± 0,23 * | 15,19 ± 0,24 * | 9,73 ± 0,39 * | 9,73 ± 0,38 * |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 11,66 ± 0,97 * | 16,66 ± 0,40 | 18,33 ± 0,38 | 8,66 ± 1,39 * | 10,33 ± 1,70 * |
| Тривожно-дисфоричний, n=2 | 20,0 ± 0,0 | 15,0 ± 0,0 * | 20,0 ± 0,0 | 15,0 ± 1,29 | 10,0 ± 1,58 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з найвищим значенням кожної шкали показників.

Таблиця 3.7

Самооцінка досліджуваних груп в залежності від психопатологічних розладів

| Синдроми | Самооцінка | | Завищена | | Занижена | | Норма | |
|--|------------|-------|----------|-------|----------|-------|-------|---|
| | число | % | число | % | число | % | число | % |
| Конверсивний, n=42 | 16 | 38,09 | 6 | 14,29 | 20 | 47,62 | | |
| Депресивний, n=25 | 6 | 24,0 | 1 | 4,0 | 18 | 72,0 | | |
| Тривожно-фобічний, n=34 | 13 | 38,26 | 1 | 2,94 | 20 | 58,82 | | |
| Астенічний, n=48 | 16 | 33,33 | 3 | 6,25 | 29 | 60,42 | | |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 100,0 | | |
| Тривожно-дисфоричний, n=2 | 2 | 100,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

Дослідження частоти дезадаптації в залежності від психопатологічних розладів встановило найбільшу кількість (73,66 %) дезадаптованих підлітків при тривожно-фобічному і астенічному синдромах, тоді як коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів частіше мав місце у групі підлітків з соматизованим депресивним синдромом (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Частота дезадаптації в залежності від психопатологічних розладів за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта»

| Синдроми | Кількість осіб з показником дезадаптації | | | |
|---|--|-------|----------------------|-------|
| | Більше 8 балів | | З них понад 25 балів | |
| | число | % | Число | % |
| Конверсивний, n=43 | 21 | 48,84 | 4 | 9,30 |
| Депресивний, n=25 | 13 | 52,0 | 7 | 28,0 |
| Тривожно-фобічний, n=34 | 19 | 55,88 | 9 | 26,47 |
| Астенічний, n=48 | 23 | 47,92 | 7 | 14,58 |
| Тривожно-дисфоричний, n=2 | 2 | 100,0 | 0 | 0 |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 1 | 33,33 | 0 | 0 |

Всі обстежені, у яких діагностовано психосоматичні порушення, виявляли ознаки дезадаптації (8 і більше балів) за картою спостереження Стотта (табл. 3.9).

У 41,56 % респондентів, за результатами дослідження карти Стотта, виявлялись ознаки психологічної дезадаптації. За вираженістю балу дезадаптації групи розташувались наступним чином:

- Депресивний синдром (бал – 20,64, з найбільш вираженою недовірою до людей та тривожністю до дорослих, 40 % з повної сім'ї, 35 % – сироти, 25 % – напівсироти);
- Конверсивний синдром (бал 17,63 – 47% сиріт, 35,2 % осіб з повної сім'ї, 27,8 % – напівсиріт);

- Астенічний синдром (бал 16,9 – 38 % осіб з повної сім'ї, 32 % – напівсиріт, 30 % – сиріт);
- Тривожно-фобічний синдром (бал 12,11, сформований напівсиротами 88,8 %).

Результатами дослідження стану дезадаптованості підлітків підтверджено, що найвищий рівень відзначено при депресивному синдромі – 28 %. У таких підлітків переважали такі особливості, як недовіра до нових людей, речей, ситуацій, невгамовність, емоційна напруга і стан депресії. У своїй поведінці такі підлітки не прагнуть сподобатися дорослим, часто надто незалежні, нетерплячі, мають дуже низький рівень концентрації уваги [205, 210].

Дослідження рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs виявило, що у 63,7 % досліджуваних мали місце знижений настрій з переважанням розладів за шкалами D (ангедонія) та А (знижений настрій) (табл.3.10).

Найбільш виражену депресивність виявляли у підлітків з депресивним синдромом (18 балів загального балу – рівень субдепресії, 3,3 з 4 балів по вираженості депресивних ознак), найменшу депресивність виявляли при соматизованому зі змішаним афектом і астенічному синдромах (1,0 з 4 балів по вираженості депресивних ознак – без депресії). При інших психопатологічних синдромах встановлено легке зниження настрою (2,0 з 4 балів по вираженості депресивних ознак).

Як відомо, методика Б.Філіпса дозволяє отримувати 8 факторів шкільної тривожності [172]. Досліджуючи ці показники, ми виявили високий рівень тривоги за шкалами «фрустрація потреби в досягненні успіху» ($54,61 \pm 0,45$) і «проблеми і страхи у відносинах з учителями» ($51,25 \pm 0,48$) при депресивному синдромі, «страх самовираження» – при тривожно-дисфоричному синдромі ($83,33 \pm 0,05$). Низький рівень тривожності діагностовано за шкалою «Загальна тривожність в школі» при конверсивному ($26,22 \pm 0,75$) і астенічному ($26,59 \pm 0,91$) синдромах.

Таблиця 3.9

Показники опитувальника «Карта спостережень Д. Стотта» ($M \pm m$)

| Показник Синдроми | Середнє значення | Недовіра людям | Депресія | Відчуження | Тривожність до дорослих | Ворожість до дорослих | Тривога до дітей | Асоціальність |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Група адаптованих | 3,12±0,11 | 1,09±0,09 | 0,69±0,08 | 0,46±0,08 | 0,29±0,09 | 0,12±0,08 | 0,14±0,09 | 0,11±0,09 |
| Група дезадапованих | 21,39±0,24 # | 4,23±0,12 # | 3,59±0,09 # | 2,45±0,08 * | 3,17±0,13 # | 1,94±0,12 * | 1,29±0,11 | 0,71±0,11 * |
| Конверсивний | 12,67±0,47 * | 2,80±0,24 * | 2,07±0,17 * | 1,55±0,17 * | 1,92±0,31 * | 0,87±0,18 | 0,75±0,21 * | 0,55±0,18 * |
| Депресивний | 20,84±0,71 # | 4,84±0,45 * | 3,44±0,27 * | 2,40±0,26 * | 3,84±0,40 * | 1,48±0,30 | 0,88±0,24 * | 0,76±0,23 * |
| Тривожно- фобічний | 19,26±0,57 # | 3,73±0,32 * | 3,20±0,25 * | 2,26±0,21 * | 2,76±0,37 * | 1,82±0,23 | 1,17±0,19 * | 0,67±0,19 * |
| Астенічний | 14,76±0,82 * | 3,15±0,36 * | 2,58±0,37 * | 1,90±0,25 * | 2,18±0,42 * | 1,21±0,41 | 0,74±0,34 | 0,34±0,18 |
| Тривожно- дисфоричний | 14,0±0,8 * | 4,0±1,0 * | 2,0±0,0 * | 1,0±0,0 * | 1,50±0,40 * | 1,50±1,22 | 1,0±1,0 | 0,50±0,50 |
| Соматизований зі змішаним афектом | 6,33±0,7 * | 1,33±0,57 | 1,33±0,76 | 0,66±0,40 | 1,0±0,57 | 0,66±0,40 | 0,66±0,81 | 0 |

Примітки: 1) Знаком * позначено достовірні ($p < 0,05$) відмінності в показниках при порівнянні з групою адаптованих;

2) Знаком # позначено достовірні ($p < 0,001$) відмінності в показниках при порівнянні з групою адаптованих.

Таблиця 3.10

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs в балах (M ± m)

| Групи Синдроми | Шкала А негатив ний настрій | Шкала В міжосо бистіс ні пробле ми | Шкала С неефек тивність | Шкала D ангедо нія | Шкала Е негатив на само оцінка | Загаль ний бал | Депре сивність |
|--------------------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|--|----------------------|-------------------|
| Конверсивний | 50,57 ± 0,26 | 57,50 ± 0,25 | 50,96 ± 0,20 | 54,53 ± 0,26 | 48,0 ± 0,21 | 53,0 ± 0,24 | 1,92 ± 0,14 |
| Депресивний | 62,2 ± 0,49 | 54,1 ± 0,39 | 58,0 ± 0,35 | 60,6 ± 0,37 | 52,8 ± 0,34 | 61,0 ± 0,27 | 3,3 ± 0,18 |
| Тривожно- фобічний | 50,41 ± 0,27 | 52,29 ± 0,26 | 55,76 ± 0,32 | 52,76 ± 0,35 | 49,88 ± 0,20 | 53,17 ± 0,25 | 1,94 ± 0,16 |
| Астенічний | 46,62 ± 0,42 | 49,01 ± 0,45 | 45,63 ± 0,43 | 48,02 ± 0,53 | 44,16 ± 0,40 | 46,18 ± 0,457 | 1,38 ± 0,19 |
| Соматизований зі змішаним афектом | 37,0 ± 0,0 | 54,0 ± 0,0 | 45,0 ± 0,0 | 45,0 ± 0,0 | 39,0 ± 0,0 | 41,0 ± 0,0 | 1,00 ± 0,0 |
| Тривожно- дисфоричний | 54,0 ± 0,01 | 64,0 ± 0,01 | 52,0 ± 0,01 | 60,0 ± 0,01 | 39,0 ± 0,01 | 55,0 ± 0,01 | 2,0 ± 0,01 |

Проведений аналіз шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса в залежності від переважаючого психопатологічного синдрому виявив наступне: при астенічному синдромі було 15,0 % осіб з високим рівнем тривожності і 29,73 % – із низьким рівнем. При депресивному синдромі – 30,0 % мали високий рівень і 20,0% – низький рівень, при конверсивному – 11,54 % з високим рівнем і 50 % із низьким рівнем; при тривожно-фобічному синдромі – 17,64 % з високим рівнем та 23,53 % із низьким рівнем тривожності.

Таким чином, на основі проведеного тесту шкільної тривожності Б.Філіпса встановлено, що найвищий рівень шкільної тривожності виявлено при депресивному і тривожно-фобічному синдромах. Крім того, спостерігається найменший відсоток осіб із низьким рівнем тривожності при тривожно-фобічному синдромі. Це можна пояснити тим, що особистісні види

тривожності, зокрема шкільна, є лише способом виразу загальної тривожності, що зафіксувалася як найбільш значущою в той або інший період [190].

Результати проведеного дослідження тривожності у підлітків за опитувальником Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна відображені у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Показники тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна в залежності від психопатологічних розладів

| Синдроми | Реактивна тривожність | | | | Особистісна тривожність | | | |
|--|-----------------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | М±σ | низька % | середня % | висока % | М±σ | низька % | середня % | висока % |
| Конверсивний, n=43 | 42,16 ± 0,23 | 7,4 | 59,3 | 33,3 | 42,16 ± 0,27 | 11,1 | 59,3 | 29,6 |
| Депресивний, n=25 | 40,88 ± 0,22 | 5,6 | 72,2 | 22,2 | 40,50 ± 0,31 | 11,1 | 48,0 | 33,3 |
| Тривожно- фобічний, n=34 | 45,33 ± 0,29 | 5,3 | 52,6 | 42,1 | 44,77 ± 0,32 | 5,3 | 52,6 | 36,8 |
| Астенічний, n=48 | 41,08 ± 0,38 | 6,25 | 67,8 | 26,65 | 39,89 ± 0,45 | 11,1 | 63,3 | 21,1 |
| Тривожно- дисфоричний, n=2 | 37,0 ± 0,65 | 0 | 100,0 | 0 | 42,5 ± 0,53 | 0 | 100,0 | 0 |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 53,0 ± 0,01 | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 44,0 ± 0,01 | 0 | 66,6 | 33,3 |

Проведене дослідження тривожності у підлітків за опитувальником Ч.Д. Спілбергера (STPI — State Trait Personal Inventory) в модифікації А.Д. Андрєвої встановило, що у всіх групах рівень тривожності знаходився в межах високого значення. Найвища особистісна тривожність виявлялась у групі з тривожно-фобічною симптоматикою (21,6 бал), конверсивним (21 бал), депресивним (20,7) та астенічним (20,13) синдромами (табл. 3.12).

Висока тривожність поєднувалась з високою пізнавальною активністю в цих групах, що може маскувати клінічні прояви захворювання, а на фоні дезадаптації – збільшувати активність. Названі порушення можуть проявлятися розладами поведінки. Так, у 79 % пацієнтів встановлено помірно

підвищену реактивну тривогу із середнім значенням 43,4 бали, а у 83 % осіб – помірно підвищену особистісну тривогу.

Таблиця 3.12

Показники шкали Ч.Д. Спілбергера в залежності від психопатологічних розладів в балах ($M \pm \sigma$)

| Синдроми: | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|--|--------------|------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Особистісна | | | Ситуативна | | |
| Конверсивний, n=43 | 20,76 ± 0,15 | 29,26 ± 0,13 | 22,57 ± 0,19 | 20,80 ± 0,13 | 27,61 ± 0,14 | 19,15 ± 0,32 |
| Депресивний, n=25 | 22,60 ± 0,34 | 27,50 ± 0,18 | 28,60 ± 0,19 | 22,70 ± 0,38 | 27,10 ± 0,19 | 24,90 ± 0,33 |
| Тривожно-фобічний, n=34 | 19,47 ± 0,16 | 28,17 ± 0,16 | 22,70 ± 0,26 | 20,94 ± 0,24 | 28,64 ± 0,13 | 20,51 ± 0,31 |
| Астенічний, n=48 | 19,35 ± 0,22 | 29,77 ± 0,09 | 23,05 ± 0,27 | 19,91 ± 0,19 | 29,86 ± 0,22 | 18,39 ± 0,60 |
| Тривожно-дисфоричний, n=2 | 20,0 ± 0,01 | 31,0 ± 0,01 | 18,0 ± 0,01 | 19,0 ± 0,01 | 36,0 ± 0,01 | 20,0 ± 0,01 |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 17,0 ± 0,01 | 31,0 ± 0,01 | 19,0 ± 0,01 | 14,0 ± 0,01 | 30,0 ± 0,01 | 15,0 ± 0,01 |

Дослідження впливу сім'ї на перебіг психічних станів школярів проводили за методикою вивчення батьківських ставлень (методика Г.Я. Варги та В.В. Століна). Було виявлено, що середні показники значень за шкалою «відвернення» характеризуються високими результатами різних почуттів по відношенню до підлітка, поведінкових стереотипів, що виявляються в спілкуванні з ним, особливостей сприйняття і розуміння характеру й особистості підлітка, її вчинків при астенічному, соматизованому зі змішаним афектом і депресивному синдромах (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Показники опитувальника «Батьківського відношення до дітей
Г.Я. Варги, В.В. Століна» (в балах, $M \pm \sigma$)

| Групи | Відвернення | Кооперація | Симбіоз | Контроль | Інфантилізація |
|--|-------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|
| Конверсивний, n=43 | 11,66 ± 0,09 | 6,87 ± 0,07 | 4,71 ± 0,11 * | 4,48 ± 0,12 * | 2,0 ± 0,1 |
| Депресивний, n=25 | 13,05 ± 0,16 * | 7,16 ± 0,09 * | 3,90 ± 0,2 | 4,50 ± 0,14 * | 2,15 ± 0,21 |
| Тривожно- фобічний, n=34 | 12,76 ± 0,16 * | 7,20 ± 0,06 * | 4,72 ± 0,13 * | 5,12 ± 0,12 * | 2,32 ± 0,14 |
| Астенічний, n=48 | 12,97 ± 0,17 * | 7,28 ± 0,08 * | 5,07 ± 0,16 * | 4,65 ± 0,14 * | 2,41 ± 0,22 |
| Тривожно- дисфоричний, n=2 | 11,50 ± 0,14 | 8,00 ± 0,0 * | 5,0 ± 0,0 * | 3,0 ± 0,57 | 1,5 ± 0,40 |
| Соматизований зі змішаним афектом, n=3 | 13,66 ± 0,45 * | 7,66 ± 0,12 * | 5,66 ± 0,14 * | 5,66 ± 0,37 * | 2,33 ± 0,57 |

Примітка. Знаком * позначено достовірні ($p < 0,05$) відмінності в показниках при порівнянні з найнижчими значеннями в групі спостереження.

Достовірно вищі значення показника „кооперація” визначені при тривожно-дисфоричному, соматизованому зі змішаним афектом і астенічному синдромах. Симбіотичний зв'язок домінує при соматизованому зі змішаним афектом, астенічному і тривожно-дисфоричному синдромах. Значення за шкалою «контроль» знаходиться у високих межах при соматизованому зі змішаним афектом, тривожно-фобічному і астенічному синдромах. Отримані найвищі значення за шкалою «інфантилізація» при астенічному синдромі. Як переважаючу стратегію вирішення проблем в сім'ї, як способу уникнення проблеми з перекладанням її на оточуючих, в першу чергу батьків, найбільш яскраво виражено при астенічному, соматизованому зі змішаним афектом і депресивному синдромах.

На підставі скарг досліджуваних, результатів їх психопатологічного дослідження, дослідження опитувальників батьків та вчителів сформовано та об'єктивізовано види порушень, що характерні для психосоматичних розладів у підлітків. Для всіх груп досліджуваних, у тому числі й здорових,

супутньою є висока тривожність, яка лежить в основі формування розладів, доповнюючи та формуючи депресивність як форму реагування на захворювання.

При дослідженні психопатологічних синдромів в залежності від темпераменту підлітків виявили, що достовірно частіше зустрічався холеричний темперамент при депресивному синдромі (56,25 %), тоді як при астеничному – сангвінічний (42,6 %) і холеричний (30,0 %), а при тривожно-фобічному і конверсивному синдромах всі типи темпераменту визначались рівномірно (рис. 3.12).

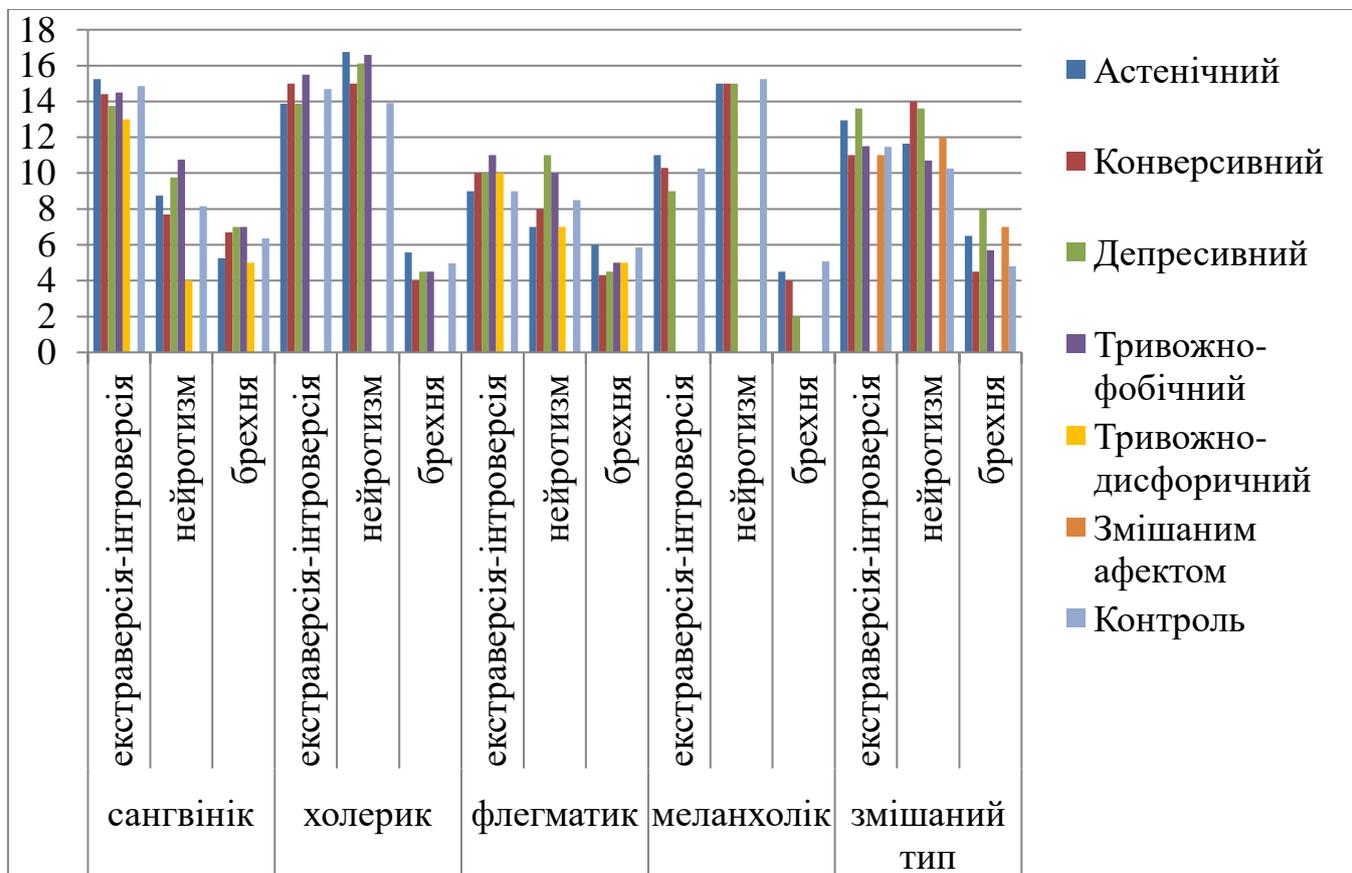


Рис. 3.12. Показники психопатологічних синдромів у підлітків, виявлених за допомогою тесту-опитувальника особливостей темпераменту Г.Айзенка.

При оцінці щирості-нещирості випробуваного, його ставлення до обстеження та достовірності результатів виявлено достовірно вищі значення «шкали брехні» при астеничному синдромі (рис. 3.12).

Згідно з даними А.Е. Личко в підлітковому віці особливості характеру часто загострюються, що може призводити до відхилень в поведінці або до тимчасових розладів адаптації [132]. Враховуючи, що в підлітковому віці можна говорити лише про окремі акцентуйовані риси характеру, які проявляються в певних випадках, методика визначення акцентуацій характеру в подальших дослідженнях нами не використовувалась. Можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості, як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань. Клінічні прояви темпераменту, відбивають лише кількісну сторону психічної діяльності. Вони не несуть змістового навантаження, оскільки є біологічним продуктом [223]. В екстремальних умовах вплив темпераменту на ефективність життєдіяльності суттєво зростає, бо попередньо засвоєні форми поведінки стають неефективними і виникає потреба у додатковій мобілізації організму аби впоратися з несподіваними чи дуже сильними зовнішніми впливами.

Узагальнюючи результати проведеного етапу дослідження, слід відмітити, що психосоматичні розлади у підлітковому віці, що спостерігалися у 44,11 % обстежених, неоднорідні з точки зору клінічної симптоматики та становлять гетерогенну групу психічних порушень, що утворює континуум від відносно простих за своєю клінічною структурою психосоматичних розладів до поліморфних психопатологічних синдромів з різною додатковою симптоматикою у вигляді синдромально завершених порушень: депресивного, тривожно-фобічного, конверсивного, астенічного і тривожно-дисфоричного синдромів. Формування психосоматичних розладів відбувається за допомогою механізмів патологічних психосоматичних взаємодій, які відображають різні етапи психічного розвитку і корелюють з певними несприятливими психосоціальними чинниками та дезадаптацією.

Усі підлітки, які приймали участь в нашому дослідженні, зокрема ті, у яких виявлено психосоматичні розлади, одержали інформацію, в доступній для них формі, про стан їх здоров'я на момент проведеного обстеження. На основі індивідуалізованого підходу до підлітків з психосоматичними розладами з урахуванням тяжкості соматизованого психопатологічного

розладу та психосоціальних особливостей зроблено відповідний запис в медичній карті пацієнта. Також таким підліткам рекомендовано пройти курс лікувально-профілактичних заходів за місцем проживання з подальшим диспансерним спостереженням (у консультативній або диспансерній групах) у сімейного лікаря ЗПСМ та дитячого психіатра. Усім обстежуваним рекомендовано заходи немедикаментозної корекції: дотримання режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності.

За результатами розділу опубліковано наступні роботи: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 13, 14, 16, 17, 18, 19.

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

4.1. Психофармакологічна корекція психосоматичних розладів у підлітків

Єдиний підхід до терапії психосоматичних розладів у підлітків, незважаючи на значущість проблеми, на яку вказують як вітчизняні, так і зарубіжні автори, відсутній. Препаратами першої лінії вибору є селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС), котрі проявляють афінітет відносно більшості клінічних симптомокомплексів, що спостерігаються при психосоматичних розладах та відрізняються низьким ризиком побічних ефектів [56, 231].

Пошук «золотого стандарту» для лікування подібних порушень, якими визнаються СІЗЗС й інші препарати сучасних генерацій для дорослих пацієнтів, триває. Складність проблеми пов'язана з відсутністю нормативних документів. Так, в огляді, присвяченому використанню есциталопраму при тривожних розладах (незважаючи на доведену безпечність препарату, сприятливий профіль переносимості, відсутність синдрому відміни) [4, 9], прямо вказується, що цей СІЗЗС не рекомендований для застосування в дитячому віці [9]. Так, дослідження ефективності та безпеки сучасних психотропних засобів, проведені відповідно до стандартів FDA у дитячо-підлітковій популяції, вельми нечисленні і свідчать про те, що закономірності, виявлені на дорослих когортах, можуть лише частково екстраполюватися на пацієнтів дитячо-підліткового віку [80]. Крім того, вагома частка досліджень є короткочасними та проведеними на обмеженій кількості хворих в умовах стаціонару з використанням монотерапії, що зазвичай обмежує інформативність таких досліджень.

Фармакотерапія хворих з психосоматичними розладами спрямована на основні групи симптомів-мішеней: афективні і сомато-вегетативні. Серед синдромів в клінічній структурі психосоматичних розладів переважають

тривожні, астеничні та депресивні розлади [122]. Натомість, головний дитячий психіатр м. Києва Л.Б. Литвин [129] виділяє такі особливості клінічної картини депресивного синдрому у дітей, як атиповість симптоматики, поліморфність структури синдрому, астеничну забарвленість депресивних розладів, невротичний рівень їх проявів, рудиментарність власне афективного компонента, що потребують застосування специфічної фармакотерапії [164, 165].

На початкових стадіях розвитку синдрому тривоги, при вегетативних розладах основним патогенетично обґрунтованим методом лікування є призначення анксиолітиків. «Типові» анксиолітики – похідні бензодіазепіна, незважаючи на цілий ряд позитивних терапевтичних ефектів, мають загальновідомі недоліки – це «поведінкова токсичність» (сонливість в денний час, міорелаксація, порушення уваги та координації рухів) та можливість розвитку синдрому залежності при тривалому застосуванні. Тому в лікуванні психосоматичних розладів все частіше використовують «атипові» анксиолітики, які не мають таких побічних дій: амізил, оксилідин, адаптол, ноофен, тофизопам, тріоксазин, азапіронові похідні (буспірон, іпсапірон, тандоспірон, гепірон) [35, 81].

Препаратом першого ряду є антидепресант *сертралін* [198, 256]. Сертралін може бути рекомендованим для терапії психосоматичних розладів у підлітковому віці [56, 231]. В якості «стабілізаторів настрою» широко застосовують карбамазепін, препарати вальпроєвої кислоти, ламотриджин [2]. Ламотриджин є препаратом вибору при хронічному соматоформному больовому розладі. Його застосування доцільно при наявності у клінічній картині вираженого резидуально-органічного радикалу [257]. Ламотриджин поряд з протисудомною дією має вплив на емоційну сферу, поведінку, когнітивну сферу [14, 16, 165, 166].

Підлітків з діагностованими психосоматичними розладами (57 чол.), які включені в наше дослідження, розподілили на 2 групи. Досліджувані отримували психофармакологічне лікування з урахуванням протоколів, при

цьому враховували основний діагноз, супутню патологію та індивідуальні особливості кожного пацієнта.

1-у групу склали підлітки (27 осіб віком $14,08 \pm 2,23$ років), які перебували на амбулаторному лікуванні в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні і з метою зменшення у них астено-невротичних, тривожно-депресивних, а також тривожно-фобічних проявів отримували терапію антидепресантом сертраліном в дозі 25 мг/добу особам 12-16 років та 50 мг/добу – старше 16 років. Тривалість амбулаторного лікування становила 60 днів.

Особи 2-ої групи (30 підлітків віком $15,00 \pm 1,10$ років) перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні і включені в дослідження через тиждень після початку терапії соматичної патології. Підлітки проходили стаціонарне лікування без відриву від навчання: базові предмети згідно з програмою викладалися у навчальних кімнатах відділення. Пацієнти цієї групи отримували лікування, призначене психіатром лікарні, а саме: нормотимік ламотриджин 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 склала 18 днів, амбулаторного – 60 днів.

В клінічній картині 1-ої групи підлітків мали місце наступні синдроми: конверсивний у 12 хворих (44,44 %) депресивний – у 10 осіб (37,04 %) і тривожно-фобічний – у 5 чол. (18,52 %).

В клінічній картині досліджуваних 2-ої групи діагностовані синдроми: депресивний у 14 чол. (46,67 %), конверсивний – у 11 хворих (36,67 %) і тривожно-фобічний – у 5 пацієнтів (16,67 %).

Достовірних відмінностей в клінічній картині представників 1-ої і 2-ої груп не встановлено ($p > 0,05$). Так, як групи досліджуваних є малими, подальший аналіз проводили на усіх респондентів.

Ефективність різних схем медикаментозного лікування оцінювали через 18 днів і 60 днів призначеної терапії, при цьому проводили порівняння між досліджуваними групами. Контроль ефективності лікування оцінювали за

тестами тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої, шкільної тривожності Б.Філіпса, депресії CDI М. Kovacs.

В групах спостереження після проведеного курсу медикаментозної терапії відзначено покращення: достовірно знизилась прояви дратівливості, стомлюваності, підвищилась працездатність та загальне самопочуття, знизилась тривожність. Медикаментозна терапія справляла позитивний ефект на психічний статус підлітків в обох групах дослідження вже через 18 днів, і достовірно позитивний ефект – через 60 днів лікування.

Проведений аналіз отриманих даних анкетування за шкалами CDI М. Kovacs показав, що у 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 і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, негативізм та підвищений рівень тривожності. Після проведеного лікування підлітки відмічали легке зниження настрою з помірно високими показниками по шкалах В, D, Е (табл. 4.1).

Найвищий відсоток неблагополуччя у підлітків 1-ої і 2-ої груп до лікування відмічено за шкалами В «Міжособистісні проблеми» і CDI загальний (92,59 % і 93,33 % відповідно), за шкалою D «Ангедонія» (81,48 % і 83,33 %), менша кількість, хоч теж досить висока, за шкалою Е «Власна неефективність і суїцидальні думки» (66,67 % і 70,0 %), однакові значення отримані за шкалою С «Еефективність» і шкалою А «Негативний настрій» (по 60,0 %).

Після медикаментозного лікування підлітків обох груп мала місце позитивна динаміка психопатологічної симптоматики. Так, через 18 днів терапії спостерігалась тенденція до покращення показників, а через 60 днів – достовірно виражені зміни.

Таблиця 4.1

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs на тлі медикаментозного лікування підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Групи | Шкала А негативний настрій | Шкала В міжособистісні проблеми | Шкала С неефективність | Шкала D ангедонія | Шкала Е негативна самооцінка | Загальний бал | Депресивність |
|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|
| І група n=27 | | | | | | | |
| До лікування | 59,47 ± 0,51 | 64,87 ± 0,51 | 53,07 ± 0,42 | 55,87 ± 0,36 | 58,40 ± 0,29 | 67,76 ± 0,45 | 3,36 ± 0,17 |
| Через 18 днів лікування | 59,17 ± 0,53 | 62,97 ± 0,57 | 52,47 ± 0,42 | 55,11 ± 0,37 | 56,42 ± 0,39 | 65,56 ± 0,55 | 3,06 ± 0,19 |
| Через 60 днів лікування | 57,67 ± 0,61 * | 61,17 ± 0,33 * | 50,17 ± 0,52 * | 53,37 ± 0,61 * | 55,49 ± 0,49 * | 64,46 ± 0,65 * | 2,76 ± 0,24 * |
| ІІ група n=30 | | | | | | | |
| До лікування | 63,30 ± 0,35 | 74,50 ± 0,36 | 58,70 ± 0,25 | 62,70 ± 0,20 | 61,30 ± 0,24 | 67,76 ± 0,28 | 3,30 ± 0,10 |
| Через 18 днів лікування | 60,33 ± 0,37 | 71,53 ± 0,31 | 57,30 ± 0,25 | 61,10 ± 0,20 | 59,36 ± 0,24 | 63,16 ± 0,28 | 3,03 ± 0,11 |
| Через 60 днів лікування | 56,53 ± 0,27 * | 62,63 ± 0,27 * | 54,90 ± 0,25 * | 57,46 ± 0,24 * | 55,76 ± 0,25 * | 59,43 ± 0,27 * | 2,46 ± 0,13 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

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 обох групах), менша кількість – за шкалою CDI загальний (по 60,0 % в обох групах), за шкалою А «Негативний настрій» (51,85 % і 53,33 % відповідно), шкалою С «Неефективність» (48,15 % і 50,0%), найменша кількість, хоч теж достатньо висока, за шкалою Е «Власна

неефективність і суїцидальні думки» (40,74 % 1-ої і 43,33 % 2-ої груп) (табл. 4.1).

Отже, отримані результати свідчать, що найбільш виражена депресивність виявлена у підлітків обох груп до лікування ($22,4 \pm 0,32$ балів загального балу – рівень субдепресії; 3,3 з 4 балів по вираженості депресивних ознак). Після лікування встановлено достовірно меншу депресивність ($16,8 \pm 0,37$ балів загального балу – рівень легкого зниження настрою; 2,4 з 4 балів по вираженості депресивних ознак).

Проведений аналіз рівня депресії за шкалами CDI M. Kovacs в залежності від психопатологічного синдрому показав, що у підлітків при наявності ознак конверсивного синдрому встановлено субдепресію чи масковану депресію, коли рівень депресії вище середнього значення визначали за шкалами загальне зниження настрою, міжособистісні проблеми, високий рівень виснаження і почуття самотності, мали місце помірно високий негативізм та підвищений рівень тривожності. Після проведеного лікування підлітки відмічали легке зниження настрою з помірно високими показниками по шкалах B, D (табл. 4.2).

У підлітків при наявності ознак депресивного синдрому встановлено субдепресію чи масковану депресію, коли рівень депресії вище середнього значення визначали за шкалами A, B, D, E: загальне зниження настрою, міжособистісні проблеми, високий рівень виснаження і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності.

Після проведеного лікування через 60 днів підлітки відмічали легке зниження настрою з помірно високими показниками за шкалою B «міжособистісні проблеми» (табл. 4.2).

У підлітків із тривожно-фобічним синдромом встановлено ознаки депресивного розладу з рівнем депресії вище середнього значення, який визначали за усіма шкалами тесту. Через 18 днів лікування динаміки показників тесту не відмічалось. Після проведеного медикаментозного

лікування через 60 днів мали місце депресивні симптоми з помірно високими показниками за усіма шкалами тесту (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs на тлі медикаментозного лікування підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Групи | Шкала А | Шкала В | Шкала С | Шкала D | Шкала Е | Загальний бал | Депресивність |
|---------------------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Конверсивний синдром, n=26 | | | | | | | |
| До лікування | 64,81 ± 0,64 | 76,09 ± 0,66 | 63,09 ± 0,41 | 62,63 ± 0,37 | 65,27 ± 0,45 | 70,36 ± 0,53 | 3,36 ± 0,13 |
| Через 18 днів лікування | 60,18 ± 0,46 * | 67,93 ± 0,46 * | 61,13 ± 0,42 | 59,69 ± 0,41 * | 63,47 ± 0,43 | 67,38 ± 0,54 * | 2,98 ± 0,13 |
| Через 60 днів лікування | 52,08 ± 0,42 * | 58,91 ± 0,36 * | 52,91 ± 0,44 | 54,58 ± 0,39 | 54,00 ± 0,41 * | 55,50 ± 0,42 * | 1,91 ± 0,22 * |
| Депресивний синдром, n=22 | | | | | | | |
| До лікування | 61,21 ± 0,53 | 71,35 ± 0,54 | 54,07 ± 0,34 | 61,71 ± 0,30 | 56,00 ± 0,29 | 64,21 ± 0,41 | 3,07 ± 0,17 |
| Через 18 днів лікування | 60,28 ± 0,51 | 67,38 ± 0,48 * | 54,17 ± 0,37 | 61,17 ± 0,33 | 56,00 ± 0,39 | 63,27 ± 0,41 | 3,01 ± 0,19 |
| Через 60 днів лікування | 59,00 ± 0,35 * | 61,84 ± 0,38 * | 54,30 ± 0,41 | 57,61 ± 0,37 * | 56,00 ± 0,40 | 60,07 ± 0,41 * | 2,61 ± 0,20 |
| Тривожно-фобічний синдром, n=9 | | | | | | | |
| До лікування | 65,80 ± 0,63 | 79,80 ± 0,66 | 62,00 ± 0,40 | 65,60 ± 0,34 | 67,50 ± 0,17 | 72,00 ± 0,42 | 3,80 ± 0,10 |
| Через 18 днів лікування | 63,98 ± 0,66 | 77,60 ± 0,89 | 61,90 ± 0,44 | 65,10 ± 0,36 | 64,50 ± 0,37 | 70,50 ± 0,45 | 3,70 ± 0,12 |
| Через 60 днів лікування | 60,80 ± 0,80 * | 73,60 ± 0,72 * | 61,20 ± 0,34 | 64,00 ± 0,49 * | 59,40 ± 0,54 * | 67,20 ± 0,55 * | 3,40 ± 0,21 |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Згідно з результатами за опитувальником тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої до лікування рівень тривожності знаходився в межах високого значення в 1-ій і 2-ій групах спостереження. Через 18 днів медикаментозного лікування значення показників тесту тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої покращилися та перемістились на середній рівень тривожності. Так, високий рівень

реактивної тривожності, який відзначали до лікування 40,74 % осіб 1-ої і 43,33 % – 2-ої групи, зменшився до 37,04 % і 36,67 % відповідно ($p > 0,05$), хоч і залишався високим. Виражену тривожність як стабільну особистісну характеристику визначали у 66,67 % 1-ої і 70,0 % підлітків 2-ої груп до лікування. Через 18 днів лікування цей показник на високому рівні залишався у 48,15 % дітей 1-ої й 53,33 % 2-ої груп (розбіжності достовірні в порівнянні з даними до лікування, $p < 0,05$). Через 60 днів лікування високий рівень реактивної тривожності залишався лише у 37,03 % дітей 1-ої й 40,00 % 2-ої груп ($p < 0,05$) (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Показники шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації
А.Д. Андрєєвої на тлі медикаментозного лікування ($M \pm \sigma$)

| Групи | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|-------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|
| | Особистісна | | | Ситуативна | | |
| І група n=27 | | | | | | |
| До лікування | 23,07 ± 0,34 | 26,08 ± 0,27 | 21,93 ± 0,27 | 22,87 ± 0,34 | 25,80 ± 0,23 | 19,40 ± 0,34 |
| Через 18 днів лікування | 22,77 ± 0,26 | 25,96 ± 0,27 | 21,51 ± 0,12 | 22,34 ± 0,25 | 25,12 ± 0,27 | 19,74 ± 0,46 |
| Через 60 днів лікування | 22,07 ± 0,28 * | 25,06 ± 0,29 | 21,03 ± 0,21 | 20,77 ± 0,28 * | 24,62 ± 0,21 * | 20,04 ± 0,43 |
| ІІ група n=30 | | | | | | |
| До лікування | 24,03 ± 0,15 | 23,93 ± 0,14 | 22,23 ± 0,20 | 24,73 ± 0,14 | 23,86 ± 0,14 | 20,73 ± 0,18 |
| Через 18 днів лікування | 23,23 ± 0,22 | 24,63 ± 0,18 | 22,33 ± 0,22 | 24,26 ± 0,16 | 24,13 ± 0,16 | 21,63 ± 0,25 |
| Через 60 днів лікування | 22,93 ± 0,18 * | 25,33 ± 0,16 * | 23,53 ± 0,24 * | 23,86 ± 0,14 * | 24,93 ± 0,13 * | 22,36 ± 0,27 * |

Примітки: 1). Знаком * позначена достовірна різниця при порівнянні з даними до лікування;

2). Достовірної різниці ($p > 0,05$) в показниках при порівнянні І і ІІ груп не встановлено.

Реактивна пізнавальна активність до лікування була найнижчою у 40,74 % осіб 1-ої групи і 40,0 % – 2-ої групи. Після лікування (через 60 днів) цей показник залишався на низькому рівні лише у 29,63 % 1-ої й 33,33 % – 2-ої груп ($p < 0,05$). Низькі значення особистісної пізнавальної активності були діагностовані по 13,33 % осіб в обох групах, залишались такими, не змінившись на тлі лікування.

Реактивні негативні емоційні переживання на високому рівні визначались у 18,52 % 1-ої і 20,0 % осіб 2-ої груп. Після 18 днів лікування кількість осіб з високими значеннями реактивного гніву зросла до 29,63 % і 33,33 % відповідно і залишалась такою до кінця лікування. Кількість підлітків з високим рівнем особистісних негативних емоційних переживань в обох групах (59,26 % і 60,0 % відповідно) не змінилися на тлі лікування ($p > 0,05$) (табл. 4.3).

Збільшення числа школярів з високим рівнем реактивних негативних емоційних переживань може вказувати на формування у підлітків синдрому «госпіталізму», зумовленому перебуванням пацієнта у лікарні. Рівень реактивної тривожності залежить від багатьох чинників оточуючого середовища у момент обстеження.

Так, школярі 1-ої групи мають достовірно нижчий рівень реактивної тривожності у порівнянні із підлітками, які перебувають у стаціонарі, що може свідчити про адекватність адаптаційних процесів та достатність адаптаційного ресурсу щодо різноманітного впливу – як сприятливого, так і несприятливого – з боку зовнішнього середовища [72].

Відсутність динаміки особистісної пізнавальної активності і особистісних негативних емоційних переживань на тлі лікування ще раз підтверджує незмінність особистості під дією фармакологічних засобів.

Таким чином, завдяки опитувальнику тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої підтверджено позитивний вплив медикаментозної терапії на показники реактивної і особистісної тривожності, реактивної пізнавальної активності. Разом з тим, високі показники реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів є патогенетично значущими

параметрами в зниженні загальної толерантності організму і в опосередкованому формуванні психосоматичних розладів, які погано піддаються медикаментозній корекції.

Враховуючи наведені дані, представляло науковий інтерес визначення впливу медикаментозної терапії на динаміку психопатологічних синдромів. Так, при конверсивному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 57,14 % осіб до лікування, 50,00 % – через 18 днів лікування і 42,86 % чоловік через 60 днів після лікування. Низький рівень особистісної пізнавальної активності виявлено у 35,71 % підлітків до лікування. Через 18 днів лікування рівень особистісної пізнавальної активності підвищився і був діагностований низьким у 28,57 % осіб і після 60 днів лікування – у 14,29 %. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань мали місце у 21,43 % осіб до лікування, 35,71 % – через 18 днів і у 42,86 % школярів через 60 днів лікування. Високі значення ситуативної тривожності виявлено у 78,57 % осіб до лікування, у 64,29 % і 57,14 % осіб – через 18 днів і 60 днів після лікування відповідно. Низький рівень ситуативної пізнавальної активності виявлено у 14,29 % підлітків до лікування і 7,14 % – після лікування. Високі значення ситуативних негативних емоційних переживань мали місце у 57,14 % осіб до лікування і у 64,29 % школярів через 18 днів і 60 днів лікування відповідно (табл. 4.4).

При депресивному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 33,33 % осіб до лікування і по 25,0 % чоловік через 18 днів і 60 днів лікування. Низький рівень особистісної пізнавальної активності виявлено у 33,33 % підлітків до лікування, у 50,0 % – через 18 днів і у 41,67 % – через 60 днів лікування відповідно. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань мали місце у 25,0 % осіб до лікування і ці значення не змінились на тлі лікування. Високі показники ситуативної тривожності виявлено у 50,0 % осіб до лікування, у 41,67 % осіб – після 18 днів лікування і у 33,33 % осіб – через 60 днів лікування. Низький рівень ситуативної пізнавальної активності виявлено у 8,33 % підлітків до лікування і по 16,67 % – після лікування. Високі значення ситуативних негативних

емоційних переживань мали місце у 58,33 % осіб до лікування і у 50,0 % й 41,67 % школярів після лікування (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Показники шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації

А.Д. Андреевої на тлі медикаментозного лікування ($M \pm \sigma$)

| Групи | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|---------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|
| | Особистісна | | | Ситуативна | | |
| Конверсивний синдром, n=23 | | | | | | |
| До лікування | 24,09 ± 0,24 | 23,72 ± 0,27 | 22,36 ± 0,45 | 26,54 ± 0,23 | 22,18 ± 0,20 | 22,36 ± 0,40 |
| Через 18 днів лікування | 23,92 ± 0,27 | 26,14 ± 0,22 | 23,85 ± 0,42 | 24,96 ± 0,25 | 24,71 ± 0,16 | 24,21 ± 0,43 |
| Через 60 днів лікування | 23,80 ± 0,31 | 24,80 ± 0,26 | 24,10 ± 0,55 * | 24,40 ± 0,32 | 24,40 ± 0,19 * | 24,70 ± 0,53 * |
| Депресивний синдром, n=24 | | | | | | |
| До лікування | 24,07 ± 0,25 | 24,21 ± 0,20 | 22,42 ± 0,22 | 23,07 ± 0,21 | 25,57 ± 0,22 | 19,92 ± 0,20 |
| Через 18 днів лікування | 22,58 ± 0,27 | 24,50 ± 0,21 | 23,08 ± 0,23 | 23,08 ± 0,17 | 25,25 ± 0,19 | 19,75 ± 0,30 |
| Через 60 днів лікування | 22,06 ± 0,26 * | 25,46 ± 0,21 | 23,06 ± 0,25 | 23,40 ± 0,17 | 25,26 ± 0,18 | 20,73 ± 0,33 * |
| Тривожно-фобічний синдром, n=10 | | | | | | |
| До лікування | 23,80 ± 0,23 | 23,60 ± 0,37 | 21,40 ± 0,44 | 25,40 ± 0,10 | 22,80 ± 0,24 | 19,40 ± 0,23 |
| Через 18 днів лікування | 24,00 ± 0,66 | 25,00 ± 0,70 | 22,75 ± 0,88 | 25,00 ± 0,38 | 23,75 ± 0,62 | 20,75 ± 0,89 |
| Через 60 днів лікування | 23,80 ± 0,51 | 26,00 ± 0,57 * | 23,80 ± 0,68 * | 24,20 ± 0,29 * | 25,00 ± 0,48 * | 22,60 ± 0,75 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

При тривожно-фобічному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 25,0 % осіб до лікування і по 45,45 % чоловік після лікування. Низький рівень особистісної пізнавальної активності виявлено у 72,73 % підлітків до лікування у 50,0 % і 45,45 % – через 18 днів і

60 днів лікування відповідно. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань не визначались до лікування і мали місце у 22,72 % школярів після лікування. Високі показники ситуативної тривожності виявлено у 45,45 % осіб до лікування. Після лікування високі значення залишались у 22,73 % через 18 днів і у 18,18 % осіб – через 60 днів. Низький рівень ситуативної пізнавальної активності виявлено у 22,73 % підлітків до лікування і цей показник не змінився після лікування. Високі значення ситуативних негативних емоційних переживань мали місце у 72,73 % осіб до лікування. Через 18 днів і 60 днів лікування високі значення залишались у 50,0 % і 40,91 % школярів відповідно (табл. 4.4).

Аналіз динаміки шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса на тлі медикаментозної терапії виявив тенденцію до підвищення адаптаційних можливостей організму до ситуацій стресогенного характеру. Доцільність аналізу кожного фактору тривоги та динаміка їх змін за методикою Б.Філіпса в рамках біопсихосоціального підходу надання допомоги роз'яснює психопедагогічну роботу (психоедукцію) з сім'єю, вчителями та однолітками та проводилася в усіх дослідних групах [150]. Особливістю і головною перевагою цього тесту є те, що він дозволяє виявити рівень тривожності в різних шкільних ситуаціях, визначити, в яких саме сферах внутрішньошкільних відносин локалізується тривожність і які конкретно форми приймає [190].

Проведений аналіз шкільної тривожності до лікування виявив підвищений рівень загальної тривожності у 29,63 % підлітків 1-ої групи і 30,00 % – 2-ої групи. Після медикаментозної терапії високі значення цього показника залишались ще у 11,11 % 1-ої групи і 10,0 % – 2-ої групи. Разом з тим, страх невідповідності очікуванням оточуючих зріс з 33,33 % осіб в обох групах до 51,85 % в 1-ій групі і 53,33 % осіб – в 2-ій групі (розбіжності достовірні в порівнянні з даними до лікування, $p < 0,05$) (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса на тлі
медикаментозного лікування підлітків (М ± m)

| Групи | Шкали тесту | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
| І група n=27 | | | | | | | | |
| До лікування | 39,94 ± 9,18 | 47,68 ± 5,57 | 34,42 ± 7,32 | 36,63 ± 10,91 | 47,62 ± 10,08 | 42,86 ± 12,34 | 17,14 ± 15,90 | 35,71 ± 6,15 |
| Через 18 днів лікування | 39,84 ± 9,16 | 46,68 ± 5,58 | 35,44 ± 7,34 | 37,66 ± 10,98 | 47,66 ± 10,81 | 43,88 ± 12,04 | 19,18 ± 15,92 | 35,79 ± 6,52 |
| Через 60 днів лікування | 38,31 ± 9,45 | 42,06 ± 9,92 | 39,66 ± 6,89 | 40,48 ± 13,93 | 47,62 ± 12,10 | 45,71 ± 10,48 | 27,14 ± 15,90 | 37,50 ± 5,66 |
| ІІ група n=30 | | | | | | | | |
| До лікування | 36,36 ± 4,96 | 49,70 ± 5,05 | 48,97 ± 3,23 | 53,33 ± 5,73 | 47,78 ± 5,46 | 41,33 ± 6,99 | 42,00 ± 6,34 | 43,75 ± 5,02 |
| Через 18 днів лікування | 32,65 ± 4,68 | 45,77 ± 5,58 | 46,17 ± 3,63 | 50,44 ± 5,37 | 44,87 ± 5,65 | 44,66 ± 6,77 | 38,33 ± 6,68 | 43,15 ± 5,42 |
| Через 60 днів лікування | 29,09 ± 4,94 | 38,79 ± 6,49 | 42,56 ± 3,74 | 44,44 ± 5,66 | 38,89 ± 7,51 | 50,00 ± 6,61 | 23,33 ± 6,07 * | 42,92 ± 4,45 |

Примітки: 1). Знаком * позначена достовірна різниця при порівнянні з даними до лікування;

2). Достовірної різниці ($p > 0,05$) в показниках при порівнянні І і ІІ груп не встановлено.

Дослідження динаміки шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса в залежності від психопатологічних синдромів на тлі медикаментозної терапії виявило тенденцію до підвищення адаптаційних можливостей організму до ситуацій стресогенного характеру через 18 днів лікування і покращення показників через 60 днів терапії. При цьому достовірно ($p < 0,05$) зменшився страх самовираження у підлітків з конверсивним синдромом, страх ситуації перевірки знань у дітей з депресивним синдромом і низький фізіологічний опір стресу – у школярів з депресивним і тривожно-фобічним синдромами.

Проведений аналіз шкільної тривожності до лікування в залежності від психопатологічних синдромів виявив підвищений рівень загальної тривожності у 34,62 % підлітків із конверсивним синдромом, у 18,19 % – з депресивним синдромом і у 44,44 % осіб з тривожно-фобічним синдромом. Через 18 днів лікування мала місце тенденція до покращення показників тесту Б.Філіпса ($p > 0,05$). Через 60 днів медикаментозної терапії високі значення загальної тривожності залишались ще у 15,38 % підлітків із конверсивним синдромом і 9,09 % – з депресивним синдромом. Разом з тим, страх невідповідності очікуванням оточуючих зріс з 42,31 % осіб до 61,54 % осіб із конверсивним синдромом і з 22,73 % підлітків до 50,0 % осіб – з депресивним синдромом (розбіжності достовірні в порівнянні з даними до лікування, $p < 0,05$) (табл. 4.6).

Отримані результати наших досліджень засвідчують, що проведене медикаментозне лікування підлітків з психосоматичними розладами із застосуванням монотерапії сертраліном, так і в комбінації його з ламотриджином впродовж двох місяців, справляє позитивний ефект на психопатологічну симптоматику у переважної більшості пацієнтів (66,67 % у пацієнтів 1-ої групи і у 73,33 % випадків в 2-ій групі).

Таблиця 4.6

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса на тлі
медикаментозного лікування підлітків ($M \pm m$)

| Групи | Шкали тесту | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
| Конверсивний синдром, n=26 | | | | | | | | |
| До лікування | 32,64 ±10,05 | 52,07 ± 7,98 | 51,75 ± 4,35 | 60,61 ± 8,01 | 37,88 ± 11,01 | 41,82 ± 10,59 | 32,73 ± 8,53 | 44,32 ± 7,32 |
| Через 18 днів лікування | 30,04 ±10,45 | 49,70 ± 7,98 | 50,25 ± 4,51 | 56,71 ± 9,92 | 36,68 ± 12,11 | 43,28 ± 10,19 | 30,03 ± 8,13 | 44,32 ± 7,12 |
| Через 60 днів лікування | 26,51 ±11,07 | 43,80 ±12,40 | 46,15 ± 5,06 | 40,91 ± 5,69 * | 34,85 ± 16,79 | 58,18 ±10,28 | 25,45 ± 20,06 | 44,32 ± 6,87 |
| Депресивний синдром, n=22 | | | | | | | | |
| До лікування | 35,39 ± 5,84 | 42,86 ± 7,90 | 46,15 ± 6,05 | 44,05 ± 8,57 | 53,57 ± 6,83 | 44,29 ±11,44 | 41,43 ± 8,90 | 42,86 ± 8,89 |
| Через 18 днів лікування | 32,37 ± 5,24 | 41,66 ± 7,56 | 44,45 ± 6,25 | 44,05 ± 8,07 | 49,58 ± 6,94 | 45,57 ±10,46 | 31,13 ± 8,98 | 43,63 ± 8,81 |
| Через 60 днів лікування | 27,92 ± 5,32 | 32,47 ± 7,24 | 41,76 ± 4,20 | 44,05 ± 6,23 | 36,90 ±4,69 * | 48,57 ± 9,85 | 12,86 ±10,85 * | 45,54 ± 6,32 |
| Тривожно-фобічний синдром, n=9 | | | | | | | | |
| До лікування | 47,27 ±11,18 | 63,66 ± 8,06 | 50,77 ± 2,64 | 63,33 ±12,21 | 53,33 ±13,31 | 32,00 ±14,14 | 64,00 ±4,58 | 45,00 ± 9,50 |
| Через 18 днів лікування | 43,57 ±11,16 | 57,68 ± 9,08 | 46,58 ± 4,46 | 61,03 ±11,22 | 53,33 ±10,12 | 33,79 ±15,14 | 56,00 ±12,68 | 43,50 ±10,50 |
| Через 60 днів лікування | 33,64 ±10,69 | 45,45 ±17,06 | 36,92 ± 9,30 | 53,33 ±11,18 | 53,33 ± 4,56 | 36,00 ±16,33 | 48,00 ±6,55 * | 32,50 ±13,16 |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Таким чином доведено, що препаратами вибору при медикаментозному лікуванні підлітків із психосоматичними розладами можуть бути сертралін і ламотриджин. Вибір препарату доцільно проводити на підставі урахування етіологічних, патогенетичних особливостей формування психосоматичних розладів, що передбачає, згідно з даними [56, 231], виявлення та оцінки резидуально-органічних, конституціонально-генетичних і психосоціальних чинників та диференціальної клінічної діагностики з виділенням предикторів індивідуально-адекватної психофармакотерапії. Сертралін слід використовувати при лікуванні більш простих за клінічною симптоматикою соматоформних розладах з переважанням вегетативних дисфункцій. Застосування сертраліну в комбінації з ламотриджином показано у підлітків за наявності конверсивного або депресивного синдромів.

4.2. Ефективність поєднання психокорекційних та психофармакологічних заходів у підлітків з психосоматичними розладами

Вступ у підлітковий вік передбачає подальший розвиток особистості за нових умов, пов'язаних перш за все зі зрушеннями у самосвідомості. Суперечність між самооцінкою підлітка та ставленням до нього дорослого часто є джерелом формування психосоматичних розладів [108]. Психологічні проблеми підліткового віку потребують пильної уваги спеціалістів різного профілю: психологів, медиків, соціальних педагогів з метою забезпечення емоційної, смислової та екзистенційної підтримки дитини у ситуаціях ускладнення, які виникають у ході її особистісного та соціального буття. Медична реабілітація має бути спрямована на відновлення здоров'я підлітків та забезпечення розвитку усіх систем організму, запобігаючи затримці росту та розвитку. Тому найважливішим засобом, що сприяє розвитку особистості, є групова робота з вирішенням психотерапевтичних і психокорекційних завдань [45].

4.2.1. Психокорекційний підхід до лікування підлітків з психосоматичними розладами

Існує безліч тренінгових програм спрямованих на розвиток особистості підлітків, на навчання їх взаємодії з однолітками, управління власною поведінкою. До числа таких програм відносять: тренінг досвіду міжособистісного спілкування, тренінг вирішення проблем, тренінг контролю гніву, тренінг емпатії та ін. Конкретна тренінгова програма зазвичай підбирається на основі як теоретичних, так і психологічних проблем, наявних у її учасників [41, 115]. Важливою умовою ефективності психотерапії є оптимальний контакт між психотерапевтом і хворим. Із психотерапевтичних методів ми обрали клієнт-центровану терапію (англ. *person-centered therapy* — людино-центрована терапія, не директивна психотерапія), один із різновидів сучасної психотерапії, яка була розроблена американським психологом Карлом Роджерсом та основана на емпатії, конгруентності, безумовного прийняття. Клієнт-центрована терапія застосовується в гуманістичній психології, як в самій психологічній терапії так і в консультуванні, та ставить на перше місце людину як особистість та її самовдосконалення [219].

Через те, що клієнтцентрована психотерапія потребує приймаючого, сензитивного і недирективного психотерапевта, який іде за клієнтом і вірить у його ресурси, вона не пропонує складної та вражаючої техніки, яка робила б очевидним вплив психотерапевта на клієнта. Психокорекційна робота була побудована на принципах етапності, послідовності із урахуванням етіопатогенетичних аспектів [41, 219].

На першому етапі психокорекційної роботи необхідно проведення групового психотерапевтичного заняття, на якому встановлюється психологічний контакт з пацієнтами, попереднє пояснення причин розвитку психосоматичних порушень та ознайомлення з загальним планом лікування [41].

За своєю однорідністю групи бувають гомо- та гетерогенні. В їх основі лежать три критерія: - демографічний (вік, стать, освіта); - клінічний (симптоми, синдроми, діагноз); - особистісний (характер, інтелект, інтереси) [41, 219].

В гетерогенних групах емоційний накал та конфронтація можуть бути більш вираженими, а способи їх вирішення більш реальними та природними. Але вони можуть сприяти ізоляції деяких членів. Гомогенні групи більш згуртовані, менш конфліктні, схильні до емоційної підтримки один одного. В той же час гомогенна група є поганою ареною для вирішення суперечок та вирішення гострих конфліктів [41].

Отже, при підборі групи ми намагалися забезпечити відносну однорідність її складу за рівнем соціальної успішності, соціальним і загальнокультурним орієнтаціям (різка неоднорідність цих орієнтацій вкрай ускладнює згуртування групи і уповільнює групову динаміку). Разом з тим, серед членів групи корисно мати невелику кількість підлітків з більш високим загальнокультурним рівнем, ніж в основній масі учасників. Робота в групі полегшується, якщо в ній приблизно порівну хлопчиків і дівчаток. Це сприяє виробленню правильних зразків чоловічої та жіночої поведінки, підвищує емоційну насиченість внутрішньогрупового спілкування, розширює коло тем, що порушувалися учасниками групи в дискусіях [236].

Наскільки добре учасники групи знайомі один з одним до початку занять має велике значення при деяких формах роботи, але рідко залежить від бажань психотерапевта; у групових заняттях можуть брати участь учні визначеного класу, школи, пацієнти відділення лікарні і т.д. [140]. Прийняття людини зі всіма її можливими вадами і проблемами – безумовна терапевтична цінність, що передбачає повагу до життєвого досвіду особистості незалежно від того, наскільки він позитивний і несуперечливий. Позитивне ставлення до особистості клієнта дає йому відчуття захищеності і комфортності в терапевтичній роботі і є важливою частиною «відносин допомоги», необхідною для підліткового віку.

На другому етапі, де головною метою психокорекційної роботи було згладження психопатологічних розладів, нами проводилась корекція особистісних дисгармонійних рис характеру та соціальної дезадаптації, які лежать в основі комунікативних труднощів і конфліктності.

Психотерапевтична робота на третьому етапі основана на доопрацюванні навичок психічної саморегуляції, корекції особистісної структури підлітка. Тренінг для підлітків з психосоматичними порушеннями складався з 10 сеансів в ключі клієнтцентрованої психотерапії.

Кожен сеанс включає наступні елементи: привітання, розминку у вигляді вправ чи гри, що дозволяє включитися в процес групи, основний зміст, рефлексію - підведення підсумків заняття та отримання зворотнього зв'язку, завдання на наступний раз, прощання. Під час тренінгу використовуються ігрові методи [41, 140].

Нами була створена оригінальна розробка методики проведення клієнтцентрованої психотерапії (в співавторстві з доктором медичних наук Мостовою О.П. [211]). Додаток И.

Подолання тривожності, забезпечення готовності до розмови на серйозні теми, робота з активізації відповідних форм мовлення по збагаченню словникового запасу і розвитку вміння вести діалог – основні завдання групової роботи [236]. У роботі з цими підлітками на перший план зазвичай виходять завдання подолання обмеженості кола спілкування, труднощів у встановленні контактів, заниженої самооцінки. Залежно від глибини наявних проблем ці завдання можуть вирішуватися різними засобами. У деяких випадках бажаний ефект досягається вже завдяки самому факту включення підлітка в групу однолітків, які можуть стати для нього підходящими партнерами для спілкування. У більшості випадків необхідний цілеспрямований тренінг засобів і способів встановлення контактів, вміння виступати в різних ролях (ведучого, веденого, рівноправного партнера). У найбільш серйозних випадках потрібне подолання наявних у підлітка

невротичних проявів або аутистических тенденцій, так що робота набуває виражену психотерапевтичну спрямованість [236].

В завдання психологічної роботи входить пробудження у підлітка інтересів, типових для його однолітків, формування самостійності, тренінг прийняття рішень і керівництва діями групи. Важливо також прищепити таким дітям прагнення активно брати участь у соціальному житті, почуття своєї причетності до неї. Одним із важливих завдань групової роботи стає формування в учасників усвідомлення своїх психологічних проблем і спрямованості на їх подолання [236].

Кожна з форм діяльності (психологічна група і підлітковий клуб) має свої завдання, що доповнюють один одного.

- Проходження психологічної групи забезпечує створення згуртованого активу клубу: у цьому процесі встановлюються тісні, емоційно насичені відносини між членами клубу, закладаються основи для змістовної спільної діяльності.

- У багатьох підлітків є серйозні емоційні та комунікативні проблеми, які ускладнюють, а часом роблять зовсім неможливим участь у роботі клубу; психологічна група сприяє подоланню цих проблем.

- Клуб забезпечує наступність і безперервність у роботі психологічних груп, створює реальний простір, на якому можуть бути реалізовані і закріплені психологічні досягнення групової роботи.

Як результат клієнтцентованої терапії можна очікувати наступних змін: клієнт стає більш конгруентним, менше захищається, стає більш послідовним, реалістичним. Підліток стає більш врівноваженим, зменшується відчуття загрози. Все це призводить до зниження тривожності, психологічної напруги та самоконтролю. Зростає позитивне ставлення до самого себе, сприйняття інших людей стає більш реалістично, тощо [219].

4.2.2 Ефективність комбінованого лікування психосоматичних розладів у підлітків

Для лікування психосоматичних розладів більшість дослідників пропонують поєднувати психофармакологічні препарати з психотерапією [114, 240]. Важливе значення має психотерапія, спрямована на корекцію тривожності, зняття прихованого емоційного напруження, неадекватного емоційного реагування у підлітків із високим нейротизмом та інтровертованістю. Доведено, що застосування аутогенного тренування з подальшим катарсисом потенціює дію на вегетативний гомеостаз. Центральне місце в дитячо-підлітковій психотерапії займає робота з батьками: бесіда, консультації [137, 168, 220]. У зв'язку з цим перспективним є впровадження активаційних методів терапії, метою яких є підвищення саногенетичного потенціалу організму через активізацію процесів адаптації.

Комбінована психокорекційна та психофармакологічна терапія була застосована у підлітків 3-ої групи з діагнозом F45.3. Підліткам цієї групи (33 особи віком $14,00 \pm 0,11$ років), які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні, призначали сертралін і ламотриджин в поєднанні з психотерапією. Тривалість стаціонарного лікування – 18 днів з наступним амбулаторним лікуванням до 2 місяців.

Із психотерапевтичних методів ми обрали клієнт-центровану психотерапію, яка орієнтована на розвиток, самоорганізацію і самозбереження, досягнення внутрішньої гармонії і задоволення життям за допомогою розуміючого і глибоко особистого контакту між клієнтом і терапевтом. Курс психотерапії тривав 6 місяців.

Нами була застосована психотерапія малої групи. При проведенні групової психокорекційної роботи з підлітками було дотримано наступних принципів добору групи: 1) відносна однорідність групи за віком (різниця не більш 3 років); 2) максимальна різноманітність по акцентуаціях; 3) функціонування групи хлопчиків і дівчаток окремо; 4) оптимальна

чисельність групи – 5-10 чоловік; 5) бажана закритість групи (ті самі учасники працюють на всіх заняттях) [219].

Перед початком роботи в групі обов'язково було проведено ретельне патопсихологічне обстеження дітей, консультація з лікуючим лікарем даної дитини, згода самої дитини та її батьків на таку форму роботи. Частота та тривалість занять визначалася можливостями того закладу, де проводилися заняття в групі. В стаціонарі оптимально 3-4 рази на тиждень, амбулаторно – 1-2 рази на тиждень, з тривалістю однієї сесії 60-90 хвилин.

На початку проведення групової психотерапії відмічали опір із боку батьків, який полягав у недовірі до психотерапії, недовірі своїй дитині: «моя дитина не зміниться», та відмові дитини від участі, нерозуміння методу, асоціація з сектою та особистісне бачення «моя дитина не психічно хвора, навіщо їй це».

В клінічній картині представників цієї групи діагностовано: депресивний синдром – у 9 пацієнтів (27,27 %), конверсивний синдром у 11 (32,33 %) хворих і тривожно-фобічний – у 13 (39,39 %) осіб. Достовірних відмінностей в клінічній картині представників 3-ої у порівнянні з 1-ої і 2-ої групами не встановлено ($p > 0,05$).

Критеріями якості лікування виступали: нормалізація стану, артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, підвищення толерантності до фізичних та емоційних навантажень. Кінцевим очікуваним результатом лікування є зменшення вираженості скарг хворого, поліпшення стану або одужання [219, 244].

Контроль ефективності лікування оцінювали за тестами депресії CDI М. Ковас, тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої, шкільної тривожності Б.Філіпса через 18 днів і 60 днів призначеної терапії, при цьому проводили порівняння між досліджуваними групами.

Проведений аналіз за шкалами CDI М. Ковас показав, що у підлітків 3-ої групи при наявності ознак соматичної патології до лікування рівень депресії вище середнього значення визначали за шкалами CDI загальний і В

«Міжособистісні проблеми» (по 62,5 %), однакові значення отримані за шкалами D «Ангедонія» і E «Власна неефективність і суїцидальні думки» (по 50,0 %), менша кількість за шкалами A «Негативний настрій» і C «Ееефективність» (по 43,75 %). На початку лікування загальний бал за шкалою депресії CDI М. Kovacs дорівнював $60,66 \pm 0,45$ бали (табл. 4.7).

Через 18 днів комплексного лікування підлітків з психосоматичними розладами мала місце позитивна динаміка психопатологічної симптоматики: загальний бал за шкалою депресії CDI М. Kovacs знизився і склав $52,07 \pm 0,27$ балів ($p < 0,05$). Так, відсоток неблагополуччя достовірно ($p < 0,05$) знизився за всіма шкалами CDI М. Kovacs і складав: однакову кількість підлітків за шкалами B і D (по 37,5 %), меншу кількість – за шкалами CDI загальний, шкалою A і C (по 31,25 %), найменшу кількість за шкалою E (18,75 %).

Таблиця 4.7

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs на тлі комплексного лікування підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Групи n=33 | Шкала А негативний настрій | Шкала В міжособи стісні проблеми | Шкала С неефек тивність | Шкала D ангедон ія | Шкала Е негативна самооцінк а | Загальний бал | Депресивні сть |
|----------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------|-------------------|
| До лікування | $59,47 \pm 0,51$ | $64,87 \pm 0,51$ | $53,07 \pm 0,42$ | $55,87 \pm 0,36$ | $58,40 \pm 0,29$ | $60,66 \pm 0,45$ | $2,80 \pm 0,19$ |
| Через 18 днів лікування | $51,57 \pm 0,33 *$ | $55,35 \pm 0,29 *$ | $51,92 \pm 0,38$ | $51,92 \pm 0,33 *$ | $47,71 \pm 0,30 *$ | $52,07 \pm 0,27 *$ | $1,86 \pm 0,14$ |
| Через 60 днів лікування | $49,59 \pm 0,16 *$ | $55,44 \pm 0,17 *$ | $52,18 \pm 0,14$ | $50,0 \pm 0,14 *$ | $47,71 \pm 0,15 *$ | $50,82 \pm 0,15 *$ | $1,71 \pm 0,12 *$ |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Через 60 днів комплексного лікування відбулася найбільш значуща редукція симптомів депресії ($50,82 \pm 0,15$ балів) ($p < 0,001$) (табл. 4.7). Відсоток неблагополуччя знизився ($p < 0,01$) за шкалами B і D (по 25,0 %), за шкалою CDI загальний і шкалами A, C (по 18,75 %), за шкалою E (6,25 %).

Отже, комбінована психокорекційна та психофармакологічна терапія справляла достовірно позитивний вплив на психологічний стан підлітків з психосоматичними розладами. Так, рівень депресивності знизився і через 2 місяці у всіх підлітків, які отримували лікування, діагностовано легке зниження настрою ($1,71 \pm 0,12$ балів) ($p < 0,01$).

Аналіз рівня депресії за шкалами CDI М. Kovacs в залежності від психопатологічного синдрому показав, що у підлітків при наявності ознак конверсивного синдрому встановлено субдепресію чи масковану депресію, коли рівень депресії вище середнього значення визначали за шкалами загальне зниження настрою, міжособистісні проблеми, високий рівень виснаження і почуття самотності, мали місце помірно високий негативізм та підвищений рівень тривожності. Після проведеного лікування через 18 днів підлітки відмічали субдепресію чи легке зниження настрою з помірно високими показниками по шкалах В, D, а через 60 днів – легке зниження настрою з помірно високими показниками за шкалою С (табл. 4.8).

У підлітків при наявності ознак депресивного синдрому встановлено субдепресію чи масковану депресію, коли рівень депресії вище середнього значення визначали за шкалами А, В, D, Е: загальне зниження настрою, міжособистісні проблеми, високий рівень виснаження і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності. Вже через 18 днів комплексного лікування підлітки відмічали легке зниження настрою з помірно високими показниками за шкалами В і D. Через 60 днів лікування визначали легке зниження настрою з помірно високими показниками за шкалою В (табл. 4.8).

У підлітків із тривожно-фобічним синдромом встановлено ознаки депресивного розладу з рівнем депресії вище середнього значення, який визначали за усіма шкалами тесту. Через 18 днів лікування динаміки показників тесту не відмічалось. Після проведеного комплексного лікування через 60 днів мали місце депресивні симптоми з помірно високими показниками за А, В, С і D шкалами тесту (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Показники рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs на тлі комплексного лікування підлітків в балах ($M \pm \sigma$)

| Групи | Шкала А | Шкала В | Шкала С | Шкала D | Шкала Е | Загальний бал | Депресивність |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Конверсивний синдром, n=11 | | | | | | | |
| До лікування | 63,40 ± 1,03 | 62,20 ± 1,18 | 49,80 ± 0,79 | 54,20 ± 0,80 | 58,20 ± 0,35 | 60,20 ± 0,89 | 2,80 ± 0,35 |
| Через 18 днів лікування | 51,57 ± 0,33 * | 55,35 ± 0,29 * | 51,92 ± 0,38 | 51,92 ± 0,33 * | 47,71 ± 0,30 * | 52,07 ± 0,27 * | 1,71 ± 0,12 |
| Через 60 днів лікування | 48,50 ± 0,87 * | 48,75 ± 0,43 * | 57,25 ± 0,87 | 48,50 ± 0,62 * | 43,50 ± 0,22 * | 49,00 ± 0,49 * | 1,50 ± 0,23 |
| Депресивний синдром, n=9 | | | | | | | |
| До лікування | 58,37 ± 0,74 | 66,50 ± 0,62 | 50,50 ± 0,57 | 56,62 ± 0,47 | 61,00 ± 0,45 | 60,75 ± 0,67 | 2,87 ± 0,28 |
| Через 18 днів лікування | 56,97 ± 0,64 | 62,54 ± 0,52 * | 49,59 ± 0,51 | 56,29 ± 0,49 | 57,70 ± 0,46 * | 58,57 ± 0,53 * | 2,17 ± 0,38 |
| Через 60 днів лікування | 54,37 ± 0,36 * | 57,12 ± 0,37 * | 48,00 ± 0,46 * | 56,25 ± 0,39 | 53,50 ± 0,36 * | 55,37 ± 0,35 * | 2,00 ± 0,18 * |
| Тривожно-фобічний синдром, n=13 | | | | | | | |
| До лікування | 59,33 ± 0,61 | 68,00 ± 1,01 | 62,66 ± 0,46 | 59,00 ± 0,46 | 51,66 ± 0,05 | 63,00 ± 0,51 | 3,00 ± 0,33 |
| Через 18 днів лікування | 56,66 ± 0,67 * | 65,40 ± 0,69 * | 56,88 ± 1,46 * | 51,80 ± 1,46 * | 45,99 ± 0,38 * | 59,00 ± 0,71 * | 2,60 ± 0,31 |
| Через 60 днів лікування | 52,33 ± 0,95 * | 62,33 ± 0,41 * | 53,00 ± 0,47 * | 48,66 ± 0,91 * | 41,33 ± 0,28 * | 51,00 ± 0,72 * | 1,66 ± 0,25 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Проведений аналіз ефективності комплексного лікування за шкалами CDI М. Kovacs показав, що у всіх підлітків при наявності ознак соматичної патології вже через 18 днів лікування рівень депресії достовірно зменшувався ($p < 0,05$) до легкого зниження настрою з помірно високими показниками за С шкалою тесту ($p > 0,05$), причому помірно високі показники по шкалах В, D спостерігали при конверсивному і депресивному синдромах, тоді як у

підлітків з тривожно-фобічним синдромом динаміки показників тесту не відмічали. Тривала комплексна терапія справляла достовірно позитивний результат за усіма параметрами тесту.

Рівень тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої до лікування знаходився в межах високого значення, що достовірно не відрізняється від інших груп спостереження. На початку лікування високий рівень реактивної і особистісної тривожності відзначали 37,5 %. Реактивна пізнавальна активність до лікування була найнижчою у 25,0 % осіб, а особистісна пізнавальна активність – у 12,5 % підлітків. Реактивні негативні емоційні переживання на високому рівні визначались у 25,0 %, особистісні негативні емоційні переживання – у 56,25 % школярів.

Через 18 днів комплексного лікування показники тесту перемістились на середній рівень тривожності. Так, високий рівень реактивної тривожності відзначали 31,5 % осіб, тоді як особистісна тривожність залишалась на високому рівні у 37,5 % чол. ($p < 0,05$ в порівнянні з даними до лікування). Реактивна пізнавальна активність після лікування залишалась найнижчою у 18,75 %, особистісна пізнавальна активність не змінилась (12,5 %). Реактивні негативні емоційні переживання залишались високими у 25,0 %, особистісні негативні емоційних переживання зменшились до 43,75 % (розбіжності недостовірні в порівнянні з даними до лікування, $p > 0,05$) (табл. 4.9).

Через 60 днів комплексної терапії мала місце достовірна ($p < 0,05$) динаміка показників тривожності. Високий рівень реактивної і особистісної тривожності знизився і відзначався лише у 12,5 % осіб. Реактивна і особистісна пізнавальна активність до лікування підвищилась і залишалась найнижчою у 6,25 % чол. Реактивні негативні емоційні переживання залишались на високому рівні у 12,50 %, особистісні негативні емоційні переживання зменшились до 18,75 % осіб (табл. 4.9).

Отже, на основі отриманих результатів встановлено позитивний вплив комплексної терапії на показники тривожності опитувальника

Ч.Д. Спілбергера. в модифікації А.Д. Андрєєвої вже через 18 днів, достовірних змін досягнуто через 60 днів лікування.

Таблиця 4.9

Показники шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації
А.Д. Андрєєвої на тлі комплексного лікування ($M \pm \sigma$)

| Групи n=33 | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| | особистісна | | | Ситуативна | | |
| До лікування | 23,97 ± 0,36 | 24,03 ± 0,18 | 21,98 ± 0,29 | 22,98 ± 0,28 | 23,93 ± 0,13 | 22,36 ± 0,27 |
| Через 18 днів лікування | 25,50 ± 0,33 * | 27,07 ± 0,25 * | 22,07 ± 0,27 | 22,35 ± 0,30 | 25,78 ± 0,21 | 19,40 ± 0,34 |
| Через 60 днів лікування | 20,73 ± 0,16 * | 26,28 ± 0,29 * | 20,03 ± 0,14 * | 20,86 ± 0,14 * | 26,84 ± 0,24 * | 18,92 ± 0,36 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Представляло науковий інтерес визначення впливу комплексної терапії на динаміку психопатологічних синдромів. Так, до лікування при конверсивному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 40,0 % осіб, після 18 днів лікування цей показник залишався без змін, через 60 днів лікування на високому рівні визначався у 20,0 % чоловік. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань мали місце у 20,0 % осіб до лікування, після 18 денного лікування цей показник залишався без змін, а через 60 днів лікування на високому рівні визначався у 18,75 % школярів. Високі значення ситуативної тривожності виявлено у 40,0 % осіб до лікування, у 40,0 % і 20,0% школярів – через 18 днів і 60 днів лікування лікування відповідно. Високі значення

особистісних негативних емоційних переживань мали місце у 60,0 % осіб до лікування у 40,0 % і 20,0 % – на тлі лікування (табл. 4.10).

При депресивному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 50,0 % осіб до лікування і ці значення не змінилися через 18 днів лікування, а через 60 днів визначались у 37,5 % чоловік. Низький рівень особистісної пізнавальної активності виявлено у 25,0 % підлітків до лікування, у 25,0 % – через 18 днів і у 12,5 % через 60 днів лікування. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань мали місце у 37,5 % осіб до лікування і ці значення не змінилися на тлі лікування. Високі значення ситуативної тривожності виявлено у 37,5 % осіб до лікування, у 50,0 % – через 18 днів і у 25,0 % – через 60 днів лікування. Низький рівень ситуативної пізнавальної активності виявлено у 12,5 % підлітків до лікування, ці значення не змінилися через 18 днів лікування, і не визначались після 60 днів лікування. Високі значення ситуативних негативних емоційних переживань мали місце у 62,5 % осіб до лікування, не змінилися через 18 днів лікування і мали місце у 37,5 % школярів після 60 днів лікування (табл. 4.10).

При тривожно-фобічному синдромі високий рівень особистісної тривожності був діагностований у 33,33 % осіб до лікування, і не визначався вже після 18 днів лікування. Низький рівень особистісної пізнавальної активності виявлено у 66,67 % підлітків до лікування і 33,33 % – після лікування. Високі значення особистісних негативних емоційних переживань і ситуативної тривожності мали місце у 33,33 % осіб до лікування і ці значення не змінилися на тлі лікування. Низький рівень ситуативної пізнавальної активності виявлено у 33,33 % підлітків до лікування і не визначався вже після 18 днів лікування. Високі значення ситуативних негативних емоційних переживань мали місце у 66,67 % осіб до лікування, у 33,33 % школярів через 18 днів лікування і не визначались через 60 днів лікування (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Показники шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації

А.Д. Андрєєвої на тлі комплексного лікування ($M \pm \sigma$)

| Групи | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|---------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------------|
| | Особистісна | | | Ситуативна | | |
| Конверсивний синдром, n=11 | | | | | | |
| До лікування | 23,60 ± 0,52 | 29,00 ± 0,20 | 22,60 ± 0,52 | 23,00 ± 0,60 | 28,60 ± 0,29 | 19,00 ± 0,51 |
| Через 18 днів лікування | 23,26 ± 0,48 | 28,90 ± 0,26 | 22,20 ± 0,42 | 22,90 ± 0,86 | 28,20 ± 0,27 | 18,83 ± 0,55 |
| Через 60 днів лікування | 22,60 ± 0,50 | 28,00 ± 0,23 * | 21,80 ± 0,48 | 22,60 ± 0,63 | 27,20 ± 0,23 * | 17,80 ± 0,26 * |
| Депресивний синдром, n=9 | | | | | | |
| До лікування | 23,12 ± 0,53 | 27,50 ± 0,40 | 22,25 ± 0,36 | 22,50 ± 0,43 | 26,00 ± 0,31 | 19,25 ± 0,45 |
| Через 18 днів лікування | 23,21 ± 0,51 | 27,50 ± 0,40 | 22,32 ± 0,38 | 22,48 ± 0,46 | 26,00 ± 0,32 | 19,29 ± 0,47 |
| Через 60 днів лікування | 23,37 ± 0,50 | 27,25 ± 0,40 | 22,62 ± 0,33 | 22,25 ± 0,38 | 26,00 ± 0,34 | 19,37 ± 0,45 |
| Тривожно-фобічний синдром, n=13 | | | | | | |
| До лікування | 23,00 ± 0,68 | 22,00 ± 0,68 | 21,66 ± 0,68 | 23,33 ± 0,30 | 21,66 ± 0,31 | 20,66 ± 0,29 |
| Через 18 днів лікування | 23,00 ± 0,78 | 23,68 ± 0,87 | 22,66 ± 0,72 | 23,33 ± 0,26 | 22,66 ± 0,68 | 19,99 ± 0,86 |
| Через 60 днів лікування | 21,33 ± 0,47 * | 26,66 ± 0,55 * | 23,33 ± 0,47 * | 23,00 ± 0,24 | 24,00 ± 0,23 * | 19,66 ± 0,40 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Таким чином, застосування комплексної терапії в лікуванні психосоматичних розладів у підлітків сприяє зменшенню негативних емоційних переживань при конверсивному синдромі, підвищуючи пізнавальну активність школярів, дозволяє зменшити тривожність при

тривожно-фобічному синдромі за рахунок переоцінки особистих негативних переживань і зміни поведінки з метою отримання позитивного підкріплення.

Аналіз тесту шкільної тривожності за Б.Філіпсом встановив, що наявність психосоматичних розладів сприяє зниженню пристосованості організму до стресогенних чинників, що пов'язано з різними формами включення підлітка в шкільне життя. Так, до лікування підвищений рівень загальної тривожності мали 25,0 % дітей. У 12,5 % фрустрована потреба в досягненні успіху. Спостерігається підвищений і високий рівень страху не відповідати очікуванням оточуючих у 37,5 % підлітків. Для 6,25 % характерна низька фізіологічна опірність стресу. Підвищений рівень страху у стосунках з вчителем характерний для 18,75 %. Все це може свідчити про незадовільний загальний психоемоційний стан школярів.

Порівнявши результати опитувальника шкільної тривожності до початку та по завершенню стаціонарного лікування, можна говорити про покращення адаптаційних можливостей. Якщо на початку лікування в групі застосування психофармакотерапії і психотерапії середній бал загальної тривожності у школі за шкалою шкільної тривожності Б.Філіпса складав $38,84 \pm 4,18$ %, то через 18 днів лікування відбулася позитивна динаміка малого ступеню виразності загальної тривожності, а саме: зниження інтенсивності симптомів на 6,66 % ($p > 0,05$). Тоді як через 2 місяці лікування в цій групі відбулася більш значуща редукція симптомів загальної тривожності – на 21,40 % ($p < 0,05$).

Через 18 днів комплексної терапії підвищений рівень загальної тривожності зменшився до 18,75 % дітей. Зросла частка підлітків (31,25 %), у яких фрустрована потреба в досягненні успіху. Частка підвищеного і високого рівня страху не відповідати очікуванням оточуючих залишилась незмінною (у 37,5 % осіб). Для 25,0 % характерна висока тривожність внаслідок низької фізіологічної опірності стресу. Підвищений рівень страху у стосунках з вчителем зріс до 31,25 % ($p > 0,05$ для всіх значень).

Через 60 днів комплексної терапії підвищений рівень загальної тривожності зменшився і спостерігався у 12,5 % дітей ($p < 0,05$). Ще більше зросла частка підлітків (до 50,0 %), у яких фрустрована потреба в досягненні успіху ($p > 0,05$). Зменшилась частка (по 18,75 % осіб) підвищеного і високого рівня страху не відповідати очікуванням оточуючих ($p > 0,05$) і низької фізіологічної опірності стресу ($p < 0,05$). Підвищений рівень страху у стосунках з вчителем знизився до 12,5 % ($p < 0,05$) (табл. 4.11).

Визначення впливу комплексної терапії на динаміку психопатологічних синдромів за шкалою шкільної тривожності Б.Філіпса встановило, що до лікування при конверсивному синдромі підвищений рівень страху самовираження мали 20,0 % підлітків, страх ситуації перевірки знань – 40,0 %, страх невідповідності очікуванням оточуючих – 20,0 % школярів.

Таблиця 4.11

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса на тлі комплексного лікування підлітків ($M \pm m$)

| Групи n=16 | Шкали тесту | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
| До лікування | 38,84 ± 2,48 | 37,66 ± 5,57 | 33,52 ± 5,32 | 42,52 ± 4,68 | 47,22 ± 4,18 | 45,17 ± 4,48 | 17,04 ± 2,48 | 42,31 ± 2,46 |
| Через 18 днів лікування | 36,31 ± 4,45 | 35,06 ± 5,92 | 36,79 ± 2,57 | 40,28 ± 3,93 | 46,66 ± 6,11 | 42,86 ± 4,34 | 22,05 ± 6,80 | 37,51 ± 4,65 |
| Через 60 днів лікування | 31,99 ± 2,18 * | 33,80 ± 4,31 | 39,56 ± 5,89 | 33,33 ± 3,91 | 40,17 ± 4,74 | 41,79 ± 4,93 | 27,14 ± 3,93 * | 35,73 ± 2,18 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Через 18 днів комплексної терапії показники шкільної тривожності Б.Філіпса перемістились і були виявлені за шкалами переживання соціального стресу і фрустрація потреби у досягненні успіху – по 20,0 %, страх ситуації перевірки знань і проблеми страху у стосунках з вчителем – по 40,0 %. Через 60 днів комплексної терапії достовірно ($p < 0,05$) зменшився показник фрустрації потреби у досягненні успіху (табл. 4.12).

Проведений аналіз шкільної тривожності при депресивному синдромі до лікування виявив підвищений рівень загальної тривожності і страх самовираження по 50,0 % підлітків, переживання соціального стресу, низький фізіологічний опір стресу і проблеми страху у стосунках з вчителем – по 12,5 %, фрустрація потреби у досягненні успіху у 25,0 %, страх ситуації перевірки знань – у 75,0 %, страх невідповідності очікуванням оточуючих – у 62,5 %. Через 18 днів комплексного лікування загальна тривожність у школі, переживання соціального стресу і проблеми страху у стосунках з вчителем знизились до 37,5 %, фрустрація потреби у досягненні успіху, страх самовираження і низький фізіологічний опір стресу виявлено у 50,0 %, страх ситуації перевірки знань і страх невідповідності очікуванням оточуючих – у 75,0 %. Через 60 днів комплексної терапії достовірно ($p < 0,05$) зменшився страх самовираження і низький фізіологічний опір стресу (табл. 4.12).

При тривожно-фобічному синдромі динаміка показників шкали шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса через 18 днів лікування була відсутньою майже за всіма шкалами. Так, зберігався високий рівень загальної тривожності у школі, страху самовираження у 66,67 % осіб, високі значення страху ситуації перевірки знань у 100,0 % підлітків, високі значення страху невідповідності очікуванням оточуючих у 33,33 % осіб, фрустрація потреби у досягненні успіху і низький фізіологічний опір стресу у 33,33 % осіб. Проблеми страху у стосунках з вчителем виявлено у 66,67 % підлітків до лікування і не визначались вже через 18 днів комплексної терапії.

Таблиця 4.12

Показники шкільної тривожності (%) за тестом Б.Філіпса на тлі комплексного лікування підлітків (M±m)

| Групи | Шкали тесту | | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
| Конверсивний синдром, n=11 | | | | | | | | |
| До лікування | 25,45 ±14,59 | 34,55 ± 9,02 | 23,08 ±3,32 | 33,33 ±15,81 | 30,00 ± 17,74 | 24,00 ±30,00 | 12,00 ± 23,09 | 25,00 ±11,18 |
| Через 18 днів лікування | 23,54 ±14,09 | 31,95 ±11,02 | 26,68 ± 3,02 | 30,33 ±11,91 | 27,00 ± 17,04 | 24,00 ±20,50 | 12,00 ± 23,09 | 26,90 ±12,38 |
| Через 60 днів лікування | 22,73 ±15,08 | 29,09 ±22,23 | 33,85 ± 4,04 * | 23,33 ±8,45 | 23,33 ± 23,40 | 24,00 ±15,28 | 12,00 ± 23,09 | 30,00 ±15,43 |
| Депресивний синдром, n=9 | | | | | | | | |
| До лікування | 45,45 ± 8,73 | 37,50 ± 8,62 | 40,38 ± 8,48 | 37,50 ±5,26 | 52,08 ± 9,19 | 55,00 ± 9,87 | 20,00 ± 7,56 | 40,63 ± 6,15 |
| Через 18 днів лікування | 45,95 ± 8,79 | 39,58 ± 8,68 | 42,18 ± 7,68 | 39,58 ± 6,82 | 54,68 ± 10,19 | 58,50 ± 9,87 | 26,00 ± 9,36 | 41,68 ± 6,35 |
| Через 60 днів лікування | 46,59 ±10,36 | 43,18 ±17,68 | 45,19 ± 5,49 | 52,08 ± 4,69 * | 58,33 ± 12,37 | 67,50 ±10,22 | 42,50 ± 5,69 * | 42,19 ± 3,52 |
| Тривожно-фобічний синдром, n=13 | | | | | | | | |
| До лікування | 62,12 ±16,67 | 42,22 ± 4,65 | 35,90 ±11,32 | 55,56 ±32,49 | 83,33 ±10,54 | 40,00 ±31,62 | 26,67 ± 25,82 | 45,83 ± 6,15 |
| Через 18 днів лікування | 60,21 ±15,76 | 40,12 ± 5,55 | 34,66 ±12,24 | 57,67 ±24,94 | 80,44 ± 8,54 | 40,00 ±23,46 | 29,66 ± 26,55 | 40,38 ± 6,51 |
| Через 60 днів лікування | 56,06 ±14,59 | 36,06 ± 8,70 | 33,33 ±17,76 | 61,11 ±28,43 | 72,22 ± 6,54 | 40,00 ±18,26 | 33,33 ± 30,55 | 33,33 ± 7,22 |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Короткотривале лікування підлітків з тривожно-фобічним синдромом достовірно знижувало проблеми страху у стосунках з вчителем, тривале лікування викликало позитивну динаміку усіх показників тесту Б.Філіпса, хоча редукція показників не досягала рівня вірогідності (табл. 4.12).

В групі комплексного лікування з конверсивним синдромом короткотривале лікування виявилось більш ефективним щодо симптомів загальної тривожності, страху самовираження і невідповідності очікуванням оточуючих та низького фізіологічного опору стресу. В результаті тривалого комплексного лікування досягнуто позитивної динаміки усіх показників тесту Б.Філіпса, при цьому достовірна динаміка спостерігалась за показниками страху самовираження і низького фізіологічного опору стресу.

У групі підлітків з депресивним синдромом короткотривале лікування достовірно знижувало загальну тривожність у школі, переживання соціального стресу і проблеми страху у стосунках з вчителем, тоді як довготривале лікування сприяло позитивній динаміці усіх показників тесту Б.Філіпса, при цьому достовірна різниця виявлена за шкалами страху самовираження і низького фізіологічного опору стресу.

Таким чином, отримані результати наших досліджень засвідчують позитивний вплив комбінованої психофармакологічної і психотерапевтичної терапії на психопатологічну симптоматику у переважної більшості пацієнтів (81,82 %). Підлітки із психосоматичними розладами, які позитивно реагували на комбіноване лікування, в цілому характеризувалися нижчим рівнем соматизації ($p < 0,05$), але вищою питомою вагою у внутрішній картині хвороби психологічних проблем і труднощів у міжособистісних відносинах ($p < 0,01$) з піками за субшкалами міжособистісної чутливості і ворожості. При цьому підлітки з психосоматичними розладами виявилися більш чутливими до тривалого комплексного лікування.

Отже, застосування клієнт-центрованої психотерапії в комбінації з психофармакологічною корекцією дозволяє підліткам: 1) опанувати навички спілкування, корегуючи систему взаємовідносин особистості, зокрема вміння

подолати психологічні труднощі та тривожні стани, збільшуючи стійкість до несприятливих психогенних впливів; 2) полегшити стан емоційного напруження на когнітивному рівні, як результат усвідомлення захворювання, що виражається у внутрішній картині хвороби, та сформувати активну позицію пацієнта щодо подолання недуги, підвищуючи його роль в процесі отримання допомоги, що пришвидшує одужання; 3) навчитися самоконтролю, що сприятиме зацікавленості шкільним життям і дасть змогу організувати повноцінне життя.

4.3. Порівняльна характеристика ефективності різних підходів психофармакологічного та комбінованого (психокорекційного і психофармакологічного) лікування підлітків з психосоматичними розладами

Можливості корекції психосоматичних розладів включають психокорекцію, фармакотерапію, фізіотерапію, а також альтернативні методи лікування. І оскільки до сучасних психотропних методів сьогодні пред'являється ряд серйозних вимог (мінімальна вираженість несприятливих ефектів, низька ймовірність взаємодії з фармакологічними препаратами і безпека для пацієнтів з супутніми захворюваннями, простота використання, мінімальна загроза ускладнень) [261], все більшого значення для лікування психосоматичних розладів у клініці внутрішніх хвороб набувають немедикаментозні методи. Пошук нових ефективних патогенетичних методів психотерапевтичної корекції та реабілітації має найбільше значення для хворих молодого віку завдяки можливості більш істотно й позитивно впливати на якість життя, працездатність пацієнтів та полегшення подальшого перебігу психосоматичних розладів [32, 149].

Отримані нами результати психофармакологічного та комбінованого (психокорекційного та психофармакологічного) лікування психосоматичних розладів у підлітків, які відображені в попередніх розділах дисертаційної

роботи, свідчать про позитивний вплив обох методів терапії. Представляло науково-практичний інтерес визначення саме того методу лікування, який більш ефективно і швидше викликав позитивні зрушення в динаміці клінічних синдромів.

Проведений порівняльний аналіз отриманих результатів різних методів лікування доводить, що психотерапії в комбінації з психофармакологічною корекцією виявляє достовірно виражений позитивний вплив на всі параметри шкали депресії, що вивчалися (табл. 4.13).

У хворих при використанні комбінованого лікування не виникали побічні ефекти, звикання і синдром відміни, підвищувалась працездатність та якість життя.

Таблиця 4.13

Приріст значень рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs при різних схемах лікування підлітків в процесі спостереження (Δ , %)

| Групи лікування | Депресивність | CDI загальний | Шкала А | Шкала В | Шкала С | Шкала Д | Шкала Е |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Тривожно-фобічний синдром | | | | | | | |
| медикаментозна | -10,53 | -6,67 | -7,60 | -7,77 | -1,29 | -2,44 | -12,13 |
| комбіноване | -44,43* | -19,05* | -11,79* | -8,33 | -15,43* | -17,51* | -20,0* |
| Конверсивний синдром | | | | | | | |
| медикаментозна | -43,01 | -21,12 | -19,64 | -22,57 | -16,12 | -12,85 | -17,27 |
| комбіноване | -46,42 | -18,60 | -23,50 | -21,62 | 14,95* | -10,51 | -25,25* |
| Депресивний синдром | | | | | | | |
| медикаментозна | -14,84 | -6,44 | -3,61 | -13,32 | 0,43 | -6,64 | 0,00 |
| комбіноване | -30,43* | -8,84 | -6,85* | -14,09 | -4,95* | -0,66* | -12,29* |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні між групами лікування.

При цьому найбільш значимий вплив комбінованого лікування відмічено на динаміку симптомів тривожно-фобічного і депресивного синдромів психосоматичних розладів, зокрема вегетативної рівноваги (рис. 4.1).

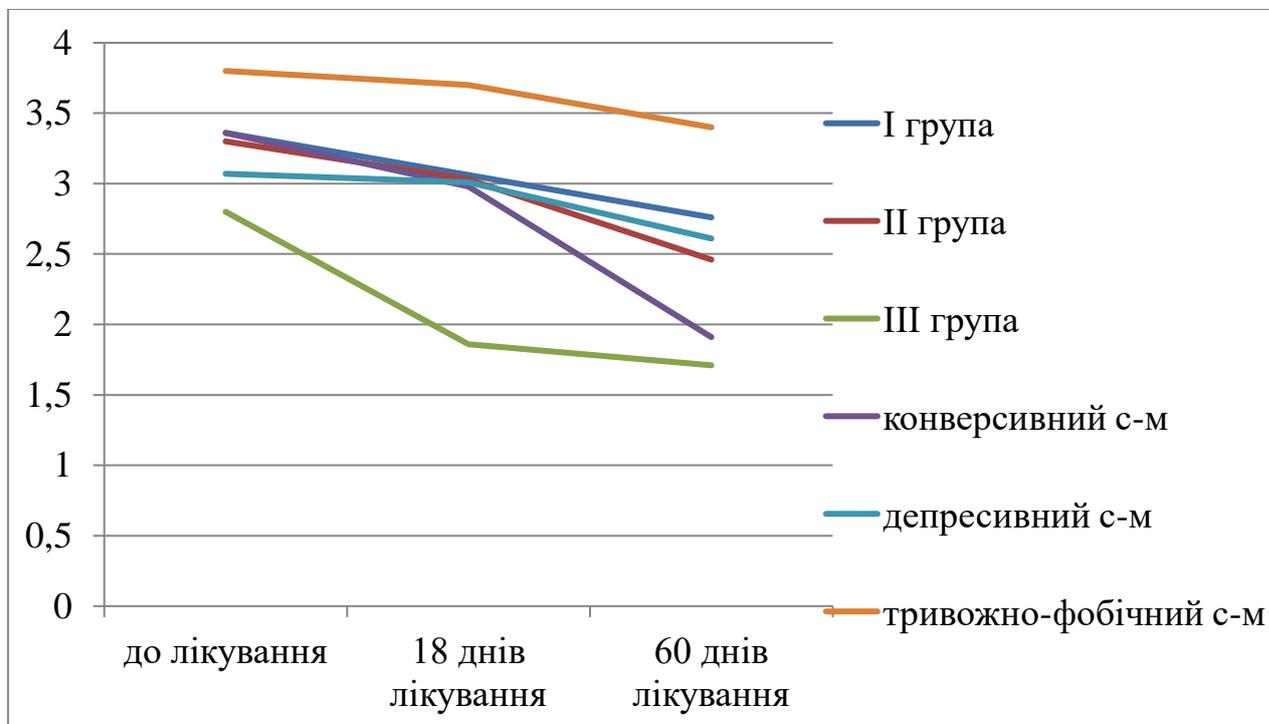


Рис. 4.1 Динаміка показника депресивності обстежених за шкалою депресії CDI M. Kovacs в процесі спостереження.

Як видно з наведених даних, у пацієнтів, що лікувались методами психотерапії в комбінації з психофармакологічною корекцією відзначалась позитивна динаміка практично всіх обстежених параметрів тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої (табл. 4.14).

На основі проведеного аналізу, можна вважати, що застосування комплексної терапії в лікуванні психосоматичних розладів у всіх підлітків сприяє зменшенню негативних емоційних переживань. Відтак найбільш вагомі зміни спостерігались при конверсивному синдромі, підвищуючи пізнавальну активність школярів, дещо менш виражену динаміку – при депресивному і тривожно-фобічному синдромах (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

Приріст значень шкали тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації
А.Д. Андрєєвої при різних схемах лікування підлітків в процесі
спостереження (Δ , %)

| Групи лікування | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання | Тривожність | Пізнавальна активність | Негативні емоційні переживання |
|---------------------------|-------------|------------------------|--------------------------------|-------------|------------------------|--------------------------------|
| | Особистісна | | | Ситуативна | | |
| Тривожно-фобічний синдром | | | | | | |
| медикаментозна | 0,00 | 10,10 | 11,21 | -4,72 | 9,64 | 16,49 |
| комбіноване | -7,24 * | 21,2 * | 7,69 | -1,42 * | 10,76 | -4,83 * |
| Конверсивний синдром | | | | | | |
| медикаментозна | -1,20 | 4,52 | 7,76 | -8,08 | 10,00 | 10,44 |
| комбіноване | -4,23 * | -3,44 * | -3,53 * | -1,73 * | -4,89 * | -6,31 * |
| Депресивний синдром | | | | | | |
| медикаментозна | -8,32 | 5,17 | 2,84 | 1,42 | -1,19 | 4,03 |
| комбіноване | 1,08 * | -0,90 * | 1,68 | -1,11 | 0,00 | 0,64 * |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні між групами лікування.

При цьому, найвищий рівень ефективності спостерігали при тривожно-фобічному синдромі, а найменший – при депресивному синдромі (рис. 4.2).

Порівняльний аналіз результатів різних методів лікування, використовуючи тест шкільної тривожності за Б.Філіпсом, встановив, що призначення комплексного лікування достовірно підвищує адаптаційні можливості організму (табл. 4.15).

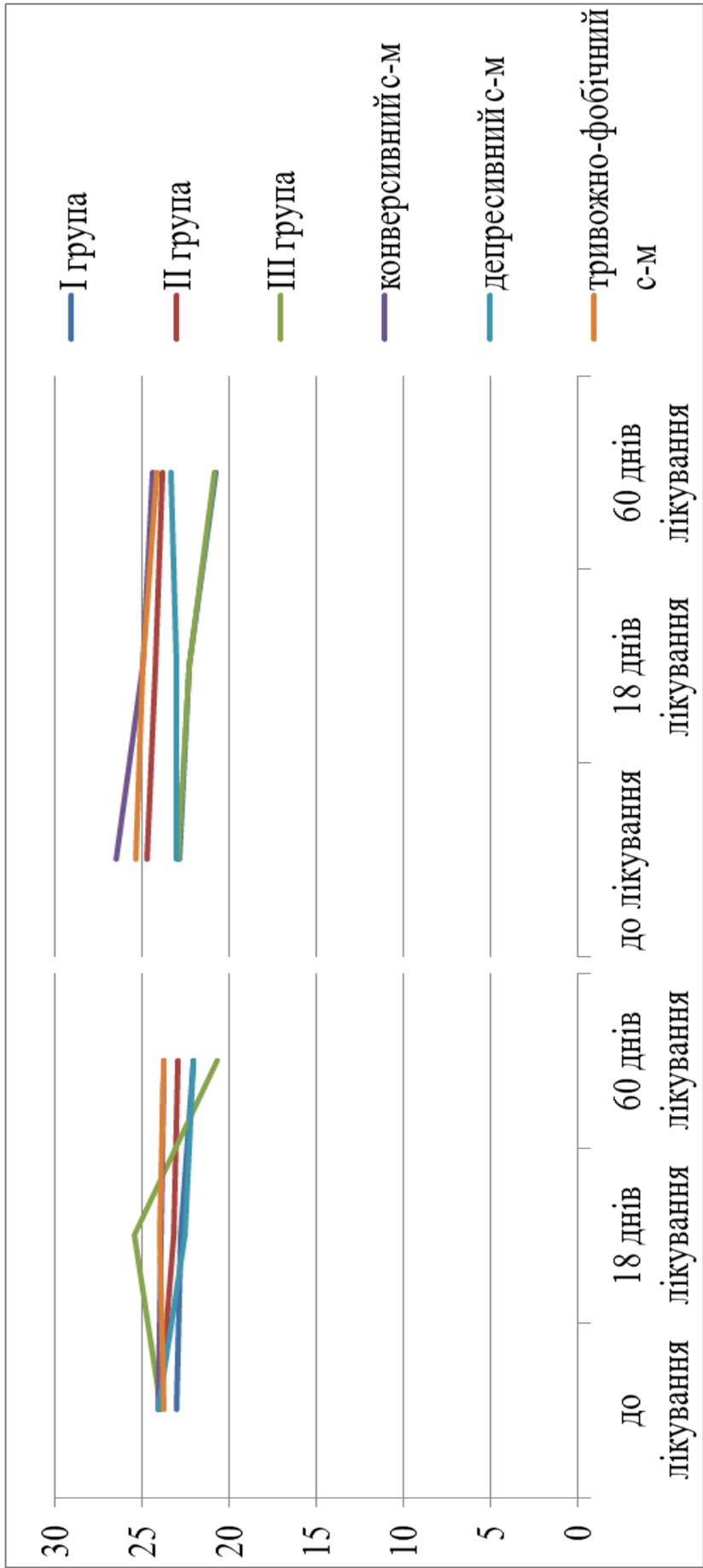


Рис. 4.2 Динаміка особистісної (зліва) та ситуативної (справа) тривожності в процесі спостереження за шкалою Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої

Таблиця 4.15

Приріст значень шкали шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса при різних схемах лікування підлітків в процесі спостереження (Δ , %)

| Групи лікування | Загальна тривожність у школі | Переживання соціального стресу | Фрустрація потреби у досягненні успіху | Страх самовираження | Страх ситуації перевірки знань | Страх невідповідності очікуванням оточуючих | Низький фізіологічний опір стресу | Проблеми страху у стосунках з вчителем |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Тривожно-фобічний синдром | | | | | | | | |
| медикаментозне | -28,84 | -28,57 | -27,27 | -15,78 | 0,00 | 12,50 | -25,00 | -27,77 |
| комбіноване | -9,75* | -14,28 | -7,14* | 10,00* | -13,33* | 0,00* | 25,00* | -27,27 |
| Конверсивний синдром | | | | | | | | |
| медикаментозне | -12,65 | -15,87 | -10,81 | -32,50 | -8,00 | 39,13 | -22,22 | 0,00 |
| комбіноване | -10,71 | -15,78 | 46,66* | -30,00 | -22,22* | 0,00* | 0,00* | 20,00* |
| Депресивний синдром | | | | | | | | |
| медикаментозне | -21,10 | -24,24 | -9,52 | 0,00 | -31,11 | 9,67 | -68,96 | 6,25 |
| комбіноване | 2,50* | 15,15* | 11,90* | 38,88* | 12,00* | 22,72* | 112,50* | 3,84 |

Примітка. Знаком * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні між групами лікування.

Визначення впливу різних методів терапії на динаміку психопатологічних синдромів за шкалою шкільної тривожності Б.Філіпса встановило найбільший ефект комплексного лікування на депресивний і тривожно-фобічний, в меншій мірі – на конверсивний синдром (рис. 4.3).

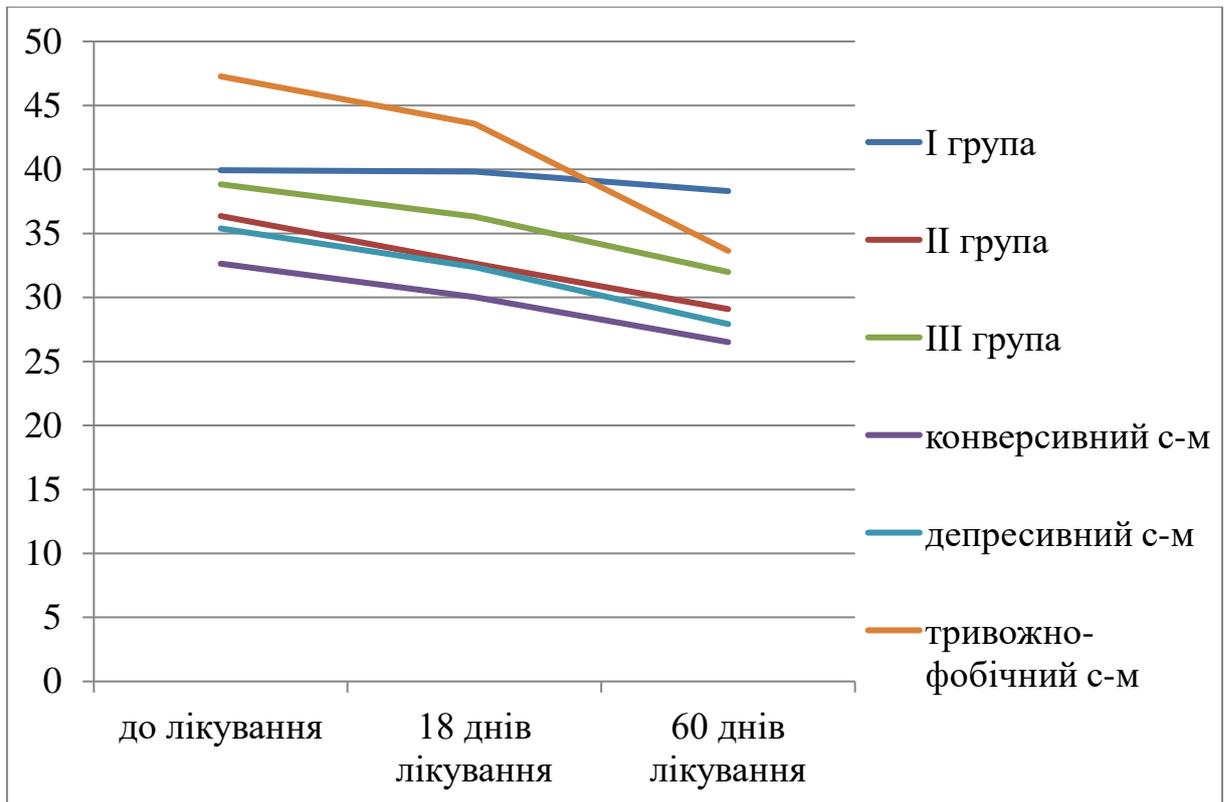


Рис. 4.3 Динаміка загальної шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса в процесі спостереження

Встановлено, що обрані нами методи психофармакологічної корекції (сертралін, сертралін + ламотриджин) та комбінованої психотерапевтичної (клієнт-центрована психотерапія) та психофармакологічної (сертралін + ламотриджин) терапії є високоефективними в усіх досліджуваних групах. Однак, темпи настання клінічного ефекту лікування залежать від обраної тактики. При цьому підлітки з психосоматичними розладами виявилися найбільш чутливими до комплексного лікування, яке прискорює регрес клінічних проявів і підвищує ефективність лікування в 2,85 разів. Таким чином, при виборі методу допомоги хворому, який звертається з певним соматичним симптомом, необхідно враховувати комплексну оцінку його самопочуття, особливості способу життя, психічне здоров'я, спадковість та наявність поведінкових чинників ризику, зокрема фізичну активність, нераціональне харчування, шкідливі звички, з метою нівелювання наявних факторів ризику виникнення та прогресування патології. Відомо, що класичні

психосоматичні захворювання на всіх етапах свого розвитку тісно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів, особливо в емоційній сфері [22, 167], а отже потребують для нормалізації психічного статусу та сприятливого віддаленого прогнозу ефективної реалізації системи психотерапевтичної корекції і медико-психологічної реабілітації, зокрема у пацієнтів шкільного віку з психосоматичними розладами.

За результатами розділу опубліковано наступні роботи: 7, 10, 11, 12, 14

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Особливості темпу життя сучасної людини вимагають від неї підвищених фізичних і емоційних витрат, що призводить до виснаження вищих кіркових функцій і розвитку різних, в першу чергу, психосоматичних розладів [12, 153].

В загальній структурі захворюваності відмічається тенденція до зростання психосоматичної патології, що веде до переміщення психічних розладів зі сфери психіатричної допомоги в загально-соматичну мережу, і вимагає більш детальної розробки та удосконалення засобів діагностики та терапії, у тому числі психодіагностики [46, 117, 136, 181, 224, 251].

Так, за даними різних авторів, частота психосоматичних розладів складає від 30 % до 57 % від загального числа пацієнтів на первинному етапі медичного обслуговування і коливається в загальній популяції населення від 11 до 52 % [186]. За даними Д.М. Ісаєва [93], психосоматичні розлади серед дітей та підлітків діагностують у 40 – 68 % пацієнтів, які звернулися за допомогою до педіатрів [240]. При вибіркових дослідженнях контингенту дітей та підлітків соматичного стаціонару у 53,2 % випадків соматичні порушення обумовленні депресивними розладами [12, 17, 70].

Різноманітні психосоматичні розлади об'єднує одна спільна ознака – поєднання порушень психічної і соматичної сфери, що підкреслює тісний зв'язок між індивідуальним розвитком і біологічними чинниками, що діють на неї [5, 208]. Порушення емоційно-вегетативної сфери внаслідок психоемоційного стресу визнаються основними тригерами у формуванні вегетативного синдрому [137]. Загальновизнаним є твердження, відповідно до якого тривожність та загальне емоційне напруження викликають перенапруження психофізіологічних систем організму, ранніми ознаками якого є психосоматичний синдром [66]. Все це зумовлює специфічну відповідь на стрес у вигляді соматичного розладу як наслідок дезадаптаційних порушень. Проблема адаптації у соціумі є надзвичайно

актуальною саме через свою мультифакторність. Часто самі підлітки ускладнюють свою соціалізацію тим, що знижують самооцінку, вважають себе людьми «третього сорту», відбувається процес стигматизації [197]. Серед факторів, які сприяють виникненню розладів адаптації у підлітків, і як наслідок розвиток невротичних і психосоматичних розладів виділяють: хронобіологічні (пубертатний криз), біологічні (спадковість, функціональна асиметрія мозку, перенесені захворювання), сімейно-психологічні, соціальні (неспроможність справитись з навчальним навантаженням, ворожі відносини педагога, зміна шкільного колективу чи неприймання колективу) [174]. Психосоціальна дезадаптація пов'язана із індивідуально-типологічними та статеві-віковими особливостями організму, які зумовлюють важке виховання та вразливість підлітка [204]. Процес і результат дезадаптації зумовлюється внутрішніми (когнітивними, мотиваційними та емоційними), зовнішніми (соціальними й поведінковими) та характерологічними чинниками [205]. Надлишок негативних емоцій, переживання невизначеності, зайва психоемоційна напруга є патогенними чинниками, що запускають [208] та призводять до порушення міжособистісних відносин, розвитку суспільно-дезадаптивних форм поведінки, астенії, формуванню домінуючих інтелектуальних патернів, і в подальшому – психосоматичної патології [21, 163].

Отже, психосоматичні захворювання є наслідком проблем, що лежать в психоемоційній сфері, тобто вони висвітлюють наявність глибинних проблем особистості.

Клінічні спостереження і наукові дослідження психосоматичних розладів довели, що психічні чинники, такі, як когніції, емоції, мотивації сприяють не лише схильності до розвитку хвороби, а й сприяють одужанню [107]. З цього можна зробити висновок, що захисні реакції організму можуть гальмуватися внаслідок дистимічних та дисфоричних афектів [34]. Отже, зменшення переживань та негативних емоцій або заміна їх на позитивні

можуть поліпшити психофізичне функціонування людини, мати профілактичну дію по відношенню до соматичних захворювань.

Психосоматичні розлади у підлітковому віці неоднорідні за клінічною симптоматикою – від відносно простих соматоформних вегетативних дисфункцій до поліморфних психопатологічних синдромів [70] з можливими тривожними станами та емоційно-афективним забарвленням [63, 64]. Відтак діагностика психосоматичних розладів неповнолітніх залишається однією з найбільш актуальних та нерозроблених проблем як вітчизняної, так і міжнародної підліткової психіатрії. А вивчення зв'язків між дією психогенних чинників і симптомами психосоматичної патології дасть можливість попередити і вчасно діагностувати наявні порушення.

Незважаючи на значні успіхи в лікуванні психосоматичної патології, його ефективність не завжди достатня, тому що не у всіх пацієнтів забезпечується стійка ремісія [163]. Разом з тим, встановлена терапевтична резистентність великої кількості «важких» соматичних хворих, у яких діагностовані вегетативні розлади [6, 63]. Це обумовлює необхідність пошуку нових, більш ефективних підходів, як до лікування психосоматичних розладів, так і профілактики її рецидивів і прогресування.

Виходячи з вищевказаних позицій, в даній науковій роботі за мету було поставлено: визначити особливості формування, клініки, перебігу психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями та розробити алгоритм лікування та ступеневої медико-психосоціальної реабілітації.

Для реалізації поставлених завдань було обстежено 329 підлітків-школярів загальноосвітніх шкіл №1, №2 та школи-інтернату м. Хмельницький, проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 27 підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні та обстежено 90 підлітків, які перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м. Вінниці та в обласній психо-неврологічній клінічній лікарні імені акад. О.І. Ющенка. Проведено психопатологічне обстеження, визначення провідного психопатологічного синдрому та встановлення діагнозу

психосоматичного розладу. Діагноз встановлено згідно діагностичних критеріїв психічних і поведінкових розладів за МКХ-10.

Використаний комплекс сучасних методів дослідження, який включав: клініко-психопатологічні, соціально-демографічні, психодіагностичні, патопсихологічні, катамнестичні методи. Статистична обробка отриманих результатів дослідження здійснена на основі комп'ютерної програми "Statistica 5.5." (StatSoft Inc., США) [126].

За віком обстежені були розподілені наступним чином: школярів молодшого підліткового віку (10-14 років) було 181 осіб (55,02 %), середнього шкільного віку (15-16 років) – 94 (28,57 %) дітей, старшого підліткового або юнацького віку (17-18 років) – 54 (16,41 %) особи.

За соціальним походженням респонденти були розподілені так: підлітків з повної сім'ї було 198 (60,18 %) осіб, з неповної сім'ї – 56 чол. (17,02 %), сиріт – 75 (22,80 %) школярів.

В результаті дослідження встановлено, що майже половина обстежених (155 осіб, 47,11 %) мали скарги психосоматичного характеру. Так, конверсивний синдром встановлено у 41,27 % підлітків 10-14 років та 35,37 % – з повної сім'ї з достовірною різницею для усіх випадків ($p < 0,05$). Тривожно-фобічні симптоми мали місце 27,87 % підлітків віком 15-16 років, 19,35 % осіб 17-18 років та 35,0 % підлітків з неповної сім'ї. Депресивний синдром діагностовано у 16,39 % підлітків віком 15-16 років, 29,03 % – 17-18 років, 15,0 % підлітків з неповної сім'ї та 39,39 % сиріт. Тривожно-дисфоричний синдром виявлено у 6,06 % підлітків віком 10-14 років та 5,88 % підлітків з неповної сім'ї. Соматизований зі змішаним афектом синдром виявили у 1,94 % підлітків, причому у 4,44 % школярів з повної сім'ї. Астенічний симптомокомплекс встановлено у підлітків молодшого підліткового віку (20,63 %), старшого підліткового віку (35,48 %), підлітків-сиріт (21,21 %), підлітків з неповної (17,5 %) та з повної (21,95 %) сім'ї. Сенестезії мали місце у 17,71 % підлітків віком 15-16 років та 20,37 % осіб 17-18 років. Відтак достовірно частіше мають місце психопатологічні

синдроми у групах школярів середнього і старшого підліткового віку, а також підлітків з неповної сім'ї. Отже, соціальні причини, які переплітаються з психологічними та біологічними, можуть бути провідними в процесі виникнення підліткової дезадаптації, тому вимагають ретельної уваги при донозологічній діагностиці психосоматичних розладів у підлітків.

Отримані нами дані узгоджуються з даними інших авторів, які у клінічній практиці часто зустрічали такі розлади емоційної сфери, як ейфорію, дисфорію, апатію, депресивні та афективні стани, фобії та ін. [7], [100], [139]. А на думку В.І. Коростій, донозологічні зміни психічної сфери, зокрема прояви тривожності, що не відповідають діагностичним критеріям тривожно-фобічних розладів, часто взагалі залишаються без уваги спеціалістів в галузі психічного здоров'я [113].

Нами встановлено наявність достовірних кореляційних зв'язків між впливом стресового фактору і вираженістю скарг з боку травної системи ($r=0,83$, $p<0,05$), серцево-судинної системи ($r=0,74$, $p<0,05$) 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 травної, серцево-судинної систем і нервово-психічних функцій у підлітків свідчать про вагому дію стресового чинника в патогенезі психосоматичних проявів.

Проведене анкетування з використанням шкали-термометр дозволило визначити самооцінку як вищу середню суб'єктивну оцінку свого стану у групі підлітків середнього і старшого підліткового віку, а також підлітків з повної сім'ї. Найбільшу кількість осіб із завищеною самооцінкою діагностовано у підлітків з тривожно-фобічним синдромом, тоді як найбільшу кількість із заниженою самооцінкою – депресивним синдромом. Завищену самооцінку можна припустити як гіперкомпенсаторний варіант механізму психологічного захисту, зняття підвищеної тривожності, психічної дезадаптації. Не менш серйозні проблеми виникають у дітей із заниженою

самооцінкою: їх поведінка відрізняється нерішучістю, конформністю, крайньою невпевненістю у власних силах, які формують почуття залежності, сковують розвиток ініціативи і самостійності у вчинках і судженнях [247]. Занижена самооцінка справляє найбільш негативний вплив на розвиток особистості школяра і формування його життєвої позиції, оскільки гальмує активність, продукує розвиток невпевненості в собі, невміння ставити перед собою складні цілі і досягати їх [171].

Теоретичний аналіз літературних джерел та результати наших досліджень показали, що існує тісний взаємозв'язок емоційної сфери з пізнавальною активністю і мисленням особистості [171]. З одного боку, емоційна сфера школярів виступає показником розвитку їх пізнавальної активності. З іншого, емоції посилюють логіку, мислення, сприяють її активізації й інтересу до нової діяльності, сприяють формуванню адекватної самооцінки, пізнавальної активності й стійких позитивних емоційних станів [171]. Виявлення субсиндромальних форм психічних розладів несе в собі профілактичний і реабілітаційний потенціал, зменшує стигматизацію [16].

У підлітків при наявності ознак соматичної патології найчастіше зустрічались загальне зниження настрою, високий рівень виснаження і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, негативізм та підвищений рівень тривожності. Найвищі показники за шкалою самопочуття, активності та задоволення минулим етапом мали місце у підлітків з 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 підлітки з астеничним синдромом чи поєднанням кількох симптомокомплексів мали занижену самооцінку, що можна розцінити як емоційне виснаження. Найбільшу кількість дезадаптованих підлітків виявляли при депресивному, тривожно-фобічному і астеничному синдромах.

Порушення механізмів особистісної адаптації найчастіше виявляли у віковій групі 17-18 років, у підлітків з повної і неповної сім'ї, при невротичному і астеничному синдромах та поєднанні кількох синдромів, у підлітків з конверсивним і депресивним синдромами, причому у цих же групах найчастіше мав місце і коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів.

Отримані результати узгоджуються з даними інших дослідників, які вважають, що в неповних і неблагополучних сім'ях дезадаптуючим чинником є як відсутність позитивного зразка поведінки дорослих, так і відсутність відчуття захищеності [78]. Інші автори вважають, що відсутність родинно-сімейної опіки негативно впливає на психо-емоційний стан підлітка, який на тлі підвищеного рівня тривожності [85], фрустрованості і депресії [229], низького рівня емпатії [101], психопатоподібних афективних порушень, адиктивної поведінки, специфічних проявів непокірності, порушення ідентичності [262] деформує процес соціалізації та соціальної адаптації [260], сприяє зниженню рівня самооцінки та має негативний вплив на емоційний і особистісний розвиток [85]. Натомість, Н.Ф. Литовченко (2007) вважає, що діти, що ростуть без прихильності до когось, без турботи і догляду, проявляють тенденцію до агресії, асоціальних вчинків тощо, але не до депресії [130].

Дезадаптація старшокласників виражається в порушенні їхнього фізичного і психічного здоров'я, розриві соціальних зв'язків із сім'єю і іншими інститутами соціалізації; деформації особистих структур, звуженні найважливіших видів діяльності, необхідних для нормальної соціалізації [247].

Особливості характеру, його акцентуації, на думку С. Бадмаєва, можуть бути сприяючими чинниками для розвитку невротичних чи психосоматичних реакцій, що обумовлюють прояви дезадапційної поведінки [48]. Акцентуація сама по собі може не бути причиною дезадаптації, оскільки, по суті, є крайнім варіантом нормального характеру. Проте в психотравмуючих ситуаціях вона сприяє порушенню адаптації і

призводить до девіантного характеру поведінки підлітків [48]. У поведінці підлітків дезадаптованість може проявлятися відсутністю комунікативних навичок, неврівноваженістю і тривожністю. І.О. Сабанадзе розглядає дезадаптованість як специфічну, інтегральну властивість індивідуальності людини, що проявляється в емоційній нестабільності, психогенних реакціях, тривожності, низькій мотивації досягнення та у видимій акцентуації рис характеру [205]. Незначна внутрішня неадаптованість учня спонукає його до інтенсивної психічної діяльності та сприяє прискореному розвитку особистості. Тоді як дезадаптованість, яка була виявлена у групі підлітків школи-інтернату проявлялася асоціальністю, невгамовністю, ворожістю до інших, в негативному та байдужому ставленні до школи, небажанні вчитися, низьких показниках шкільної успішності, нетерплячості, непристосованості, відсутності терпіння і концентрації уваги, залежності від ситуації, відсутності пунктуальності й старанності [210]. Така поведінка, безумовно, призводить до виникнення афективної поведінки з переважанням таких показників дезадаптованості, як недовіра до нових людей, речей, ситуацій; стан депресії та емоційна напруга [205, 210].

Дослідження рівня депресії за шкалою CDI М. Kovacs виявило найбільш виражену депресивність у підлітків з повної сім'ї (17 балів загального балу – рівень субдепресії, 2,7 з 4 балів по вираженості депресивних ознак), найменшу депресивність виявляли сироти – до рівня легкого зниження настрою. Найвищий рівень депресії мали підлітки, 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 і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності.

Дослідження частоти депресії в залежності від психопатологічних розладів встановило найбільш виражену депресивність у підлітків з депресивним синдромом (18 балів загального балу – рівень субдепресії, 3,3 з

4 балів по вираженості депресивних ознак), найменшу депресивність виявляли при соматизованому зі змішаним афектом і астенічному синдромі (1,0 з 4 балів по вираженості депресивних ознак – без депресії). При інших психопатологічних синдромах встановлено легке зниження настрою (2,0 з 4 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 зв'язок між високим рівнем страху та переживанням соціального стресу, страхом не відповідати очікуванням оточуючих та проблемами і страхами у взаєминах з вчителями у групі із невротичним симптомокомплексом.

Подібні результати отримав С.М. Ольховецький, який встановив, що у підлітків в молодшому юнацькому віці мають місце кореляційні зв'язки ($p < 0,01$) між високим рівнем страху та факторами фрустрації потреби в досягненні успіху ($r = 0,83$), страхом самовираження ($r = 0,77$), а також страхом ситуації перевірки знань ($r = 0,81$) [172].

На основі проведеного дослідження тривожності у підлітків за опитувальником Ч.Д. Спілбергера в 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. Особистісні негативні емоційні переживання в усіх вікових групах відповідали підвищеному і високому рівню, найнижчий рівень реактивних негативних емоційних переживань у школі у дівчат з повної сім'ї, достовірно вищим – у сиріт.

Разом з тим встановлено, що у підлітків з шлунково-кишковими розладами, на різну за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, що відносяться до категорії високо тривожної, у вигляді астенічного синдрому чи поєднання кількох синдромів. Так, виражену особистісну

тривожність визначали у підлітків з респіраторними розладами (33,33 %), при поєднанні кількох синдромів (25,0 %), тоді як виражену реактивну тривожність відзначали 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.

Тривожність, яка визначена тільки по ситуативному показнику, може бути формою прояву загальної або особистої тривожності [190]. На думку автора, саме зміна різних показників тривожності є переконливим доказом наявності загальної тривожності. При цьому особистісна тривожність опосередковується самооцінкою, внутрішніми та зовнішніми конфліктами, певним статусом серед ровесників [7].

Особистісна і реактивна пізнавальна активність були найнижчими у 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 і 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 у осіб з шлунково-кишковим розладами (80,0 %) та при астеничному і поєднанні кількох синдромів (по 71,43 %). Пізнавальна діяльність особистості, процес оволодіння знаннями та уміннями, завжди супроводжуються потребою у 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 у особистості негативних емоційних проявів, серед яких особливе місце набуває тривожність.

Висока тривожність, негативні емоційні переживання, що поєднувалась з високою пізнавальною активністю, визначені у підлітків з астеничним синдромом, розладами системи травлення і поєднанням кількох синдромів, а

також при конверсивному, тривожно-фобічному і 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 підґрунття для розвитку невпевненості, зниження мотивації [172]. Високий рівень тривожності заважає адаптаційним процесам, підвищуючи показник дезадаптації.

У підтвердження цьому при дослідженні дітей, хворих на виразкову хворобу, отримано високий рівень тривожності ($60,3 \pm 3,9$ у.о.), проти контролю ($36,8 \pm 3,1$ у.о.), $p < 0,05$. Разом з тим, активність у таких дітей була вищою, ніж при нормальному рівні тривоги. За наявності зниженої працездатності ($58,8 \pm 5,5$ у.о. проти $78,7 \pm 3,7$ у.о., $p < 0,05$), така активність нагадує «метушливість», внаслідок зниження здатності до виконання конкретного завдання [175].

На основі тесту Ч.Д. Спілбергера встановлені уразливі групи підлітків, у яких на різної за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, що відносяться до категорії високо тривожної [105]. Такі особистості схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій та реагувати вираженим станом тривожності, яка лежить в основі формування розладів, доповнюючи та формуючи депресивність як форму реагування на захворювання.

Таким чином, загальне зростаюче стомлення на пізніх стадіях астеничного синдрому обмежує соціальну активність та трудову діяльність людини, що в свою чергу часто призводить до патологічного розвитку особистості. При затяжному та хронічному перебігу хвороби астеничний синдром призводить до істотних змін спрямованості потребо-мотиваційних процесів хворої особистості. Поступово це веде до повного підкорення всіх

мотивів діяльності одному мотиву – збереження власного здоров'я та зниження інтересу до праці, сім'ї, розваг. Будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним із позиції шкоди або користі для здоров'я [176].

Багато дослідників вважають, що характер і вираженість психопатологічних розладів визначається структурою особи, її цінностями і мотивами (модель евапорації стресу). У цій концепції враховуються й інші можливі чинники виникнення захворювання – генетична схильність, нейроендокринні й нейроанатомічні зміни, соціальні стресори і т.п. [8, 95].

Найпоширенішим способом пристосування підлітка до вимог соціуму є темперамент – біологічна, постійна складова характеру. При високому рівні нейротизму спостерігається неврівноваженість нервово-психічних процесів, емоційна нестійкість, а також лабільність вегетативної нервової системи, властива мінливість настрою, чутливість, тривожність, підозріливість, нерішучість, повільність [241]. Низький рівень нейротизму — це емоційна стабільність особистості, яка відрізняється урівноваженістю, спокоєм, рішучістю, виваженістю дій і вчинків.

Саме темперамент ймовірно обумовлює специфіку, інтенсивність емоційного переживання, індивідуальну реакцію людини на стресогенну ситуацію, що може призводити до розвитку психосоматичних розладів [160], [241]. Характер перебігу психічної діяльності приховує психічні прояви індивіда, впливаючи на перебіг емоцій та мислення [241]. Однак від цього не залежать ні інтереси, ні соціальні установки, ні моральна вихованість особистості.

В результаті нашого дослідження достовірно частіше в усіх вікових групах виявлено сангвінічний (34,65 %) і холеричний (31,19 %) темперамент. У підлітковому віці стабілізуються риси характеру та основні форми міжособистісної поведінки [170], тому саме цим твердженням можна пояснити переважання названих темпераментів у підлітків.

У дітей з повної сім'ї визначено сангвінічні характеристики у достовірно більшій кількості осіб (46,15 %), з неповної сім'ї – рівномірний

розподіл темпераменту. У сиріт найчастіше виявлявся холеричний темперамент – у 41,51 % і сангвінічний - 29,25 % осіб, тоді як істотно рідше – флегматичний – у 16,04 % і меланхолічний – у 11,32 % підлітків. Достовірно низький рівень слабого меланхолічного темпераменту, який характеризується нерішучістю і слабкою здатністю долати труднощі [73], може вказувати на потребу дітей-сиріт в активній поведінці, енергійності, здатності до ефективних дій у прагненні досягнення мети.

Темперамент істотно впливає на формування багатьох важливих рис людини, її здібностей, виступає необхідною умовою регуляції і адаптації людської поведінки в нормальній ситуації. Так, достовірно частіше депресивний синдром зустрічали при холеричному темпераменті (56,25 %), при астенічному – сангвінічний (42,6 %) і холеричний (30,0 %) темперамент, а при тривожно-фобічному і конверсивному синдромах – всі типи темпераменту визначались рівномірно.

Отже, можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості, як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань. Передбачається існування ряду особистісних особливостей, які призводять до захворювання – це вогнище психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластичне переживання. Основною причиною формування цього радикала є обмеження фундаментальних домагань особистості, особливо почуття гідності, що впливає з домінуючого інстинкту. При ураженнях мозку й при наявності психофізіологічного дефекту прояви особистісного радикалу збільшуються [161]. Він формується в дитячому й підлітковому віці, частіше у осіб холеричного та флегматичного темпераментів.

Разом з тим, в підлітковому віці часто загострюються особливості характеру, що може призводити до тимчасових розладів адаптації [132]. За даними автора, в дитячому віці тип характеру ще не сформований, він починає формуватися в підлітковому віці. Тому при дослідженні підлітків можна вказувати лише на деякі акцентуйовані риси характеру, які

проявляються не постійно, а в окремих випадках, що в свою чергу не призводять до соціальної дезадаптації.

Дослідження впливу сім'ї на перебіг негативних психічних станів школярів проводили за методикою вивчення батьківських ставлень (Г.Я. Варги та В.В. Століна). Саме виховна функція сім'ї впливає на формування особистісних якостей дитини-підлітка, а порушення дитячо-батьківських стосунків веде до формування різних психологічних проблем і комплексів [62]. Дитяча психотравматизація в умовах формування девіантних дитячо-батьківських відносин запускає цілий каскад патологічних процесів, включаючи формування когнітивно-емоційний дисбаланс або дефіцит з подальшою маніфестацією психопатологічних розладів і різних варіантів саморуїнної поведінки [178].

Найбільш часто вживаними типами батьківського ставлення в усіх вікових групах підлітків є «кооперація», що вважається оптимальними батьківськими відносинами. Середній рівень симбіотичного зв'язку є досить позитивним фактом, оскільки батьки дають підліткам певну свободу, у той час враховуючи, що вони потребують підтримки та наслідування батьків [232].

Батьківське ставлення до підлітків-сиріт і підлітків з неповної сім'ї ґрунтується переважно на авторитарному типі батьківського виховання, де прийняття підлітка супроводжується з вимогами до соціальних успіхів і досягнень при тотальному контролі в цих галузях. Батьківське ставлення до підлітків з психосоматичними розладами, зокрема при наявності кардіального синдрому, змінює тип батьківського відношення, сконцентровуючи увагу здебільшого на контролюванні здоров'я підлітка. У більшості батьків немає чіткого домінування одного з типів ставлення, а характерно поєднання часто несумісних типів батьківського ставлення, що свідчить про безсистемність виховних впливів та сприяє появі негативних психічних станів та деструкцій у розвитку підлітків [128].

Наші дані близькі з результатами, отриманими І.М. Леоною при дослідженні дитячо-батьківських стосунків школи-інтернату [128]. Отримані дані автор підтвердила встановленими кореляційними зв'язками за Спірменом, а саме: показник «прийняття-відхилення» має прямий зв'язок із показником «кооперація» ($r = 0,64$, $p < 0,05$), який вказує, що соціально бажаний образ батьків явно взаємозалежний із емоційним фактором прийняття. Показник «авторитарна гіперсоціалізація» негативно корелює із «відвернення» ($r = -0,70$, $p < 0,05$), що вказує на поведінковий фактор контролю та емоційний фактор відкидання. Встановлено кореляційний зв'язок між шкалами «кооперація» у підлітків з повної сім'ї та сиротами ($r = 0,68$, $p < 0,05$). Автор виявила характеристики, які відображають реальну, об'єктивну подвійність батьківської позиції у ставленні до підлітка, та їх зв'язок із суб'єктивним чинником – образом, який створив для себе підліток про це ставлення під впливом усвідомлюваних й неусвідомлюваних чинників.

Отже, патогенетична роль розглянутих клініко-психопатологічних особливостей підлітків із розвитком у них психосоматичних розладів визначається комбінацією високого рівня алекситимії, низькою продуктивністю та небажанням працювати, високою психічною дезадаптацією, високими показниками субдепресії й тривожності ($p < 0,05$) і прогностичною здатністю до утворення соматизованих, невротичних і афективних симптомокомплексів.

В сучасній медицині все більшої актуальності набуває проблема лікування психосоматичних розладів. Це зумовлено значною поширеністю даних станів – від 15 до 50 % серед населення, та в загально медичній практиці – від 30 до 57 % [261]. В 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. І оскільки до сучасних психотропних методів на сьогодні пред'являється ряд серйозних вимог (мінімальна вираженість несприятливих ефектів, низька ймовірність взаємодії з фармакологічними препаратами і безпека для пацієнтів з супутніми захворюваннями, простота використання, мінімальна загроза ускладнень), все більше значення для лікування психосоматичних розладів у клініці внутрішніх хвороб набувають фітотерапія, гомеопатичні препарати, мануальна терапія [13, 261].

Основним методом психосоматичного лікування є психотерапія, орієнтована на встановлення витиснених в несвідоме потягів і бажань та виявлення прихованих зв'язків між психічними (емоційними, особистими) конфліктами і соматичними симптомами і їх корекцію [13, 186].

Фармакотерапія хворих з психосоматичними розладами спрямована на основні групи симптомів-мішеней: афективні і сомато-вегетативні. Серед синдромів в клінічній структурі психосоматичних розладів переважають тривожні, астеничні та депресивні розлади [122]. В лікуванні психосоматичних розладів все частіше використовують «атипові» анксиолітики, які не мають таких побічних дій [35]. СИЗС переважно впливають на інтрузивні симптоми та деякою мірою поліпшують сон [185]. Сертралін може бути рекомендовано для терапії психосоматичних розладів у підлітковому віці [56, 231]. Застосування ламотриджину доцільно при наявності у клінічній картині вираженого резидуально-органічного радикалу [23, 256].

Усіх пацієнтів з діагностованими психосоматичними розладами, які приймали участь в нашому дослідженні, розподілили на 3 групи. При призначенні лікування враховували основний діагноз, супутню патологію та індивідуальні особливості кожного підлітка.

1-у групу склали підлітки (27 осіб віком $14,08 \pm 2,23$ років), які отримували терапію антидепресантом сертралін по 25 мг/добу особам 12-16 років та 50 мг/добу – старше 16 років. Тривалість амбулаторного лікування становила 60 днів.

Особи 2-ої групи (30 підлітків віком $15,00 \pm 1,10$ років) отримували лікування, призначене психіатром лікарні, а саме: нормотимік ламотриджин 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 склала 18 днів, амбулаторного – 60 днів.

Підліткам 3-ої групи (33 осіб віком $14,91 \pm 2,03$ років) була призначена терапія ламотриджином і сертраліном в поєднанні з психотерапією. Із психотерапевтичних методів була обрана клієнт-центрована терапія, один із різновидів сучасної психотерапії, яка була розроблена американським психологом Карлом Роджерсом та основана на емпатії, конгруентності, безумовного прийняття. Клієнт-центрована терапія застосовується в гуманістичній психології, як в самій психологічній терапії так і в консультуванні (наприклад метод емпатичного слухання) та ставить на перше місце людину, як особистість та її самовдосконалення [219].

Контроль ефективності лікування оцінювали за суб'єктивним станом підлітків: вказівки на покращення клінічних симптомів та за результатами тестів тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєвої, шкільної тривожності Б.Філіпса, депресії CDI М. Kovacs через 18 днів і 60 днів лікування, коли мала місце редукція психопатологічної симптоматики.

В клінічній картині представників 1-ої групи мали місце наступні синдроми: конверсивний у 12 хворих (44,44 %), депресивний – у 10 осіб (37,04 %) і тривожно-фобічний – у 5 чол. (18,52 %).

В клінічній картині досліджуваних 2-ої групи переважали: депресивний у 14 чол. (46,67 %), конверсивний – у 11 хворих (36,67 %) і тривожно-фобічний – у 5 пацієнтів (16,67 %).

В клінічній картині представників 3-ої групи діагностовано: депресивний синдром – у 9 пацієнтів (27,27 %), конверсивний синдром у 11 (32,33 %) хворих і тривожно-фобічний – у 13 (39,39 %) осіб. Достовірних відмінностей в клінічній картині представників 1-ої, 2-ої і 3-ої груп не встановлено ($p > 0,05$).

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

Через 18 днів лікування показники тесту перемістились на середній рівень тривожності в усіх групах спостереження. Так, високий рівень реактивної тривожності, який відзначали до лікування, зменшився до 37,04 % осіб 1-ої, 36,67 % – 2-ої групи і 31,5 % – 3-ої групи ($p > 0,05$). Особистісна тривожність на високому рівні залишалася у 48,15 % дітей 1-ої, 53,33 % – 2-ої й 37,5 % – 3-ої групи груп, 50,00 % при конверсивному синдромі, 25,0 % при депресивному синдромі, 45,45 % при тривожно-фобічному синдромі (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 % при депресивному і тривожно-фобічному синдромах ($p < 0,05$). Низькі значення особистісної пізнавальної активності не змінились 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 з високим рівнем особистісних негативних емоційних переживань в 1-ій і 2-ій групах не змінились на тлі лікування, тоді як в 3-ій групі – зменшились (розбіжності недостовірні в порівнянні з даними до лікування, $p > 0,05$).

Через 60 днів комплексної терапії мала місце достовірна ($p < 0,05$) динаміка показників тривожності. Високий рівень реактивної і особистісної тривожності знизився і відзначався лише у 37,03 % дітей 1-ої, 40,00 % 2-ої, 12,5 % осіб 3-ої груп і 42,86 % при конверсивному синдромі, у 33,33 % осіб – при депресивному синдромі, у 18,18 % осіб – при тривожно-фобічному синдромі. Реактивна і 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 % при конверсивному синдромі, у 41,67 % – при депресивному синдромі, у 40,91 % – при тривожно-фобічному

синдромі. 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 % при конверсивному синдромі Особистісні негативні емоційні переживання зменшились до 18,75 % лише у осіб 3-ої групи.

Визначення впливу медикаментозної терапії на динаміку показників опитувальника тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андрєєвої в залежності від психопатологічних синдромів через 18 днів лікування не виявило достовірних змін, натомість через 60 днів медикаментозної терапії достовірні зміни спостерігались 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.

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

Збільшення числа школярів з високим рівнем реактивних негативних емоційних переживань, що свідчить про адекватність адаптаційних процесів та достатність адаптаційного ресурсу щодо різноманітного впливу — як сприятливого, так і несприятливого — з боку зовнішнього середовища [72]. Разом з тим, високі показники реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів є патогенетично значущими параметрами в зниженні загальної толерантності організму і в опосередкованому формуванні психосоматичних розладів, які погано піддаються медикаментозній корекції.

В результаті лікування дітей, які отримували психокорекцію на тлі базисної терапії згідно з протоколами МОЗ України і додаткову терапію стимулом, отримали достовірне зниження реактивної і особистісної

тривожності з високого рівня до середнього, на відміну від групи контролю, де зберігався вихідний рівень обох видів тривожності [163]. Реактивна тривожність теж дещо знизилася, що вказує на дезактуалізацію минулої психотравми і зникнення ознак «актуального неврозу» при знаходженні особистості «тут і зараз». Найбільш результативним виявилось комплексне використання психотерапевтичних методів і корекції метаболічних порушень стимулом.

Аналіз динаміки шкільної тривожності за тестом Б.Філіпса на тлі терапії встановив тенденцію до підвищення адаптаційних можливостей організму до ситуацій стресогенного характеру. Підвищений рівень загальної тривожності виявлено у 29,63 % підлітків 1-ої групи, 30 % – 2-ої групи і 25,0 % – 3-ої групи, у 34,62 % підлітків із конверсивним синдромом, у 18,19 % – з депресивним синдромом і у 44,44 % осіб з тривожно-фобічним синдромом. Через 18 днів лікування мала місце тенденція до покращення показників тесту Б.Філіпса ($p > 0,05$). Через 60 днів призначеної терапії високі значення цього показника залишались ще у 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. Разом з 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, $p < 0,05$). Отримані дані дають підставу вибору препарату для лікування з урахуванням особливостей клінічної симптоматики психосоматичних розладів у підлітків.

Проведений аналіз за шкалами CDI М. Kovacs показав, що у 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 і почуття самотності, мали місце агресивна поведінка, високий негативізм та підвищений рівень тривожності. При цьому, у обстежених

нами підлітків виявлені розлади супроводжувалися незначно вираженим пригніченням настрою з афектом туги (нудьга, зневіра, смуток), астеничним проявом (втома, млявість, роздратованість, гіперестезія) та тривожністю (внутрішня стурбованість, страхи, нерідко нав'язливості). Отримані дані узгоджуються з результатами інших авторів [169], які вважають таке поєднання підтвердженням наявного депресивного розладу невротичного рівня, що зустрічається при психосоматичних розладах [25].

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 в 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 у підлітків до лікування ($16,6 \pm 0,54$ балів загального балу – рівень субдепресії; 2,8 з 4 балів по вираженості депресивних ознак). Після лікування встановлено достовірно меншу депресивність ($11,2 \pm 0,4$ балів загального балу – рівень легкого зниження настрою; 1,71 з 4 балів по вираженості депресивних ознак). Після проведеного лікування позитивна динаміка спостерігалась в 77,8 % пацієнтів, причому, у 32,2 % з тих, які отримували комбіноване лікування відзначено виражене поліпшення з повною редукцією 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 відносинах ($p < 0,01$) з піками за субшкалами міжособистісної чутливості і ворожості. Фобічна симптоматика до призначення психотерапії була в більшому ступені 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 аликсетимічна, ніж група з призначенням медикаментозної терапії.

Подібну динаміку досліджуваних параметрів констатували у своїх роботах В.І. Коростій [114, 115]. Автор проводив психотерапевтичну корекцію емоційних порушень в осіб молодого віку із психосоматичними розладами і через 4 тижні застосування психофармакотерапії отримав наступні результати: загальний бал за шкалою депресії Гамільтона склав $12,7 \pm 4,1$ балів, що за рівнем депресії було майже тотожним групі психотерапевтичного втручання – $15,4 \pm 4,1$ балів. В результаті дослідження короткотривале лікування виявилось більш ефективним щодо симптомів депресії при застосуванні психофармакотерапії. Через 12 тижнів лікування найбільш значна регресія симптомів депресії з виходом в ремісію відбулася незалежно від типу терапії: загальний бал за шкалою депресії Гамільтона склав $3,1 \pm 2,4$ балів; проти $3,4 \pm 2,6$ балів. Автор встановив, що при короткотривалому лікуванні більш ефективною виявилася психофармакотерапія, а при довготривалому – психотерапія. Ця закономірність виявилася найбільш сталою у пацієнтів з більшою виразністю відносно симптомів тривоги в порівнянні з симптомами депресії.

Ряд авторів доводять переваги врахування саме вікових аспектів при виборі методу лікування психосоматичних розладів у підлітків [49, 97, 228].

Запропонована нами комплексна терапія психосоматичних розладів у підлітків відрізняється більшою ефективністю в порівнянні із суто

медикаментозним лікуванням, про що свідчить якісна редукція психопатологічної симптоматики.

Проведене лікування підлітків з психосоматичними розладами із застосуванням як сертраліну, сертраліну і ламотриджину, так і комбінованої психокорекційної та психофармакологічної терапії впродовж двох місяців, справляє позитивний ефект на психопатологічну симптоматику у переважній більшості пацієнтів (66,67 % у пацієнтів 1-ої групи, в 73,33 % випадків у 2-ій групі і 81,82 % осіб 3-ої групи). 60-денний курс лікування викликає позитивну динаміку симптомів в усіх групах дослідження незалежно від обраного методу терапії.

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

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

Питання психопрофілактики психосоматичних розладів в літературі висвітлені недостатньо широко, і потребують подальшої диференційованої поглибленої розробки. Зміст психопрофілактичних заходів у підлітків визначається в основному загальними принципами первинної психопрофілактики [225]. Згідно В.К. М'ягеру, психопрофілактика повинна розглядатися з трьох аспектів: особистісного, інтерперсональної взаємодії, ситуаційного. Ці аспекти взаємозв'язані і дуже актуальні в контексті практичної роботи. Більшість дослідників роблять акцент на необхідності

комплексної профілактики психосоматичних розладів, що включає різноманітні психотерапевтичні, фізіо- і фармакотерапевтичні дії, тобто психопрофілактика психосоматичних розладів повинна бути системною, комплексною, диференційною, послідовною [57, 228, 231, 242]. Тільки за цих умов можливо розробити ефективні заходи щодо попередження, раннього виявлення і своєчасної психокорекції психосоматичних розладів у підлітків.

Клінічний ефект лікування залежить від обраної тактики. Необхідно комплексно оцінювати самопочуття, особливості способу життя, психічне здоров'я, спадковість і наявність поведінкових чинників ризику, зокрема – фізичну активність, нераціональне харчування, шкідливі звички, з метою нівелювання наявних факторів ризику виникнення та прогресування патології у підлітка. У підлітків з високим нейротизмом та інтравертованістю важливе значення має застосування психотерапії, котра спрямована на зняття прихованого емоційного напруження, зменшення тривожності, неадекватної емоційної реакції.

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 в модифікації А.Д. Андрєєвої, 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.

В разі виявлення психічного порушення у стані здоров'я підлітка на субклінічному рівні призначається лікування в межах загального соматичного лікувального закладу 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 в спеціалізований заклад.

У випадках встановлення діагнозу психосоматичного розладу диференційовано призначається лікування в межах спеціалізованого психіатричного закладу в залежності від ступеня вираженості симптомів захворювання і провідного психопатологічного синдрому (схема 2).

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

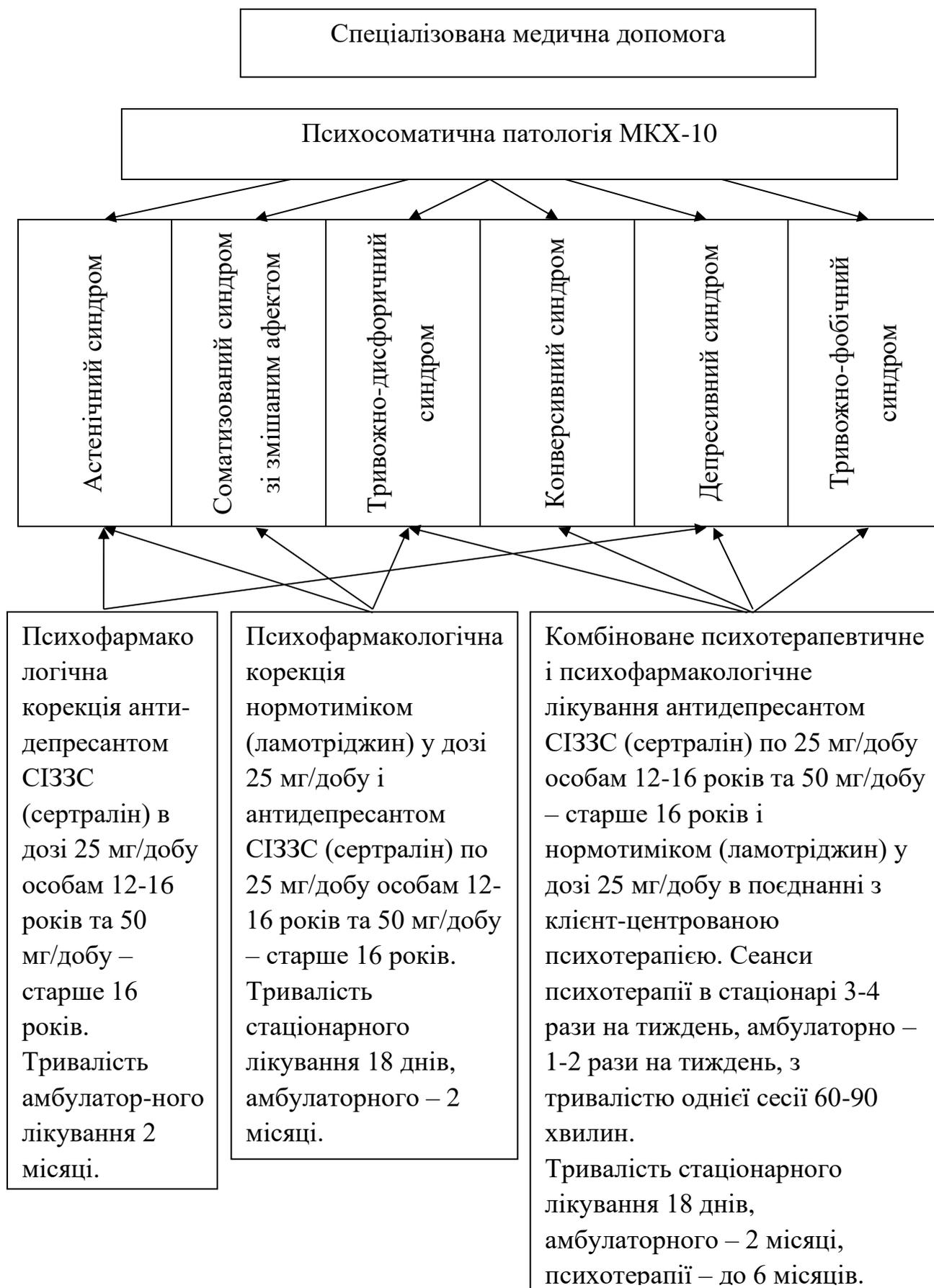


Схема 2. Алгоритм надання спеціалізованої медичної допомоги підліткам із психосоматичними розладами.

Враховуючи, що до цього часу практично не існує цільової програми профілактичного спрямування за наявності психічних порушень субклінічного рівня у підлітків, коли доведений шкідливий вплив стресу та стрес-індукованих станів, постала нагальна потреба у розробці рекомендації з психопрофілактики психосоматичної патології у підлітків. Пацієнту, з наявними факторами ризику, розробляється індивідуальна програма мінімізації або нівелювання чинників ризику з формуванням потреби у дотриманні здорового способу життя як особи, відповідальної за власне здоров'я, подолання шкідливих звичок, формування здорових поведінкових установок, збереження і покращення психічного здоров'я [109].

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 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, 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 алекситимії та профілактує 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 ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bergmann G. Development of psychosomatic medicine and psychotherapeutic medicine in Germany / G.Bergmann // Wien. Med. Wochenschr. 2002. - Vol.152, N19-20. -P.507-515.
2. Bowden CL. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder. Expert Opin Pharmacother 2002, 3: 1513–19.
3. Brautigam W. et al. Psychosomatische Medizin. M.: Геотар, 1999. 5 Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 1992. 376 с.
4. Brown P. Effective treatment for mental illness are not being used, WHO says [Text] / P. Brown // BMJ. – 2001. – V. 323. – P. 769.
5. Buriak V.N. Some etiological aspects of vegetovascular dysfunction with hypotensive type in children [Text] / V. N. Buriak // Likars'ka sprava. – 2005. – № 5–6. –P. 17–21.
6. Cazzola M. Prevalence of comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Cazzola M., G. Bettoncelli, E. Sessa [et al.] // Respiration. — 2010.— Vol. 80 (2).—P. 112–119.
7. Chaban O.S. Tryvoha, depresiya i bil / O.S. Chaban // Zdorovya Ukrayiny. 2012; 3:22.
8. Coddou C. Neuromodulator role of zinc and copper during prolonged ATP applications to P2X4 purinoceptors [Text] / C. Coddou, B. Morales, J. P. Huidobro–Toro // European journal of pharmacology. – 2003. – Vol. 472, № 1–2. – P. 49–56.
9. Dhillon S., Scott L.J., Ploster G.L. Эсциталопрам. Обзор по применению препарата при лечении тревожных расстройств (часть I) // Психиатр и психофармакотер. - 2007; 3: 63-67.
10. Engel G.L., 1980 - Engel G. L., Schmale A. Psychoanalytic Theory of somatic disorder// J. Amer. Psychoanal. Ass. 15 344. 1967.
11. Faller H. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients [Text] / H. Faller, M. Schmidt // Psychooncology. — 2004. — Vol. 13, № 5. — P. 359—363.

12. Fava G.A. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V [Text] / G.A. Fava, S. Fabbri, L. Sirri et al. // *Psychosomatics*. – 2007. – V. 48 (2). – P. 103-111.
13. Flammer E. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence / E. Flammer, A. Alladin // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2007. – V. 55 (3). – P. 251-274.
14. Goldsmith D.R., Wagstaff A.J., Ibbotson T., Perry C.M. Lamotrigine: A Review of its Use in Bipolar Disorder *Drugs*. 2003; 63: 2029-2050.
15. Gottlieb R.M. Psychosomatic medicine; the divergent legacies of Freud and Janet / R.M.Gottlieb // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2003. - Vol.51, N3. -P.857-881
16. Hahn CG. The current understanding of lamotrigine as a mood stabilizer / CG Hahn, L Gyulai, CF Baldassano, RH Lenox // *J Clin Psychiatry* (2004) 65:791–804.
17. Holms R. J. Depression and cardiovascular pathology: epidemiology and risk factors [Text] / R.J. Holms, K. Wermeyer, P.A. Smith // *Epidemiology Studies in Neurology and Psychiatry: Practical Guidelines*. – Chicago: Illinois Univ. Press, 2002. – P. 104–116.
18. Jandl-Jager E. Epidemiology and management of psychosomatic patients in Austria / E.Jandl-Jager // *Wien. Med. Wochenschr.* 2002. - Vol.152, N. 19-20. - P.500-502.
19. Koch U. Conditions and strategies for the development of guidelines for the rehabilitation of the patients with psychiatric and psychosomatic disorders / U.Koch, H.Schulz // *Rehabilitation (Stuttg)*. 2003. - Vol.42, N2. —P.118-123.
20. Koponen H. Metabolic syndrome a possible risk factor for depression [Text] / H. Koponen // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008. – V. 69. – P. 178–182.
21. Marshall T. Emotional disorders in children and adolescents / T. Marshall, P. Ramchandani // *Medicine*. — 2008. — Vol. 36. — Issue 9. — P. 478—481.
22. Mattila A.K. Alexithymia and Somatization in General Population [Text] / A. K. Mattila, E. Kronholm, A. Jula [et al.] // *Psychosom. Med.*— 2008.— Vol. 70.— P. 716–722.

23. Moller H.J. Do recent efficacy data on the drug treatment of acute bipolar depression support the position that drugs other than antidepressants are the treatment of choice? // *Eur Arch Psy Clin Neurosci*, 2006 256: 1–16.
24. Olie J.P. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression [Text] / J. P. Olie, Ja Costa E. Silva, J. P. Macher. – London: Sci. Press, 2004. – 75 p.
25. Ozcetin A. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome / A Ozcetin, S Ataoglu, E Kocer, S Yazycy, O Yildiz, A Ataoglu, C Ycmeli // *West Indian Medical Journal*. 2007; 56(2):122-129.
26. Pladevall M. A single factor underlies the metabolic syndrome: a confirmatory factor analysis [Text] / M. Pladevall, B. Singal, L. Williams et al. // *Diabetes Care*. – 2006. – V. 29, №1. – P. 113–122.
27. Puente C.P. Anxiety, depression and alexithymia in fibromyalgia: are there any differences according to age? / CP Puente, LV Furlong, CE Gallardo, MC Mendez, K. McKenney // *Journal of Women & Aging*. 2013;25(4):305-320.
28. Swartz, M. Treating depression in Alzheimer's disease: integration of differing guidelines [Text] / M. Swartz, Y. Barak, I. Mirecki et al. // *Int. Psychogeriatr*. – 2000. – V. 12. – P. 353–358.
29. Takeichi M. Studies on the psychosomatic functioning of ill-health according to Eastern and Western medicine 5. Psychosomatic characteristics of anxiety and anxiety-affinitive constitution / M Takeichi, T Sato, M Takefu, M Shigemitsu, H Shimohira, T Katsuki // *Am J Chin Med* 29: 53-67, 2001.
30. Taller J. Neuronal membrane changes in depression: a possible pathogenetic role? [Text] / J. Taller // *Neurochemical aspects of depression*. – Philadelphia: Trevor & Sons, 2003. – P. 69–80.
31. Taylor M.D. Effects of inhaled manganese on biomarkers of oxidative stress in the rat brain [Text] / M.D. Taylor, K.M. Erikson, A.W. Dobson [et al.] // *Neurotoxicology*. – 2006. – Vol. 27, № 5. – P. 788–797.

32. Terasaki D.J Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students / D.J Terasaki, B.S Gelaye, Y. Berhane [et al.] // BMC Public Health.— 2009.— Vol. 9, № 13.— P. 1–25.
33. Thornton L.M. Psychoneuroimmunology examined: the role of subjective stress [Text] / L.M. Thornton, B.L. Andersen // Cell Science. – 2006. – Vol. 2, № 4. – P. 66–91.
34. Wasserman D. The CRHR1 gene: a marker for suicidality in depressed males exposed to low stress / D. Wasserman, M.Sokolowski, V. Rozanov, Wasserman J. // Genes, Brain and Behavior (2008) 7: 14–19. Режим доступа: <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2007.00310.x>
35. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике [Электронный ресурс] / Е.С. Акарачкова // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – Режим доступа к журналу: <http://www.lvrach.ru/2010/10/15435059/>.
36. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»). ISBN 5-04-009099-4
37. Алясова А.В. Особенности психологического статуса больных раком молочной железы [Текст] / А. В. Алясова // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2008. – № 3. – С. 25–29.
38. Андреюк В.Ю. Психосоциальная реабилитация подростков с проблемой школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий / В.Ю. Андреюк, А.Б. Холмогорова, Т.Н. Дмитриева // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. Казань, 2009 г., выпуск 1, том ХLI. - С.102-105.
39. Андреюк В.Ю. Факторы риска школьной дезадаптации и результаты программы психосоциальной реабилитации подростков, систематически пропускающих занятия / В.Ю. Андреюк, Т.Н. Дмитриева, А.Б. Холмогорова // Материалы Международной научно-практической конференции

«Актуальные проблемы профилактической, коррекционно-адаптационной и реабилитационной работы с девиантными и делинквентными подростками в современных условиях». Арзамас, 2008 г., с. 153 – 155.

40. Андрущук А.О. Оцінювання стану здоров'я дітей з урахуванням показників адаптації організму [Текст] / А. О. Андрущук, А. Д. Барзилович // Медицина транспорту України. - 2005. - № 1 (13). – С.74-78.

41. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. – СПб.: Питер, 2007. – 272.: ил. – (Серия «Эффективный тренинг»).

42. Антропов Ю.Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей / Юрий Федорович Антропов. — М. : Триада-фарм, 2003. — 241 с.

43. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА. Издание второе, исправленное. 2005. – 320 с.

44. Апанасенко О. М., 2011 Апанасенко Г.Л. Санологія (медичні аспекти валеології): підручн. для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова, А. В. Магльований. – Львів : Кварт, 2011. – 303 с.

45. Аршава И.Ф., Тихая Э.В. Психотерапия при социальной дезадаптации подростков в условиях пенитенциарных учреждений // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 47–48.

46. Ахмедов Т.И., 2003 Ахмедов Т.И. Психосоматический подход в медицине / Т.И. Ахмедов, Н.В. Шовкова, Н.А. Федоренко // Врачебная практика. — 2000. — № 4. — С. 91–96.

47. Бабюк И.А. Применение комплексных гомеопатических препаратов в терапии пограничных психосоматических и соматопсихических расстройств [Электронный ресурс] / И.А. Бабюк, А.К. Напреенко, С.Г. Ушенин, А.В. Яковленко [и др.] // Режим доступа: http://homviora.kiev.ua/IMG/pdf/9_HN_Babyuk_Ushenin_2006.pdf

48. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников / С.А. Бадмаев. – М., 1999. – 95 с.
49. Бандура Г. Теоретичні аспекти вивчення емоційних проявів у підлітків [Електронний ресурс] / Г. Бандура // Режим доступу: http://drohobych.net/youngsc/AQGS/2013_4/pshyhology/226-231.pdf
50. Баранова М.А. Психосоматические нарушения, возникающие при инфаркте миокарда / Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С. 153.
51. Бевз Г.М Тривожність як чинник зниження особистісної ресурсності дитини середнього шкільного віку в умовах вимушеного переселення із зони бойових дій [Електронний ресурс] / Г.М. Бевз, Е.В. Ворожбієва. - Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Otros_2016_1_9.pdf
52. Белов А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников [Текст] / под ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
53. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта: монография; изд. 6, перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2014. 327 с.
54. Березанцев А.Ю. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы [Электронный ресурс] / А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев, А. М. Спиртус // Психические расстройства в общей медицине. Consilium-medicum. – №1. – 2011 // Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/20662>
55. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб: Речь, 2006. 248 с.
56. Бикшаева Я.Б. Семейная терапия подростков с соматоформными расстройствами: интеграция когнитивных, бихевиоральных и

психодинамических концептуально-методических подходов [Текст] / Я. Б. Бикшаева // Архив психиатрии. – 2013, №2 (73). – С. 83-90.

57. Бікшаєва Я.Б. Особливості клінічної типології та лікування соматоформних розладів у підлітків із функціональними порушеннями серцево-судинної системи [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 / Бікшаєва Яна Борисівна, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.. - 2008. – 23 с.

58. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: Пер. СЭ, 2006. – 528 с.

59. Бойчук А.А. Клінічні особливості вегетативних дисфункцій у дітей [Текст] / А.А. Бойчук // Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. - 2016, випуск 18. - С. 391.

60. Болтівець С.І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика [монографія] / С.І. Болтівець. – К. : Редакція «Бюлетеня ВАКУ України», 2000. – 302 с.

61. Бондарчук В.В. Психосоматична модель стресу в умовах несприятливої екології [Електронний ресурс] / В.В. Бондарчук, Н.А. Дудатьєва, С.М. Злепко // Збірник матеріалів II-го Всеукраїнського з'їзду екологів з міжнародною участю Вінниця, 23-26 вересня 2009 року http://eco.com.ua/sites/eco.com.ua/files/lib1/konf/2vze/zb_m/0154_zb_m_2VZE.pdf

62. Бояківська І.О. Особливості самоставлення обдарованих підлітків залежно від типу відносин у їх сім'ях // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка». 2014, Випуск 30. – С. 21-27.

63. Брызгунов И. П. Психосоматика у детей: научное издание [Текст] / И. П. Брызгунов. - М.: Психотерапия, 2009. - 480 с.

64. Брызгунов И.П. К вопросу о систематике психосоматических (соматоформных) расстройств у детей и подростков [Текст] / И. П. Брызгунов // Педиатрия. Журн. им. Г. Н. Сперанского. - 2002. – N 4. - С. 96-98.

65. Бургонський В.Г. Зміни стресостійкості як передумова психосоматичних порушень у стоматологічних хворих [Текст] / В.Г. Бургонський, С.В. Бургонська // Современная стоматология. - 2014. - 4(73). - С. 13-20.
66. Бурлай В.Г. Вегетативні дисфункції у дітей: підсумки проведених досліджень [Текст] / В.Г. Бурлай, Н.М. Кухта, Л.І. Місюра [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 2. – С. 24–27.
67. Бурчинский С.Г. Регуляторные нейропептиды – новый этап развития проблемы нейропротекции [Текст] / С.Г. Бурчинский // Судинні захворювання головного мозку. – 2007. – № 2. – С. 61–64.
68. Бухтояров О.В. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии / О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский; под ред. В.А. Козлова. — СПб.: Алетейя, 2008. — 264 с.
69. Васильева-Линецкая Л.Я. Современные подходы к применению лечебных физических факторов у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией / Л.Я. Васильева-Линецкая, О.В. Земляная // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С. 162-163.
70. Великанова Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) [Текст] / Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - Т.15, № 4. - С.79-91.
71. Венгер О.П. Використання комплексної медикаментозної терапії та психотерапії у хворих із соматоформними розладами та їх значення у профілактиці рецидивів [Текст] / О.П. Венгер, О.І. Дьячан // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С.164.
72. Веньовцева Н.Ю. Особливості психоемоційної сфери підлітків, хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи, на етапі стаціонарного лікування, в аспекті їх медико-психологічного супроводу [Текст] / Н.Ю. Веньовцева // Український вісник психоневрології. — 2014. — Том 22, Вип. 2 (79). – С. 66-70.

73. Вервейко И.Н. Учет психологических свойств личности в управлении персоналом [Электронный ресурс] / И.Н. Вервейко // Режим доступа: <http://econf.rae.ru/pdf/2012/11/1809.pdf>
74. Волошко Н.І. Індивідуально-психологічні властивості як детермінанти здорового способу життя особистості [Електронний ресурс] / Н.І. Волошко // Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/6213/1/Стаття11.pdf>
75. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. – Ч. 1. Теоретична частина. – 2-ге вид., перероб і доповн. – К., 2016. – 188 с.
76. Газета «Відомості.УА» №16 (656) від 18-24 квітня 2013 р.- С.12.
77. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма: Учебное пособие /Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.Л.Уколова. - Ростов-на-Дону: Факел, 2012. -224 с.
78. Глушко Н.В. Дезадаптація підлітків: причини й наслідки [Текст] / Н.В. Глушко, М.О. Супрун // Юридична психологія та педагогіка. – 2013. - № 2. – С. 30-39.
79. Гоженко Е.А. Соматоформная вегетативная дисфункция у лиц молодого возраста в свете современных представлений об этиопатогенезе, диагностике и методах восстановительного лечения [Текст] / Е. А. Гоженко // Медична гідрологія та реабілітація. — 2008. — № 2 (6). — С. 12—26.
80. Головина А.Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. - 2011, № 2. - С.18-22.
81. Громов Л., Дудко Е. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы // Вісник фармакології та фармації. – 2003, № 10. - С. 7-12.
82. Гудман Р. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт; пер. с англ. - 2-е изд. - М.: Триада-Х, 2008. - 405 с.

83. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии [Текст] / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: ИД Мед-практика, 2007. – 492 с.
84. Гусев Е.И. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт [Текст] / Е.И. Гусев, А.Б. Гехт, А.Н. Боголепова и др. // Журн. неврол. и психиатрии. – 2001. – Прил. «Инсульт», вып.3. – С. 28–31.
85. Дейниченко Л. Психологічні особливості соціалізації підлітків, які навчаються в закладах інтернатного типу [Текст] // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2014, 2 (2). – С. 24-27.
86. Дмитриева Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / под. ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незианова, В.Я. Семке, А. С. Тиганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
87. Дубровская Е.В., Пилягина Г.Я. Психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте // Новости медицины и фармации. Выпуск 243, 2008. – С. 60-65.
88. Дукельский А.А. Использование «Хомвио-нервина» в комплексной терапии психосоматических расстройств [Электронный ресурс] / А.А. Дукельский // Режим доступа: http://homviora.kiev.ua/IMG/pdf/8_NN_Dnepr_dukel_ski_j_2006.pdf
89. Животовська Л. В. Психотерапевтична тактика при соматоформних розладах в системі гештальт-моделі [Текст] / Л. В. Животовська // Таврический журнал психиатрии. – 2013, Т.17, № 3 (64). - С.-127-131.
90. Загуровський В.М. Психовегетативная дисфункция: динамика развития и трансформация в психосоматические нарушения / Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток-Харків, 2007. С.185.
91. Закладний М.В. Порівняльний аналіз соціально-демографічних і середовищних чинників у пацієнтів з тривожними розладами невротичного та органічного генезу [Текст] / М.В.Закладний // Український вісник психоневрології. - 2015. - Том 23, випуск 2 (83). - С. 53-55.

92. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия: Учебник. — СПб.: Речь, 2004. — 384 с.
93. Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков [Электронный ресурс] / Д.Н. Исаев // Режим доступа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/78.html>
94. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
95. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки. // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - т. 2. - № 2. - С. 109 - 111.
96. Ільницька Т.Ю., Марценковський І.А., Булахова Л.О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації // Архів психіатрії. – 2016. Т. 22, №4 (87). – С. 34-37.
97. Казаннікова О.В. Особливості проявів тривожності в молодших школярів / О. В. Казаннікова // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. - 2014. - Вип. 1(1). - С. 176-180. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_1%281%29__33
98. Калиниченко І. Зміни психоемоційного стану педагогічних працівників під впливом ізотерапії [Текст] / І. Калиниченко, Г. Латіна, Г. Заїкіна // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. - 2017, № 3 (67). – С. 39-50.
99. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия: Учеб. пособие.— Днепропетровск, 2008.— 301 с.
100. Каткова Т.А. Дезадаптація студентів в умовах навчання у вищій школі як фактор прояву стресу [Електронний ресурс] / Т. А. Каткова, К. Г. Песоцька. – Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pspo_2013_40\(1\)__35.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pspo_2013_40(1)__35.pdf).

101. Кірейчева Є. Психологічні особливості прояву соціального сиротіння у старшокласників // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2012, № 3. – С. 90-96.
102. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под.ред. М.М. Милевского М.: Триада-Х, 2003]
103. Кляйн М. Детская психопатология. - М.: 2004 - 356 с.
104. Коваленко, І.В. Сучасні аспекти терапії психосоматичних розладів / І.В. Коваленко, Н.В. Кузьминова, О.В. Коваленко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2006. - №1. - С. 174-175.
105. Козляковський П.А. Загальна психологія: Навч. посібник: В 2 т. – 2-ге вид., доп. і переробл. – Т. II. – Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. – 240 с.
106. Колесов С.Г. Психологический тип в психологии [Електронний ресурс]. - // Режим доступу: http://publikacia.net/archive/uploads/pages/2014_5_2/69.pdf
107. Колов С.А. Значение общих и специфических факторов психотерапии в реабилитации комбатантов // Вестник восстановительной медицины, 2010.- N 3.-С.25-28.
108. Коломоєць М.Ю. Теорії та концепції психосоматичних захворювань [Текст] / М.Ю. Коломоєць, Н.Д. Павлюкович, В.М. Ходоровський, Є.П. Ткач // Буковинський медичний вісник. – Том 12, № 1. – 2008. – С. 141-144.
109. Корнацький В.М. Стратегія цілісного підходу у веденні соматичного пацієнта з тривогою та депресією / В.М. Корнацький, Д.М. Мороз // Світ медицини та біології. – 2015. №3. – С. 19 – 25.
110. Коровина Н.А. Вегетативная дистония у детей (диагностика, лечение) / Н.А. Коровина, Т.М. Творогова, И.Н. Захарова, Л.П. Гаврюшова // РМЖ. - 2006. - №19. - С. 13-56.
111. Коростий В.И. Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями:

патогенетическая роль и подходы к психотерапии [Текст] / В.И. Коростий // Медицинская психология. - 2011. - Т. 6, № 3. - С. 19-22.

112. Коростий В.И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией [Текст] / В. И. Коростий // Международный медицинский журнал (Харьков). - 2011. - Т. 17, № 3. - С. 13-17.

113. Коростий В.И. Эмоциональные расстройства у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями: клиничко-психопатологическая структура и дифференцированная коррекция [Текст] / В. И. Коростий // Медицинская психология. - 2011. - Т. 6, № 4. - С. 37-40.

114. Коростий В.І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях [Текст] / В.І Коростий // Медична психологія. – 2013. - Т.8, № 3(31).- С. 56-63.

115. Коростий В.І. Система психотерапії та психологічного супроводу хворих з когнітивними та емоційними розладами при соматичних захворюваннях [Текст] / В.І. Коростий // Клінічна та перинатальна діагностика. – 2013. - Том 21, випуск 3(76). -С.54-59.

116. Котельников Г.П. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика: монография [Текст] / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель; МЗ РФ, ГБОУ ВПО СамГМУ. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 239 с.

117. Кочарян О.С. Характерологічна обумовленість партнерської прихильності у дівчат [Електронний ресурс] / О.С. Кочарян, Н.В. Барінова, Ю.В. Свиначенко // Режим доступу: http://repository.kpi.kharkov.ua/bitstream/KhPI-Press/22884/1/visnyk_KhNU_2016_59_Kocharian_Kharakterolohichna.pdf.

118. Краснов В.Н. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихологии в современной медицине / Н.Р. Палеев, В.Н. Краснов // Клинич. медицина. — 2009. — № 12. — С. 4—6.

119. Кригіна Л.О. Діагностика розладів поведінки (F 91) у неповнолітніх правопорушників (на матеріалі стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних експертиз / Л.О. Кригіна // Архів психіатрії. – 2013, № 2 (73). - С.- 97-100.
120. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции [Текст] / В.В. Кришталь // Международный медицинский журнал. — 2007.— Т. 7, № 1.— С. 37–40.
121. Кришталь Є.В. Диференціація складових психологічного адаптаційного потенціалу та психологічного адаптаційного прогнозу онкохворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, в аспекті заходів медико-психологічної допомоги [Текст] / Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, Т.П. Яворська. // Український вісник психоневрології. - 2012.— Том 20, вип. 3 (72) — С. 188.
122. Кудинова Е.И. Клиника, диагностика и терапия соматоформных расстройств [Текст] / Е.И. Кудинова // Украинский журнал «Мужское здоровье, гендерная и психосоматическая медицина». – 2015. №1-2 (02). - С. 45-52.
123. Кузнецов В.М. Проблеми надання психіатричної допомоги дітям України / Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток-Харків, 2007. С.196.
124. Кузнецов М.А. Шкільні страхи: Види, умови прояву та шляхи подолання / М.А. Кузнецов, І.В. Бабарикіна. – Харків: ХНПУ, 2012. – 227 с.
125. Кучковський О. М. Вплив хелаторів на функціональну активність гіпокампу [Текст] / О.М. Кучковський, Ю.В.Єщенко, В.Д. Бовт [та інш.] // Вісник Запорізького національного університету. - 2011. - № 2. - С. 82-87.
126. Лабоцкий, В.В. Управление знаниями (технологии, методы, средства представления, извлечения и измерения знаний) [Текст] / В.В. Лабоцкий. – Мн.: Современ. шк., 2006. – 392 с.
127. Лебедева У.В. Основы психосоматики: Разработки к семинарским занятиям для студентов VI курса лечебного факультета и факультета

спортивной медицины / У.В. Лебедева[и др.]; под ред. У.В. Лебедевой, Н.Г. Незнанова, Л.И. Вассермана. – Изд. 3-е, исправл. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2008. – 92 с.

128. Леонова І.М. Аналіз дитячо-батьківських стосунків підлітків школи-інтернат [Електронний ресурс] / І.М. Леонова // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. - 2012. - Вип. 16. - С.133-142 / Режим доступу:http://www.socd.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/elopen/actprob16_133-142.pdf.

129. Литвин Л.Б. Депрессии у детей: особенности клинической картины и возможности лечения [Текст] / Л. Б. Литвин // Сімейна медицина. – 2011. – № 2. – С. 79-80.

130. Литовченко Н.Ф. Психокорекція депресії у підлітковому віці [Текст] / Н.Ф. Литовченко, Т.Г. Здоровець // Практична психологія та соціальна робота. – 2007, № 4. – 17 с.

131. Лифинцева А.А. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков [Текст] / А.А. Лифинцева, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. - 2015, № 1. - С.70-83.

132. Личко А.Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков // Психология индивидуальных различий. Тексты / А.Е. Личко; [Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я. Романова]. М.: Изд-во МГУ, 1982. - С. 288-318.

133. Лобойко О.И. Депрессивные расстройства у больных с синдромом вегетативной дисфункции [Текст] / О.И. Лобойко // Український вісник психоневрології. – Том 21, Вип. 4 (77). – 2013. – С. 94-98.

134. Луценко О.Л. Психофізіологія: прикладні аспекти: навчально-методичний посібник. – Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна. - 2011. – 55 с.

135. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Хофман – СПб: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2000. – 287 с.

136. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв. – Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 208 с.
137. Майданник В.Г. Клініко-патогенетична характеристика вегетативних дисфункцій та їх лікування у дітей: навчальний посібник [Текст] / В.Г.Майданник, О.І. Сміян, Т.П.Бинда, Н.О.Савельєва-Кулик ; за ред. проф. В.Г. Майданника. – Суми: Сумський державний університет, 2013. – 173 с.
138. Майданник В.Г. Порухення мітохондріального дихання у дітей з вегетативними дисфункціями [Текст] / В.Г. Майданник, М.В. Хайтович, А.П. Бурлака [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2005. — № 4. — С. 19—23.
139. Майданник В.Г., Іванишин Л.М. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей – К., 2013.- 66 с.
140. Макарычева Г.И. Тренинг для подростков: профилактика асоциального поведения. – СПб.: Речь, 2008. – 192 с.
141. Максименко С.Д. Проблеми загальної та педагогічної психології [Текст] / С.Д. Максименко // Зб. наук. праць Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименко. - К.: 2002, Т.IV, ч.1. - С. 225-233.
142. Максимова Н.Ю. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: монографія / Н. Ю. Максимова, А. М. Грись, І.Ф. Манілов [та ін.]; за ред. Н. Ю. Максимової. – К.: Педагогічна думка, 2015. – 254 с.
143. Максимова Н.Ю. Теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистості соціально дезадаптованих неповнолітніх: монографія / [Н.Ю. Максимова, І.Ф. Манілов, А.М. Грись та ін.]; за ред. Н.Ю. Максимової. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. – 258 с.
144. Малярська Н.В. Вегетативна дисфункція в практиці сімейного лікаря / Н. В. Малярська // Феномен людини. Здоровий спосіб життя: зб. наук. пр. - Львів, 2015. - Вип. 37(103). - С. 15-18.

145. Маркова М.В. Нейровитан: перспективи применения в пограничной психиатрии [Текст] / М. В. Маркова // Архив психиатрии. — 2004. — № 1. — С. 70-74.
146. Маркова М.В. Ситуативно-соматичний та психолого-особистісний фактори у плануванні медико-психологічної допомоги інкурабельним онкологічним хворим [Текст] / М.В. Маркова, І.Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 13, вип. 3 (64). — С. 136.
147. Мартинова Ю.Ю. Особливості психологічних компенсаторно-адаптаційних механізмів у жінок, які перенесли мастектомію [Текст] / Ю.Ю. Мартинова // Український вісник психоневрології. — 2013. - Том 21, Вип. 2 (75). - С. 81-87.
148. Марута Н.А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) [Текст] / Н.А. Марута, Е.Е Семикина // Укр. вестн. психоневрологии.— 2007.— Т. 15, вып. 2 (51).— С. 25–32.
149. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н.О. Марута // Нейро News: психоневрологія и нейропсихіатрія.— 2010.— № 5 (24).— С. 83–90.
150. Марценковский И.А. Депрессивные расстройства у детей и подростков / И.А. Марценковский, И.И.Марценковская // НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. — 2017, № 3 (87). - С. 40-45.
151. Масік Н.П. Структурно-вікова характеристика адаптаційних реакцій при переломах кісток у хворих на хронічні обструктивні захворювання легенів [Текст] / Н.П. Масік // Травма. — 2012. - №4. — С. 95-102.
152. Матейко Н.М. Подолання наслідків психологічного насилля в сім'ї засобами духовно орієнтованої психотерапії. [Електронний ресурс] // Режим доступу:
<http://old.pu.if.ua/depart/PedagogicalPsychology/resource/file/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%20%D0%9D.%D0%9C.pdf>

153. Мачерет Е.Л. Вегетососудистая дистония и рефлексотерапия / Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 8(30). — С. 69–71.
154. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі / Б. В. Михайлов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. - 2015. - № 1-2. - С. 5-10. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/mhgpsmuj_2015_1-2_3
155. Михайлов Б.В. Влияние различных факторов на формирование непсихотических психических расстройств у больных соматическими заболеваниями [Текст] / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк // Сучасні аспекти лікування психічних розладів. Чернівці: Книги XXI. - 2007. – 240 с.
156. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи [Текст] / Б.В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології. - 2010. - Т. 18, вип. 3 (64). - С. 137-138.
157. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема [Текст] / Б.В. Михайлов // Доктор. – 2002. – № 6. – С. 9-13.
158. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами [Текст] / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №4(14). – С.35–38.
159. Михайлова Е.А. Приоритетные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков [Текст] / Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Н.Г. Михановская, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская // Архів психіатрії. – 2010, № 2 (61). - С. 75-80.
160. Можгинский Ю.Б. Психические болезни у подростков: психопатология, лечение: Клиническое руководство. – М.: Триада-фарм, 2003. – 224 с.
161. Мозгова Г.П. Психологічна оцінка ризику – антиризiku формування

- психосоматичної патології у дітей // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова – 2010 – серія 12 - вип. 31 (55). - С. 146 - 154.
162. Мозгова Г.П. Психосоматичні захворювання у дітей та підлітків. Діагностика та реабілітація. - Київ, 2009. - 261 с.
163. Мозговая Г.П. Медико-психологическая коррекция психосоматической патологии у детей и подростков / Г.П. Мозговая, Г.В. Бекетова // Педиатрия - Восточная Европа - международный научно-практический журнал – Киев: проф.издания, 2013.- С. 65-76.
164. Мостова О.П. Заходи психогієнічної корекції та особливості їх впливу на формування характерологічно-мотиваційних корелят психічної адаптації учнів сучасної школи // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2013, №2, Т.17. – С. 310-315.
165. Мостова О.П. Психосоматика в клініці внутрішніх хвороб Мультидисциплінарний підхід в лікуванні психічних і поведінкових розладів // Новости медицины и фармации. – 2009. № 16 (290). – С. 9.
166. Мостова, О.П. Особливості процесів формування особливостей особистості учнів шкільного віку в умовах використання заходів психогієнічної корекції [Текст] /О.П. Мостова // Здоровье ребенка. - 2013.- №6. -С.64-69.
167. Напреенко А.К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии [Текст] / А.К. Напреенко // Междунар. мед. журн.— 2002.— Т. 8, № 4.— С.40–45.
168. Нурлыганова Л.Р., Ахмадеева Э.М. Особливості роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. Вісник №4 НДЛ інклюзивної освіти. / Упорядники: Савчук Л.О., Юхимець І.В.,– Рівне: РОІППО, 2013. – 53 с.
169. Нурлыгаянова Л.Р. Зміни стресостійкості як передумова психосоматичних порушень у стоматологічних хворих / Л.Р. Нурлыгаянова, Э.Н. Ахмадеева, В.Г. Бургонський, С.В. Бургонська // Современная стоматология. – 2014, №4. - С. 13-20.

170. Огороднійчук З.В. Особливості темпераменту підлітків з легкою розумовою відсталістю / З.В. Огороднійчук, В.В. Клименко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. - Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. - Вип. 26. - С. 352-357.
171. Олійник О.О. Адекватна самооцінка особистості: віковий дискурс // Проблеми сучасної психології. - 2013. Випуск 20. – С. 475-484.
172. Ольховецький С.М. Вплив страху на стосунки з товаришами, колегами та підлеглими у підлітковому та юнацькому віці // Актуальні проблеми психології. Том I.: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Міленіум, 2003.- Ч.9. – С. 75-78.
173. Осіпов В.М. Особливості психологічного стану пацієнтів, які страждають на міофасціальний больовий синдром [Електронний ресурс] / В.М. Осіпов // Режим доступу: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2008-07/08osvmps.pdf>
174. Остапенко О.В. Этиологические факторы расстройств адаптации у учащихся средних общеобразовательных и специализированных учебных заведений [Текст] / О.В. Остапенко // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007.- С. 216.
175. Паламар Л.Г. Межові психологічні розлади в дітей, хворих на виразкову хворобу / Л.Г. Паламар, М.І. Поліщук, Л.В. Швигар // Клінічна та експериментальна патологія. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 66–69.
176. Перетяцько Л.Г. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми / Л.Г. Перетяцько, М.М. Тесленко // Психологія і особистість. – 2017, № 2 (12). - С. 137-147.
177. Пилягина Г. Я. Под привычной маской «ВСД» // Журнал практичного лікаря. — 2005. — № 2. — С. 44–50.

178. Пилягина Г.Я. Понятие когнитивно-эмоционального дисбаланса (дефицита) и его значение в патогенезе психической патологии и саморазрушающего поведения // Украинський вісник психоневрології. 2017. Том 25, випуск 2 (91). - С. 65-69.
179. Пипа Л.В. Особливості та динаміка загально-адаптивних реакцій організму дітей з рецидивними бронхітами [Текст] / Л.В. Пипа, А.В. Філик, Н.В. Пілюйко [та інш.] // Современная педиатрия. - 2010. - №3 (31). – С.85-87.
180. Пипа Л.В. Ризик виникнення ускладнень з боку ЦНС у дітей хворих на гострі менінгіти в залежності від рівня в сироватці крові ексайтотоксичних амінокислот та аутоантитіл до субодиниць NMDA-рецепторів NR2A [Текст] / Л.В. Пипа, Т.В. Свістільник, Л.В. Фоміна // Вісник морфології. – 2013. - №1, Т.19. - С. 166-170.
181. Пипа Л.В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина I) [Текст] / Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця, Р.В. Свістільник // Современная педиатрия. - 2015. - № 2(66). - С.-123-128.
182. Пипа Л. В. Патогенетичні механізми ушкодження мозку при нейроінфекціях у дітей [Електронний ресурс] / Л. В. Пипа, Р. В. Свістільник, Т. В. Сердюк, Ю. М. Лисиця // Актуальная инфектология. - 2014. - № 4. - С. 64-69. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/akinf_2014_4_15
183. Пипа, Л.В. Динаміка загально-адаптивних реакцій організму та показників крові у дітей із рецидивуючими бронхітами в умовах санаторно-курортної реабілітації [Текст] / Л.В. Пипа, Н.В. Пілюйко, А.В. Філик, І.Л. Лук'янович, М.М. Мургіна, Ю.М. Лисиця // Клінічні дослідження – міждисциплінарна проблема. Дитячий лікар. – 2014, № 7 (36). – С. 1-5.
184. Підкоритов В.С. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення) [Текст] / В.С. Підкоритов О.І. Серіков, Л.І. Дьяченко та ін. // Укр. вісн. психоневрології.— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 51–57.

185. Пішель В. Я. Проблемні питання психофармакотерапії посттравматичного стресового розладу / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 1. - С. 7-11. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_3
186. Плахута В.А. Основи психосоматики в умовах сучасної медицини [Електронний ресурс]. – 2012. Режим доступу: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/26146/1/Plahuta.pdf>
187. Поліщук Н.Є. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування // Нейро News. – 2013, №6-2. - С. 36-39. – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/uploads/files/2013/6-2/9978563752.pdf>
188. Полушкін П.М. Клінічна фармакологія та лабораторний супровід для фармакотерпії [Електронний посібник до вивчення курсу] / П.М. Полушкін – Д.: ДНУ, 2014. – 264 с.
189. Пономарьова О.Ю. Підготовка майбутніх педагогів до роботи з дезадаптованими дітьми молодшого шкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00. 07 «Педагогіка і вікова психологія». – Київ, 2002. – 17 с.
190. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2009. – 192 с.
191. Проскуріна Т.Ю. Особливості нейрогормонального статусу у підлітків з невротичними розладами [Текст] / Т.Ю. Проскуріна, Т.М. Матковська, А.В. Голобородько // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С. 228.
192. Радченко О.М. Адаптаційні процеси у хворих на бронхолегеневу патологію [Текст] / О.М. Радченко // Буковинський медичний вісник. – 2003. – Т.7, № 1. – С. 158 – 162.
193. Радченко О.М. Адаптаційні реакції, їх значення у клініці внутрішніх хвороб [Текст]: / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.02 / Радченко Олена Мирославівна; Київ. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. — К., 2004. — 36 с.

194. Рахманов В.М. Невротические и соматоформные расстройства у детей с ограниченными возможностями [Текст] / В.М. Рахманов, Р.В. Рахманов, А.Г. Щукліна, Я.А. Вальчук, В.В. Бобошко, С.О. Морочковский // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С. 230.
195. Рахманов В.М. Соматоформная вегетативная дисфункция и степени ее развития [Текст] / В.М. Рахманов, Р.В. Рахманов, А.Г.Щукліна, Я.А. Вальчук, В.В. Бобошко, С.О. Морочковский // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007. - С. 231.
196. Рациборинська-Полякова Н.В. Інтерактивні підходи до фахової підготовки лікарів в процесі навчання у ВНЗ / Н.В. Рациборинська-Полякова, О.В. Римша // Наукові записки. Серія “Педагогіка та психологія”. – 2015, №44. - С. 194-199.
197. Римша С.В. Особистісний ресурс психічно хворих як основа переходу до системи охорони психічного здоров'я [Текст] / С.В. Римша, Н.В. Рациборинська-Полякова // Архів психіатрії. - 2016. - Том 22, №2 (85). - С.131-132.
198. Римша С.В. Депресія і пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 2 [Текст] / С.В. Римша, Л.В. Пипа, Р.В. Свістільнік, Ю.М. Лисиця // Здоров'я дитини. – 2014, 7 (58). - С. 66-70.
199. Римша С.В. Клініко-фізіологічні основи психосоматичних співвідношень в дитячому віці [Текст] / С.В. Римша, Н.М. Смолко, Д.Г. Смолко, Л.А. Сидорук, О.В. Римша // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2010. - № 15. - С. 104-108.
200. Римша С.В. Психовегетативні складові тривожності у дітей із психосоматичними розладами та сімейною деривацією / С.В. Римша, С.В. Теклюк, І.Л. Лук'янович // Український вісник психоневрології. — Том 20, Вип. 4 (73) — 2012. - С. 71-73.

201. Римша С.В. Соматоформні розлади в кризові періоди життя [Текст] / С.В. Римша, Н.М. Смолко // Мистецтво лікування. - 2008. - №4(50). - С. 57-59.
202. Родзевич О.Г. Тревога и депрессия в детско-подростковой соматической практике (алгоритмы диагностики и лечения) / О.Г. Родзевич, А.Ф. Гулякевич, О.М. Радюк. – Минск : БелМАПО, 2006. – 43 с.
203. Родцевич О.Г. Соматоформная вегетативная дисфункция пищеварительной системы у детей: клиника, диагностика, лечение / О.Г. Родцевич // Медицинские новости. – 2010. – № 1. – С. 40–44.
204. Рябчич Я.Є. Передумови виникнення суїцидальної поведінки підлітків [Електронний ресурс] / Я.Є. Рябчич // Режим доступу: http://newlearning.org.ua/sites/default/files/praci/2010_7/st19.pdf
205. Сабанадзе І.О. Соціально-психологічні фактори дезадаптивності та її корекція у підлітків: дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / І. О. Сабанадзе; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К.: [б. в.], 1997. – 260 с.
206. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: [монографія] / Ірина Іванівна Савенкова. – К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. – 320 с.
207. Свінар'юв В.І. Сучасні принципи медико-соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на психічні розлади [Текст] / В.І. Свінар'юв, В.В. Штенгелов, І.С. Дубінін // Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток. - Харків, 2007.- С. 235.
208. Сегеда О.О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи [Електронний ресурс] / О.О. Сегеда // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди // Психологія. - 2012. - Вип. 43(1). - С. 156-163 // Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/VKhnpu_psykhol_2012_43\(1\)__23.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/VKhnpu_psykhol_2012_43(1)__23.pdf)
209. Сельченко К.В. Психосоматика: взаємозв'язь психіки и здоров'я [Текст]: хрестоматія / сост. К. В. Сельченко. - Минск Харвест, 2005 – 640 с.

210. Семенча, Л.Г. Психологічні особливості поведінкових проявів дезадаптованих підлітків [Текст] / Л. Г. Семенча // Психологічні перспективи. - 2012. - Випуск 20. - С. 223-233.
211. Сергета І.В. Наукові принципи психогігієнічної діагностики стану здоров'я дітей, підлітків та молоді / І.В. Сергета, О.Ю. Браткова, О.П. Мостова, О.Ю. Панчук, О.Б. Дударенко // Environment & Health. – 2012, № 4. - С. 21-25.
212. Сердюк О.І Деякі результати дослідження впливу соціальних, демографічних та інших факторів на показники психоемоційного стану хворих на хронічні соматичні захворювання [Текст] / О.І. Сердюк // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасн. етапі соц.-екон. розвитку суспільства: Зб. наук. праць міжнар. наук.-практ. конф. – Х., 2002. – С. 118-119.
213. Сердюк Олександр Іванович. Непсихотичні форми порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання (клініка, систематика, критерії діагностики та принципи терапії): дисертація д-ра мед. наук: 14.01.16 / Харківська медична академія післядипломної освіти. - Х., 2003.
214. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / под ред. П.И.Сидорова. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 568 с.
215. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: клинические проявления, диагностика и лечение // Методические рекомендации №25 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения Москва, 2015.
216. Скринник О.В. Сучасна проблема соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення: терапія та психопрофілактика / Український вісник психоневрології – Том 15, вип.1(50), додаток-Харків, 2007. С.237;
217. Скрипніков А.М. Основні принципи психотерапії психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою [Електронний ресурс] / А.М.Скрипніков, Л.В. Животовська, Л.А. Боднар //

Психічне здоров'я / MENTAL HEALTH 1(34) 2012.- С. 75-80 // Режим доступу: https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2012_1-2.pdf

218. Скупченко В.В. Фазотонный мозг / В. В. Скупченко. – Хабаровск, 1991. – 144 с.

219. Слободянюк І.А. Основи клієнтцентрованої терапії. Навчальний посібник – К.: Навчально-методичний центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2012.- 136 с.

220. Сміян О.І. Стан мікроелементного забезпечення при вегетативно-судинних дисфункціях у дітей: монографія [Текст] / О.І. Сміян, Н.О. Савельєва-Кулик. – Суми: Сумський державний університет, 2012. – 98 с.

221. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике [Текст] / Под ред. А.Б.Смулевича.- М.: МЕД-пресс, 2011.- 13 с.

222. Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения [Текст] / В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2008. — № 3. — С. 7—12.

223. Собенников В.С., Беялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. - 230 с.

224. Соломко С.Б. Особенности клинко-психопатологической характеристики, диагностики и принципов психотерапии и психокоррекции соматоформных расстройств в поликлинической практике [Текст] / С.Б. Соломко // Український вісник психоневрології – Том 16, вип. 3(56) – Харків, 2008. - С. 44-45.

225. Спіріна І.Д. Профілактика психосоматичної дезадаптації у родичів хворих із первинним психотичним епізодом [Текст] / І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, М.М. Чернова, Т.Й. Шустерман, А.Є. Ніколенко, А.М. Дячук, І.В. Баранова, В.В. Бакеркіна // Таврический медико-биологический вестник, 2009, том 12, № 4 (48). - С. 194-198.

226. Старинець Н.Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини [Текст] / Н.Г. Старинець // Вісник морфології. – 2013. - №1, Т.19. – С. 220-225.

227. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике [Электронный ресурс] / Е.Г. Старостина // РМЖ. – 2004, №22. - Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Generalizovannoe_trevoghnoe_rasstroystvo_i_simptomu_trevogi_v_obschemedicinskoj_praktike/#ixzz5QsrcZDfR
228. Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 320 с.
229. Стельмащук Х.Р. Психологічні аспекти формування довірливих стосунків у дітей-сиріт як одна з умов стресостійкості // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. - 2015. Випуск 28. – С. 539-550.
230. Судаков К.В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности [Текст] / К.В. Судаков // Вестник РАМН. – 2002. – № 1. – С. 19–26.
231. Табачников С.И. Дифференцированная терапия соматоформных расстройств в подростковом возрасте: терапевтические подходы и их эффективность / С.И. Табачников, И.А. Марценковский, Я.Б. Бикшаева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 8-16.
232. Терещенко М.В. Эмпирическое исследование детско-родительских отношений как фактора становления образа семьи дошкольников // Вісник Інституту розвитку дитини. – 2012, (23). - С. 158-166. [Електронний ресурс] / М.В. Терещенко // Режим доступу: http://elibrary.kubg.edu.ua/1322/1/tereschenko_m_v_vird_ipsp.pdf
233. Тимофеев Ю.П. Основные психологические направления в изучении посттравматических стрессовых состояний личности [Текст] / Ю.П. Тимофеев, М.Х. Эжиева // Вестн. Астрахан. техн. ун-та. – 2006. – № 5. – С. 283–292.

234. Ткаченко О.В., Коваль А.З. Неврологічні аспекти herpes zoster. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2010-08-28/10OVTAHZ.pdf>
235. Турецька Х.І. Поняття про “психосоматику” та “психосоматичні розлади” [Електронний ресурс] / Х.І. Турецька. – 2005 // Режим доступу: www.psytopos.lviv.ua/downloads/biblioteka/studentam/klinichna/psyhosom.pdf
236. Филиппова Е. В. Детская и подростковая психотерапия : учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. Е. В. Филипповой. — М.: Издательство Юрайт, 2016. — 430 с. — Серия: Бакалавр и магистр. Академический курс.
237. Фрейд А. Психопатология детства [Текст] / Анна Фрейд; пер. с нем. Я. Обухова. – М.: Nota bene, 2000. – 224 с.
238. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоров'я [Текст] / Ю.Г. Фролова // Актуальные проблемы психологии. - 2008.- С. 60-65.
239. Фусу Л.И. Психосоматические расстройства в клинической практике: взаимодействие внутренней медицины и медицинской психологии [Электронный ресурс]. // Режим доступа: www.kspu.ru/upload/documents/2014/01/.../1-2013.pdf
240. Хайтович М.В. Психосоматичний підхід у педіатрії: історія і сучасність [Текст] / М. В. Хайтович // Здоров'я України. Тематичний номер. – Червень, 2013. – С. 28-29.
241. Харченко Д.М. Особливості темпераменту у осіб з психосоматичними розладами [Текст] / Д.М. Харченко // Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Том 7. Випуск 19. - Екологічна психологія. - 2009. - С. 256-260.
242. Хаустова Е.А. Алгоритм комплексной терапии пациентов с психосоматической патологией [Текст] / Е.А. Хаустова // Медікс. Антиейджинг. - 2009. - № 5. - С.11-17.

243. Хаустова О.О. Нейрометаболична терапія психосоматичних розладів [Текст] / О.О. Хаустова // Ліки України. – 2009. - №5 (131). – С. 53-59.
244. Хаустова О.О. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці [Текст] / О.О. Хаустова // НейроNews. - 2016, №2/1. - С. 34-39.
245. Хлуновська Л.Ю. Гендерно-вікові особливості роботи серця у дітей із синдромом вегето-судинної дисфункції [Текст] / Л.Ю. Хлуновська // Young Scientist. – 2015. - № 2 (17), february. – С. 701-703.
246. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств [Текст] / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, № 3.– С. 97-104.
247. Хоронжук В.І. Особливості особистісного розвитку старшокласників як фактор дезадаптації [Текст] / В.І. Хоронжук // Zbiór raportów naukowych. „Teoretyczne i praktyczne innowacje naukowe”. (29.01.2013 - 31.01.2013) - Kraków: Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2013. – С. 34-40.
248. Царькова О.В. Феномен психологічного відторгнення допомоги у батьків, які виховують дітей з особливими потребами // Збірник наукових праць. Психологічні науки. – 2012, Випуск 2 (103). – С. 208-213.
249. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник / О. С. Чабан О. О. Хаустова. – К.: ДСГ Лтд, 2004. – 96 с.
250. Чабан О.С. Психосоматичні розлади [Текст] / О. С. Чабан, І. І. Кутько О. О. Хаустова // Сімейна медицина. - 2009. - N 1. - С.15-18.
251. Чабан О.С. Психосоматичні розлади [Текст] / О.С. Чабан // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – V. 8, №4 (29). – С. 38 – 48.
252. Чабан О.С. «Практична психосоматика: діагностичні шкали»: навчальний посібник / за заг. ред. О.С.Чабана, О.О.Хаустової // Київ: ВНТУ, 2018. – 108с.

253. Червинська О.М. Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід [Текст] / О. М. Червинська // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2013. - № 2. –С. 70-72.
254. Чернишов О.В. Використання соціально-психологічного тренінгу при терапії больового синдрому у підлітків з непсихотичними психічними розладами / О.В. Чернишов // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 2(83). – С. 98-99.
255. Чернишов О.В. Фармакотерапія у підлітків больового синдрому при непсихотичних психічних розладах. / Чернишов О.В. // Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю «Сучасні аспекти медицини і фармації», (Запоріжжя, 14-15 трав. 2015 р.): матеріали конф. – Запоріжжя, 2015. – С. 129.
256. Чернышев О.В. Комплексная психофармакотерапия дисморфных болевых ощущений у подростков с психическими расстройствами [Текст] / О.В. Чернышев // Integrated psychopharmacotherapy dismorfining pain in adolescents with psychiatric disorders. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(8): 210-218.
257. Чернышев О.В. Психофармакотерапия болевого синдрома подростков при непсихотических психических расстройствах / О.В.Чернышев // Вестник ЮКГФА. – 2015. № 1(70). – С. 10-14.
258. Чистікова О.І. Особливості психоемоційного стану працівників пожежної охорони в залежності від стажу роботи в умовах підвищеної небезпеки // Український вісник психоневрології. – 2013. - Том 21, вип. 3 (76). – С. 91-95.
259. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов: научное издание / под ред. Ю.С.Шевченко. - М.: МИА, 2011. - 928 с.
260. Шепелева Г.А. Діти-сироти як специфічна соціальна група // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. - 2013, вип. 58. – С. 119-122.

261. Шитіков Т.О. До питання реабілітації осіб з психосоматичними розладами, що перенесли легку черепно-мозкову травму // *Journal of Health Sciences (J Health Sci)*. - 2013; 3(4). – С. 15-23.
262. Шишко О. Депривація як чинник формування віктимності у дітей-сиріт // *Психологія особистості*. 2011. № 1 (2). – С. 275-281.
263. Шкляр С.П. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С.П. Шкляр, М.С. Панченко, Д.П. Перцев, Л.В. Черкашина, І.М. Кравченко // *Екологічні проблеми експериментальної та клінічної імунології: Зб. наукових праць*. – 2011. -Вип. 6 (108). – С. 495-505.
264. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи - Изд.3-е. - СПб.: Питер, 2002. - 656 с., ил.
265. Яновська Т.А. Взаємоз'вязок прояву психологічного конфлікту з емоційною сферою підлітків // *Young Scientist*. - 2015, № 2 (17), february. – С. 235- 238.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Тест-опитувальник «Оцінка настрою»

Застосування опитувальника «САН» часто важко в силу властивого багатьом людям недостатньо тонкого диференціювання свого функціонального стану. Однак тест-опитувальник «Оцінка настрою» приваблює як своєю кратністю, так і простою формою питань і відповідей. У цьому опитувальнику пропонується 21 фраза (питання), на які слід відповісти одним із 3 варіантів відповідей: «так», «ні», «навпаки» (протилежне почуття). За відповідями складається думка про те, який настрої переважає в момент обстеження – звичайний, ейфоричний або негативний (астенічний).

Оцінка результатів проводиться за наступними критеріями.

Настрої: 9 балів – 20 відповідей «ні»; 8 балів – 19 відповідей «ні»; 7 балів – 18 відповідей «ні»; 6 балів – 16-17 відповідей «ні»; 5 балів – 13- 15 відповідей «ні»; 4 бали – 10-12 відповідей «ні»; 3 бали – 8-9 відповідей «ні»; 2 бали – 6-7 відповідей «ні»; 1 бал – 5 і менше відповідей «ні».

Астенічний стан: відповіді «так» на питання 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20; відповіді «навпаки» на питання 1, 6, 8, 12, 16, 17. Чим менше зазначених відповідей, тим краще стан: 9 балів – 1-2 відповіді; 8 балів – 3 відповіді; 7 балів – 4 відповіді; 6 балів – 5-6 відповідей; 5 балів – 7-8 відповідей; 4 бали – 9-10 відповідей; 3 бали – 11-13 відповідей; 2 бали – 14-15 відповідей.

Стан ейфорії: відповіді «так» на запитання 1, 6, 8, 12, 16, 17; відповіді «навпаки» на питання 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20. Чим більше указаних відповідей, тим більше виражено ейфоричний стан (неадекватно захоплена оцінка подій): 9 балів – 6 відповідей і нижче; 8 балів – 8-7 відповідей; 7 балів – 8-9 відповідей; 6 балів – 11 відповідей; 5 балів – 12-13 відповідей; 4 бали – 14-15 відповідей; 3 бали – 16-17 відповідей; 2 бали – 18-19 відповідей; 1 бал – 20 відповідей і більше.

Набір питань:

1. Відчуваю себе виключно бадьоро.
2. Сусіди (інші учні і т. п.) дуже мені набридли.
3. Відчуваю якесь тяжке почуття.
4. Скоріше б відчуті спокій (закінчився б урок, заняття, чверть і т. п.)
5. Залишили б мене в спокої, не турбували б.
6. Стан такий, що, готовий гори звернути.
7. Оцінка з тесту неприємна, викликає незадоволення.
8. Дивний настрій: хочеться співати і танцювати, цілувати від радості кожного, кого бачу.
9. Навколо мене дуже багато людей, здатних вчинити неблагородно, зробити зло. Від будь-якої людини можна чекати поганого вчинку.
10. Всі будівлі навколо, всі будівлі на вулицях здаються мені дивно невдалими.
11. Кожному, кого зустрічаю, здатний сказати грубість.
12. Іду радісно, не відчуваю під собою ніг.
13. Нікого не хочеться бачити, ні з ким не хочеться розмовляти.
14. Настрій такий, що хочеться сказати: «Та хай все пропаде!».
15. Хочеться сказати: «Перестаньте мене турбувати, відв'яжіться!»
16. Всі люди без винятку мені здаються надзвичайно доброзичливими, гарними. Всі вони без винятку мені симпатичні.
17. Не бачу ніяких труднощів, легко. Все легко, доступно!
18. Моє майбутнє мені здається дуже сумним.
19. Буває гірше, але рідко.
20. Не вірю навіть найближчим людям.
21. Автомашини гудуть на вулиці різко, але ці звуки сприймаються як приємна музика.

Карта спостережень Д. Стотта

Методика використовується для діагностики труднощів адаптації дитини в школі, аналізу характеру дезадаптації і ступеня непристосованості дітей до школи за результатами тривалого спостереження, дає можливість отримати картину емоційного стану дитини, що не дозволяє адекватно пристосуватися до вимог шкільного життя.

Карта спостережень Д. Стотта складається з 16 комплексів симптомів-зразків поведінки, симптомокомплексів (СК). СК віддруковані у вигляді переліків і пронумеровані (I-XVI). У кожному СК зразки поведінки мають свою нумерацію. У кожному СК бали за зразки поведінки підсумовуються. Потім суми сирих оцінок по кожному переводяться в процентні показники. Процентні показники свідчать про вираженість СК в обстежуваного від максимально можливої вираженості.

На реєстраційному бланку підкреслюються ті фрагменти поведінки, які характерні для даної дитини. Заповнюється карта педагогом або вихователем, взагалі людиною, яка добре знає дитину. Досвід використання карти спостережень Д. Стотта дозволяє зняти надмірний суб'єктивізм, оцінювання педагогічної характеристики і більш детальну, об'єктивну картину особливостей розвитку особистості і поведінки. Центральна вертикальна межа відокремлює більш важкі порушення (праворуч) від менш важких (ліворуч). При підрахунку симптомів, що знаходяться ліворуч від вертикальної риси, оцінюються одним балом, праворуч – двома. Підраховується сума балів по кожному синдрому і загальний «коефіцієнт дезадаптованості» за сумою балів за всіма синдромами. Крім кількісної обробки результатів проводиться їх якісний аналіз.

Орієнтовні критерії (за Мурзенко):

Коефіцієнт дезадаптації основної частини вибірки становить від **8 до 25** балів. **Понад 25** балів свідчить про значну серйозність порушення механізмів

особистісної адаптації, ці діти стоять на межі клінічних порушень і потребують спеціальної допомоги, аж до втручання психоневролога.

Карта спостережень Д. Стотта складається з 16 комплексів симптомів-зразків поведінки, симптомокомплексів (СК). СК віддруковані у вигляді переліків і пронумеровані (I-XVI).

I. НН – недовіра новим людям, речам, ситуаціям. Це веде до того, що любий успіх вартує дитині великих зусиль. Від 1 до 11 – менш явні симптоми; від 12 до 17 – симптоми явного порушення.

1. Розмовляє з учителем тільки тоді, коли знаходиться з ним на одинці.
2. Плаче, коли йому роблять зауваження.
3. Ніколи не пропонує нікому ніякої допомоги, але охоче допомагає, якщо його про це попросять.
4. Дитина «підлегла» (погоджується на другорядні ролі, наприклад, під час гри бігає за м'ячем, в той час, коли інші спокійно на це дивляться).
5. Надто тривожний, щоб бути неслухняним.
6. Обманує зі страху.
7. Любить, якщо до нього проявляють симпатію, але не просить про це.
8. Ніколи не приносить учителю квітів або інших подарунків, хоча його товариші це роблять.
9. Ніколи не приносить і не показує учителю знайдених ним речей або яких-небудь зроблених ним моделей, хоча його товариші часто це роблять.
10. Має тільки одного хорошого приятеля і, як правило, ігнорує інших дівчаток і хлопчиків.
11. Вітається з учителем тільки тоді, коли той зверне на нього увагу. Хочє бути поміченим.
12. Не підходить до вчителя з особистої ініціативи.
13. Надто сором'язливий, щоб просити щось /наприклад, допомоги/.
14. Легко стає нервовим, плаче, червоніє, якщо йому задають питання.
15. Легко /відсторонюється/ відмежовується від активної участі у грі.

16. Розмовляє невиразно, бурмоче, особливо тоді, коли з ним вітаються.

II. Д – депресія. В більш легкій формі /симптоми 1-6/ час від часу спостерігаються перепади активності, зміна настрою. Наявність симптомів 7-8 свідчать про схильність до роздратування і фізіологічного виснаження. Симптоми 9-20 відображають більш гострі форми депресії. Пунктам синдрому Д зазвичай супроводжуються відбитими синдромами ВВ і ТД /див. IV і V/, особливо в крайніх формах депресії. Мабуть вони дійсно репрезентують елементи депресивного виснаження.

1. Під час відповіді на уроці інколи старанний, інколи нічим не турбується.

2. В залежності від самопочуття, або просить допомогу при виконанні шкільних завдань, або ні.

3. Веде себе дуже по-різному. Старанність в навчанні змінюється майже щоденно.

4. У грі інколи активний, інколи апатичний.

5. У вільний час інколи проявляє, повну відсутність інтересу до чого-чого.

6. Виконуючи фізичну роботу, інколи дуже старанний, інколи - ні.

7. Нетерплячий, втрачає інтерес до роботи по мірі її виконання.

8. Сердитий, «впадає у сказ».

9. Може працювати на самоті, але швидко втомлюється.

10. На ручну роботу не стає фізичних сил.

11. В'ялий, безініціативний /у класі/.

12. Апатичний, пасивний, неухажливий.

13. Рухи уповільнені.

14. Надто апатичний, щоб будемо засмучуватися /і, отже, ні до кого не звертається за допомогою/.

15. Часто спостерігаються раптові і різні спади енергії.

16. Погляд «тупий», байдужий.

17. Завжди лінивий і апатичний у грі.

18. Часто мріє наяву.
19. Говорить невиразно, бурмоче.
20. Викликає жалість /пригнічений, нещасний/, рідко сміється.

III. У – уникання контактів з людьми. Відчуження. Захисна установка по відношенню до будь-яких контактів з людьми, неприйняття проявів до нього почуття любові.

1. Абсолютно ніколи ні з ким не вітається.
2. Не реагує на привітання.
3. Не проявляє дружелюбності і доброзичливості до людей.
4. Уникає розмов «зачинений в собі».
5. Мріє і займається чимось іншим замість шкільних занять «живе в іншому світі».
6. Зовсім не проявляє інтересу до ручної роботи.
7. Не цікавиться колективними іграми.
8. Уникає інших людей.
9. Тримається далеко від дорослих, навіть тоді, коли ким-небудь ображений або в чомусь підозрюється.
10. Зовні ізольований від інших людей /дітей/ – до нього не можливо «достукатись».
11. Справляє таке враження, ніби зовсім не помічає інших людей.
12. У розмові неспокійний, відходить від теми розмови.
13. Веде себе подібно «настороженій тварині».

IV. ТВ – тривожність по відношенню до дорослих. Неспокій і невпевненість в тому, чи цікавляться ним дорослі, чи люблять його. Симптоми 1-6 – дитина намагається впевнитись, чи «приймають» або чи люблять його дорослі. Симптоми 7-10 – звертає на себе увагу і перебільшено добивається любові від дорослого. Симптоми 11-16 – проявляє сильний неспокій від того, чи «приймають» його дорослі.

1. Дуже охоче виконує свої обов'язки.
2. Проявляв надмірне бажання вітатися з учителем.

3. Надмірно говіркий, балакучий /цим докучає/.
4. Дуже охоче приносить квіти та інші подарунки учителю.
5. Дуже часто приносить і показує вчителю знайдені ним предмети, малюнки, моделі інше.
6. Надто дружелюбний по відношенню до вчителя.
7. Занадто багато розказує вчителю про свої заняття у сім'ї.
8. «Підлизується», намагається сподобатись учителю.
9. Завжди знаходить привід зайняти учителя своєю особою.
10. Постійно потребує допомоги і контролю з боку вчителя.
11. Добивається симпатії вчителя. Підходить до нього з різноманітними дрібними справами і скаргами на товаришів.
12. Намагається «монополізувати» вчителя /займати його виключно своєю особою/.
13. Розповідає фантастичні вигадані історії.
14. Намагається зацікавити дорослих своєю особою, але не додає з свого боку ніякої старанності в цьому напрямку.
15. Надмірно стурбований тим, щоб зацікавити собою дорослих і придбати їхню симпатію.
16. Повністю «відчужується», якщо його зусилля марні.

V. ВД – ворожість у відносинах з дорослими. Симптоми 1-4 дитина проявляє різні форми неприйняття дорослих, які можуть бути початком ворожості або депресії. Симптоми 5-9 – відноситься до дорослих або вороже, або намагається добитися від них хорошого відношення. Симптоми 10-17 – відкрита ворожість, яка проявляється в асоціальній поведінці. Симптоми 18-24 – повна, некерована, звичайна ворожість.

1. Часта зміна настрою,
2. Зовсім нетерплячий, окрім тих випадків, коли знаходиться в хорошому настрої.
3. Проявляє завзятість і наполегливість до ручної праці.
4. Часто буває в поганому настрої.

5. При відповідному настрої пропонує свою допомогу.
6. Коли про щось просить вчителя, то буває інколи дуже сердечним, інколи – байдужим.
7. Інколи прагне, а інколи уникає привітань з учителем.
8. У відповідь на привітання може проявляти злість або підозрюваність.
9. Інколи дружелюбний, інколи в поганому настрої.
10. Дуже мінливий у поведінці, інколи здається, що він навмисно погано виконує роботу.
11. Псує громадську і особисту власність /вдома, на вулицях, в саду, громадському транспорті/.
12. Брутальна: мова, розповіді, вірші, малюнки.
13. Неприємний, особливо коли захищається від пред'явлених йому звинувачень.
14. «Бурмоче під ніс», якщо чимось незадоволений.
15. Негативно відноситься до зауважень.
16. Інколи обманує без якого-небудь приводу і легко.
17. Раз або двічі був помічений у крадіжках грошей, солодоців, цінних речей.
18. Завжди на щось претендує і вважає, що несправедливо наказаний.
19. «Дикий» погляд. Дивиться «з-під лоба».
20. Дуже неслухняний, але дотримується дисципліни.
21. Агресивний /кричить, погрожує, застосовує силу/.
22. Найохочіше приятелює з «підозрілими» типами.
23. Часто краде гроші, солодоці, цінні речі.
24. Веде себе непристойно.

VI. ТД – тривога по відношенню до дітей. Тривога дитини по те, чи приймають його інші діти. Часом вона приймає форму відкритої ворожнечі. Всі симптоми однаково важливі.

1. «Грає героя», особливо тоді, коли йому роблять зауваження.

2. Не може не утриматись, щоб не «грати» перед оточуючими.
3. Схильний «прикидатись дурником».
4. Надто сміливий /ризикуює без потреби.
5. Турбується про те, щоб завжди знаходитись в злагоді з більшістю.

Нав'язується іншим, ним легко керувати.

6. Любить бути в центрі уваги.
7. Грається з дітьми старше себе.
8. Намагається зайняти відповідальний пост, але побоюється, що не справиться з ним.

9. Хвалиться перед іншими дітьми.

10. Хвалько /корчить з себе блазня/.

11. Шумно веде себе, коли у класі немає вчителя.

12. Одягається зухвало /штани, зачіска – хлопчики; перебільшування в одязі, косметика – дівчатка/.

13. З пристрасстю псує громадську власність.

14. Погані вчинки в групі однолітків.

15. Наслідує хуліганські прояви інших.

16. Вважає, що дорослі недружелюбні, втручаються, не маючи на це права.

VII. А – асоціальність. Невпевненість у схваленні дорослих, яка передається в різних формах негативізму. Симптоми 1-5 – відсутність бажання сподобатись дорослим. Байдужість і відсутність зацікавленості в хороших стосунках з ними. Симптоми 5-9 – у старших дітей можуть вказувати на певну ступінь незалежності. Симптоми 10-16 – відсутність моральної оцінки в дрібницях.

1. Не зацікавлений у навчанні.

2. Працює в школі тільки тоді, коли над ним «стоять» або коли його змушують працювати.

3. Працює поза школою тільки тоді, коли його контролюють або змушують працювати.

4. Не сором'язливий, але ніколи не попросить про допомогу.
5. Несором'язливий, але проявляє байдужість при відповідях на запитання вчителя.
6. Ніколи добровільно не береться ні за яку роботу.
7. Не зацікавлений у схваленні або несхваленні дорослих.
8. Зводить до мінімуму контакти з учителем, але нормально спілкується з іншими людьми.
9. Уникає вчителя, але розмовляє з іншими дорослими.
10. Списує домашні завдання.
11. Бере чужі книжки без дозволу.
12. Егоїстичний, любить інтриги, псує іншим дітям ігри.
13. В іграх з іншими дітьми проявляє хитрощі і непорядність.
14. «Нечесний гравець» /грає тільки для особистої вигоди.
15. Не може дивитись прямо у вічі іншому.
16. Потайливий і недовірливий.

VIII. ВД – ворожість до дітей / від ревнісного суперництва до відкритого ворогування/.

1. Заважає іншим дітям у іграх, підсміюється над ними, любить їх лякати.
2. Часом дуже недобррозичливий у відносинах з тими дітьми, які не відносяться до тісного кола його спілкування.
3. Докучає іншим дітям, чіпляється до них.
4. Свариться, ображає інших дітей.
5. Намагається своїми зауваженнями створити певні труднощі.
6. Ховає або ламає предмети, речі, що належать іншим дітям.
7. Знаходиться здебільшого у поганих стосунках з іншими дітьми.
8. Чіпляється до слабших дітей.
9. Інші діти його не люблять або навіть не терплять.
10. Б'ється невідповідним способом /кусається, дряпається/.

ІХ. Н – невгамовність. Невгамовність, нетерплячість, неспроможність до роботи, яка потребує посидючості, концентрації уваги й роздуму. Схильність до короткочасних й легких зусиль. Уникнення довгострокових зусиль.

1. Дуже неохайний.
2. Відказується від контакту з іншими дітьми таким чином, який дуже неприємний для них.
3. Легко примирюється з невдачами у ручній роботі.
4. У грі абсолютно не володіє собою.
5. Непунктуальний, нестаранний. Часто забуває або губить олівці, книжки, інші предмети.
6. Безвідповідальний у ручній праці.
7. Нестаранний у шкільних заняттях.
8. Надто неспокійний, щоб працювати наодинці.
9. У класі не може бути уважним або довго на чомусь зосереджуватись.
10. Не знає, що з собою робити. Ні на чому не може зупинитись на відносно довгий час.
11. Надто неспокійний, щоб запам'ятати зауваження вчителя.

Х. ЕН – емоційна напруга. Симптоми 1-5 – свідчать про емоційну незрілість, про серйозні страхи. 8-10 – про прогули і непунктуальність.

1. Грає з іграшками надто дитячими для його віку.
2. Любить гратися, але швидко втрачає інтерес до них.
3. Надто незрілий, щоб прислухатись і слідувати вказівкам.
4. Грає виключно з більш молодшими дітьми.
5. Надто інфантильний у мові.
6. Надто неспокійний, щоб щось вирішити.
7. Інші діти чіпляються до нього /він являє собою «козла відпущення»/.

8. Його часто підозрюють у тому, що він прогулює уроки, хоча в дійсності він хотів це зробити один або два рази.

9. Часто спізнюється.

10. Іде з деяких уроків.

11. Необов'язковий, неорганізований, незібраний, невідповідальний.

12. Веде себе у групі /класі/ як сторонній, пригноблений.

XI. НС – невротичні симптоми. Гострота їх може залежати від віку дитини; вони також можуть бути наслідками існуючого раніше порушення.

1. Заїкається, ніяковіє. «Важко витягнути з нього слово».

2. Говорить сумбурно.

3. Часто моргає.

4. Безцільно рухає руками. Різноманітні «тики».

5. Гризе нігті.

6. Ходить підстрибуючи.

7. Ссе палець /старше 10 років/.

XII. С – неблагополучні умови оточуючого середовища.

1. Часто відсутній у школі.

2. Не буває у школі по декілька днів.

3. Батьки свідомо обманюють, виправдовуючи відсутність дитини у школі.

4. Змушений залишатись вдома, щоб допомагати батькам.

5. Неохайний, брудний.

6. Виглядає так, ніби дуже погано харчується.

7. Менш гарний ніж інші діти.

XIII. СР – сексуальний розвиток.

1. Дуже ранній розвиток, чутливий до протилежної статі.

2. Затримки статевого розвитку.

3. Прояви збочених схильностей.

XIV. РВ – розумова відсталість.

1. Сильно відстає в навчанні.

2. «Тупий» для свого віку.
3. Зовсім не вміє читати.
4. Великі недоліки в знаннях елементарної математики.
5. Зовсім не розуміє математики.
6. Інші діти відносяться до нього як до дитини, яка має вади розумового розвитку.

7. Просто кажучи «дурник».

XV. ХО – хвороби і органічні порушення.

1. Неправильне дихання.
2. Часті застуди.
3. Часті кровотечі з носу.
4. Дихає через рот.
5. Схильність до вушних захворювань.
6. Схильність до шкірних захворювань.
7. Скаржитися на часті болі у шлунку, нудоту.
8. Часті головні болі.
9. Схильність надмірно червоніти або блідніти.
10. Хворобливі, почервонілі віки.
11. Дуже холодні руки.
12. Косоокість.
13. Погана координація рухів.
14. Неприродні пози тіла.

XVI. Ф – фізичні дефекти.

1. Поганий зір.
2. Слабкий слух.
3. Дуже маленький зріст.
4. Надто велика вага.
5. Інші ненормальні особливості складу тіла.

Тест шкільної тривожності Б.Філіпса

Особливістю і головною перевагою цього тесту перед іншими опитувальниками, є те, що він дозволяє виявити рівень тривожності школяра в різних шкільних ситуаціях, визначити, в яких саме сферах внутрішньошкільних відносин локалізується тривожність і які конкретно форми приймає. Його мета полягає у вивченні рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою у дітей молодшого і середнього шкільного віку.

Тест являється інструментом для вивчення рівня тривожності, пов'язаної зі школою, і її окремих факторів – переживання соціального стресу, страх ситуації перевірки знань і інш. Тест дозволяє детально вивчати рівень і характер тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого і середнього шкільного віку, оцінити емоційні особливості відношень дитини із однолітками і вчителями.

Тест складається з 58 запитань, які можуть зачитуватися або пропонуватися виконати письмово. На кожне запитання учень дає однозначну відповідь «Так» або «Ні».

Аналізується загальний внутрішній емоційний стан учня, який багато в чому визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

Змістова характеристика кожного синдрому (чинника)

1 Загальна тривожність у школі – загальний емоційний стан дитини, пов'язаний з різними формами її включення в життя школи.

2 Переживання соціального стресу – емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються її соціальні контакти (передусім з однолітками).

3 Фрустрація потреби в досягненні успіху – несприятливий психічний фон, такий, що не дає змоги дитині розвинути власну потребу в успіху, досягненні високого результату тощо.

4 Страх самовираження — негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із потребою саморозкриття, подання себе іншим, демонстрації

своїх можливостей.

5 Страх ситуації перевірки знань — негативне ставлення й переживання тривоги у ситуаціях перевірки (особливо публічної) знань, досягнень та можливостей.

6 Страх невідповідності очікуванням, оточення — орієнтація на значущість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків, думок, тривога з приводу оцінок, які дають навколишні, очікування негативного оцінювання.

7 Низька фізіологічна опірність стресові — особливості психофізіологічної організації, які знижують здатність дитини пристосовуватись до ситуацій стресового характеру, що підвищує ймовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний чинник середовища.

8 Проблеми і страхи у стосунках з учителями – загальний негативний емоційний фон стосунків із дорослими у школі, що знижує успішність навчання дитини в школі.

Слід відзначити, що дана методика розрахована на школярів з нормальним розвитком інтелекту.

Тест складається з 58 запитань, які можуть зачитуватися або пропонуватися виконати письмово. На кожне запитання учень дає однозначну відповідь «Так» або «Ні».

Текст опитувальника

1. Чи важко тобі встигати разом із класом?
2. Чи хвилюєшся ти, коли вчитель каже, що збирається перевірити, наскільки ти знаєш матеріал?
3. Чи важко тобі працювати в класі так, як цього хоче вчитель?
4. Чи сниться тобі інколи, що вчитель розлютився від того, що ти не знаєш уроку?
5. Чи траплялося, що хтось із твого класу бив або вдарив тебе?
6. Чи часто ти хочеш, щоб учитель не поспішав, пояснюючи новий матеріал, щоб ти зрозумів, про що він каже?

7. Чи сильно ти хвилюєшся при відповіді або виконанні завдання?
8. Чи буває так, що ти боїшся відповідати, оскільки остерігаєшся зробити помилку?
9. Чи тремтять у тебе коліна, коли тебе викликають відповідати?
10. Чи часто твої однокласники сміються з тебе, коли ви граєте у різні ігри?
11. Чи трапляється, що тобі ставлять нижчу оцінку, ніж ти очікував?
12. Чи хвилює тебе питання про те, чи не залишать тебе на другий рік?
13. Чи намагаєшся ти уникнути ігор, у яких робиться вибір, тому що тебе зазвичай не обирають?
14. Чи буває часом, що ти весь тремтиш, коли тебе викликають відповідати?
15. Чи часто у тебе виникає відчуття, що ніхто з твоїх однокласників не хоче робити того, що хочеш ти?
16. Чи сильно ти хвилюєшся перед тим, як почати виконувати завдання?
17. Чи важко тобі отримувати такі оцінки, яких очікують батьки?
18. Чи боїшся часом, що тобі стане зле у класі?
19. Чи будуть твої однокласники сміятися з тебе в разі, якщо ти зробиш помилку під час відповіді?
20. Чи схожий ти на однокласників?
21. Чи тривожишся ти після виконання завдання про те, наскільки добре ти з ним упорався?
22. Коли ти працюєш у класі, чи впевнений у тому, що все добре запам'ятаєш?
23. Чи сниться тобі іноді, що ти у школі й не можеш відповісти на запитання учителя?
24. Чи правда, що більшість дітей ставляться до тебе доброзичливо?
25. Чи працюєш ти старанніше, якщо знаєш, що результати твоєї роботи будуть порівнюватися у класі з результатами твоїх однокласників?

26. Чи часто ти мрієш про те, щоб менше хвилюватися, коли тебе викликають відповідати?
27. Чи боїшся ти іноді вступати у суперечку?
28. Чи не трапляється, що твоє серце починає сильно битися, коли учитель каже, що збирається перевірити твою готовність до уроку?
29. Коли ти отримуєш хороші оцінки, чи думає хтось із твоїх друзів, що ти хочеш вислужитися?
30. Чи добре ти себе відчуваєш із тими однокласниками, до яких інші діти ставляться з особливою повагою?
31. Чи буває, що деякі діти в класі говорять те, що тебе заторкує?
32. Як ти гадаєш, чи втрачають прихильність класу ті учні, які не можуть упоратися з навчанням?
33. Чи схоже на те, що більшість твоїх однокласників не звертають на тебе уваги?
34. Чи часто ти боїшся виглядати безглуздо?
35. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться вчителі?
36. Чи допомагає твоя мама в організації шкільних вечірок, як інші мами твоїх однокласників?
37. Чи хвилювало тебе колись те, що думають про тебе навколишні?
38. Чи сподіваєшся ти вчитися у майбутньому краще, ніж зараз?
39. Чи вважаєш ти, що одягаєшся до школи так само добре, як і твої однокласники?
40. Чи часто ти замислюєшся, відповідаючи на уроці, що про тебе в цей час думають інші?
41. Чи мають здібні учні якісь виняткові права, яких не мають інші учні в класі?
42. Чи дратує деяких твоїх однокласників, коли тобі вдається бути кращим за них?
43. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться твої однокласники?
44. Чи добре ти відчуваєшся, коли залишаєшся наодинці з учителем?

45. Чи висміюють однокласники часом твою зовнішність та поведінку?
46. Чи гадаєш ти, що переймаєшся своїми шкільними справами більше, ніж твої однокласники?
47. Якщо ти не можеш відповісти, коли тебе запитують, чи відчуваєш ти, що от-от розплачешся?
48. Коли ввечері ти лежиш у ліжку, чи думаєш ти часом із тривогою про те, що буде завтра в школі?
49. Працюючи над складним завданням, чи відчуваєш ти інколи, що абсолютно забув речі, які добре знав раніше?
50. Чи тремтить трохи твоя рука, коли ти працюєш над завданням?
51. Чи відчуваєш ти, що починаєш нервувати, коли учитель каже, що збирається дати класу завдання?
52. Чи лякає тебе перевірка твоїх завдань у класі?
53. Коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання, чи боїшся ти, що не впораєшся з ним?
54. Чи снилося тобі часом, що твої однокласники можуть зробити те, чого не можеш ти?
55. Коли учитель пояснює матеріал, чи здається тобі, що твої однокласники розуміють його краще за тебе?
56. Чи тривожишся ти по дорозі до школи, що вчитель може дати класу перевірочну роботу?
57. Виконуючи завдання, чи відчуваєш ти, що робиш це погано?
58. Чи тремтить злегка твоя рука, коли вчитель просить виконати завдання на дошці перед усім класом?

Опрацювання результатів

Виокремлюють запитання, відповіді на які не збігаються із ключем тесту. Наприклад, на 58-ме запитання дитина відповіла «Так», тоді як у ключі цьому запитанню відповідає «-», тобто відповідь «Ні». Відповіді, що не збігаються з ключем, - це прояви тривожності. Під час обробки підраховується: • загальна кількість розбіжностей по всьому тесту: понад

50 % — підвищена тривожність; понад 75 % — висока тривожність;

- кількість збігів за кожним із 8 чинників тривожності, що виділені у тесті.

Ключ до запитань: «+» - Так, «-» - Ні

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 1- | 11+ | 21- | 31- | 41 + | 51- |
| 2- | 12- | 22+ | 32- | 42- | 52- |
| 3- | 13- | 23- | 33- | 43+ | 53- |
| 4- | 14- | 24+ | 34- | 44+ | 54- |
| 5- | 15- | 25+ | 35+ | 45- | 55- |
| 6- | 16- | 26- | 36+ | 46- | 56- |
| 7- | 17- | 27- | 37- | 47- | 57- |
| 8- | 18- | 28- | 38+ | 48- | 58- |
| 9- | 19- | 29- | 39+ | 49- | |
| 10- | 20+ | 30+ | 40- | 50- | |

Аналізується загальний внутрішній емоційний стан учня, який багато в чому визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

Оцінювання результатів

1 Число розбіжностей знаків («+» - Так, «-» - Ні) за кожним із чинників (абсолютна розбіжність у відсотках: < 50 %; ≥ 50 %; ≥ 75 %).

2. Подання цих даних у вигляді індивідуальних діаграм.

3. Кількість розбіжностей за кожним виміром для всього класу; абсолютне значення - < 50 %; ≥ 50 %; ≥ 75 %.

4. Подання цих даних у вигляді діаграми.

5. Кількість учнів, які мають розбіжності за певним чинником ≥ 50% і ≥ 75% (для всіх чинників).

6. Подання порівняльних результатів при повторних замірах.

7. Повна інформація про кожного з учнів (за результатами тесту).

| Чинник | Номер запитання |
|--|---|
| 1. Загальна тривожність у школі. | 2, 4, 7, 12, 16, 21, 23, 28, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 S=22 |
| 2. Переживання соціального стресу. | 5, 10, 15, 20, 24, 30, 33, 36, 39, 42, 44 S=11 |
| 3. Фрустрація потреби в досягненні успіху. | 1, 3, 6, 11, 17, 19, 25, 29, 32, 35, 38, 41, 43 S=13 |
| 4. Страх самовираження. | 27, 31, 34, 37, 40, 45 S=6 |
| 5. Страх ситуації перевірки знань. | 2, 7, 12, 16, 21, 26 S=6 |
| 6. Страх невідповідності очікуванням оточення. | 3, 8, 13, 17, 22 S=5 |
| 7. Низька фізіологічна опірність стресові. | 9, 14, 18, 23, 28 S=5 |
| 8. Проблеми і страхи у стосунках з учителями. | 2, 6, 11, 32, 35, 41, 44, 47 S=8 |

ДОДАТОК Г

Тест-опитувальник батьківського ставлення Варги-Століна.

Тест-опитувальник батьківського ставлення Г.Я.Варга, В.В.Століна представляє собою психодіагностичний інструмент, який орієнтований на виявлення батьківського ставлення з питань виховання дітей та спілкування з ними. Опитувальник складається з п'яти шкал, які розкривають аспекти батьківського ставлення: прийняття-зневажання – показує інтегральне емоційне ставлення до дитини; кооперація – соціально бажаний образ батьківського ставлення; симбіоз – висвітлює міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною; авторитарна гіперсоціалізація – відбиває форму і напрямок контролю за поведінкою дитини; маленький невдаха (інфантилізація) — відображає особливості сприйняття та розуміння дитини батьком.

Опитувальник складається з п'яти шкал, які розкривають аспекти батьківського ставлення.

Питання:

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
6. Я відчуваю до дитини прихильність.
7. Добрі батьки оберігають дитину від життєвих труднощів.
8. Моя дитина часто неприємна мені.
9. Я завжди намагаюсь допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли глумливе ставлення до дитини приносить їй велику користь.
11. Я відчуваю досаду щодо своєї дитини.

12. Моя дитина нічого не досягне у житті.
13. Мені здається, що діти знущаються над моєю дитиною.
14. Моя дитина часто здійснює такі вчинки, які окрім презирства нічого не варті.
15. Для свого віку моя дитина не зовсім зріла.
16. Моя дитина поводиться спеціально, щоб досадити мені.
17. Моя дитина вбирає у себе все погане, як губка.
18. Мою дитину важко навчити гарних манер, при найбільшому старанні.
19. Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.
21. Я схвалюю свою дитину.
22. До моєї дитини липне все погане.
23. Моя дитина не досягне успіхів у житті.
24. Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би..
25. Я жалію свою дитину.
26. Коли я порівнюю свою дитину з її ровесниками, вони здаються мені дорослішими і у поведінці і у судженнях.
27. Я із задоволенням проводжу з дитиною свій вільний час.
28. Мені шкода, що моя дитина росте і дорослішає.
29. Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті.
31. Батьки повинні пристосовуватись до дитини.
32. Я намагаюся виконати всі прохання моєї дитини.
33. Приймаючи сімейні рішення слід враховувати і думку дитини
34. Головна причина капризів моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь.

35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.
36. Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди зважаю на свою дитину.
38. Я відчуваю приязнь до дитини.
39. Я дуже цікавлюсь життям своєї дитини.
40. Неможливо нормально відпочити, якщо проводиш час з дитиною.
41. Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство.
42. Іноді мені здається, що моя дитина – нездатна ні до чого доброго.
43. Я поділяю захоплення своєї дитини.
44. Моя дитина може вивести із себе будь-кого.
45. Я поділяю гіркоту, смуток своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини – суцільне тріпання нервів.
48. Суворі дисципліна у дитинстві – розвиває сильний характер.
49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За суворе виховання діти дякують потім.
51. Іноколи мені здається, що я ненавиджу свою дитину.
52. У моєї дитини більше недоліків, ніж позитивних якостей.
53. Я поділяю інтереси своєї дитини.
54. Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так.
55. Моя дитина виросте непристосованою до життя.
56. Моя дитина подобається мені такою, якою вона є.
57. Я ретельно стежу за станом здоров'я своєї дитини.
58. Не рідко я захоплююсь своєю дитиною.
59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
60. Я не високої думки про здібності своєї дитини і не приховую цього від неї.

61. Дуже бажаю, щоб дитина товаришувала з тими дітьми, які подобаються її батькам.

Ключі для опитувальника:

1 «Прийняття-відхилення» - 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 34, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

2. «Кооперація» - 6, 9, 21, 25, 31, 33, 39, 35, 36.

3. «Симбіоз» - 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» - 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький (-а) невдаха» - 9, 11, 13, 17, 22, 23, 54, 61.

ДОДАТОК Д

Опитувальник дитячої депресії Maria Kovacs (CDI, Children`s Depression Inventory M. Kovacs) дозволяє визначити кількісні показники спектру депресивних симптомів – зниженого настрою, гедоністичної здібності, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісного поведінки. Тест представляє самооцінкову шкалу з 27 пунктів для дітей та підлітків віком від 7 до 17 років. Включає в себе наступні шкали:

шкала А – загальне зниження настрою негативна оцінка власної ефективності в цілому. Постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності;

шкала В – ідентифікація себе з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм, непослух;

шкала С – високий рівень переконання неефективності в школі;

шкала D – високий рівень виснаження, наявність почуття самотності;

шкала Е – негативна оцінка власної неефективності, наявність суїцидальних думок.

ДОДАТОК Е

Опитувальник Ч.Д. Спілбергера (STPI - State Trait Personal Inventory)

в модифікації А.Д. Андрєєвої дозволяє виявити рівень пізнавальної активності, тривожність і гнів як наявний стан і як властивість особистості. Згідно з концепцією Спілбергера, розрізняють тривогу як стан і тривожність — як властивість особистості. Тривога — це реакція на загрозу і небезпеку, реальну або уявну, емоційний стан дифузного безоб'єктного страху, що характеризується невизначеним відчуттям загрози, на відміну від страху, який становить реакцію на цілком певну небезпеку. Тривожність — це індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, у тому числі і тих, об'єктивні характеристики яких цього не передбачають [252]. Розрізняють два види тривожності: особистісну та ситуативну тривожність. Особистісна тривожність – стійка індивідуальна характеристика, що відображає здатність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Ситуативна тривожність виникає як реакція людини на різні, найчастіше, соціально-психологічні сенсори, а це: очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття негативного до себе ставлення, загрози власній самоповазі, престижу [105].

Опитувальник ділиться на дві частини: в одну об'єднані шкали пізнавальної активності, тривожності і негативних емоційних переживань, що характеризують особистісні властивості суб'єкта, а в іншу - ці ж шкали, але щодо стану людини в конкретний момент. Відповідно до завданням діагностики емоційного ставлення до навчання була модифікована спрямованість входять в методику висловлювань та інструкції випробуваному таким чином, щоб друга частина опитувальника відображала стан учнів на уроці в ході навчальної роботи в класі. Така побудова методики дозволяє зіставити рівень досліджуваних емоційних станів в умовах навчальної діяльності з фоновим і визначити, яким чином процес навчання

впливає на особливості емоційних переживань школяра. Крім того, друга частина опитувальника може бути використана і для вивчення емоційного ставлення учнів до того чи іншого навчального предмету; в цьому випадку текст інструкції конкретизується стосовно до даного предмету. Зазначений варіант опитувальника найбільш доцільно використовувати в результаті індивідуальної роботи з дитиною, що зазнають труднощі в освоєнні певного навчального матеріалу.

Шкали пізнавальної активності, тривожності і негативних емоцій входять в обидві частини опитувальника, причому кожна шкала складається з 10 пунктів, розташованих в певному порядку. Крім того, додатково до кожної частини опитувальника автори ввели по десять «вільних» пунктів, попросивши учнів заповнити їх відповідями на питання; «Які ще почуття ти зазвичай відчуваєш?» (Після 1-ї частини опитувальника) і «Які ще почуття ти відчуваєш на уроці?» (Після 2-ї частини). При апробації методики передбачалося, що, відповівши на ці питання, школярі оцінять і ступінь прояву цих почуттів в балах, подібно до того, як робилося з основною частиною опитувальника. Однак більшість учнів поставилося до даного завдання як до можливості вільно висловитися про найбільш значущих для себе переживаннях, і необхідність в їх бальній оцінці відпала. Тут слід зазначити, що більш змістовні відповіді зазвичай даються на другий додаткове питання – про почуття, що переживають на уроці, - і саме вони надають найбільш цікавий матеріал для аналізу. У той же час учні нерідко не можуть при відповіді на перше питання і часто просто опускають його. Проте автори вважають за доцільне включення цього питання в методику для отримання більш об'єктивної картини. В цілому додаткові пункти опитувальника дозволяють отримати дані, які надають істотну допомогу при інтерпретації основних результатів. Для отримання бала будь-якого стану або властивості підраховується сума ваг по всіх 10 пунктам відповідної шкали. Мінімальна оцінка по кожній шкалою - 10 балів, максимальна - 40 балів. Якщо жінка пропустила 1 пункт з 10, можна підрахувати середню оцінку по

тим 9 пунктам, на які піддослідний відповів, потім помножити це число на 10; бал буде виражатися наступним за цим результатом середнім числом. При пропуску двох і більше балів надійність і валідність шкали буде вважатися відносною.

ДОДАТОК Ж

Методика оцінки особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера (адаптація Ю.Л. Ханіна). Опитувальник призначений для виявлення рівня ситуативної тривожності, як реакція на стрес, частіше всього соціально-психологічного характеру та особистісної тривожності, як схильності людини до тривоги. Опитувальник дозволяє виміряти тривожність як особистісну властивість, яка багато в чому обумовлює поведінку. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

ДОДАТОК З

Особистісний опитувальник Г. Айзенка (H.I. Eysenck) [18].

За його допомогою вивчали рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії. Рівень до 12 балів оцінювали як низький; 12–15 балів – помірно виражений; 16–19 балів – виражений; понад 19 балів – значно виражений. Показники екстра/інтроверсії інтерпретувалися за шкалою: 1–13 балів – інтровертованість (1–4 – значно виражена, 5–9 – виразна, 10–13 – помірно виразна); 14–24 балів – екстравертованість (14–17 – помірна, 18–22 – виразна, 23–24 – значно виражена).

ДОДАТОК И

Методики проведення клієнтцентованої психотерапії.

Заняття №1. Після привітання психотерапевт озвучує правила групи, які учасники приймають та доповнюють (група може прийняти свої правила).

Основні з них:

- все, що відбувається в групі не повинно впливати на взаємовідношення учасників;
- не можна ображати, принижувати, використовувати нецензурну лексику;
- усі приймають участь, ніхто не лишається без уваги;
- говорити по черзі, звертатися один до одного по імені;
- виконуються вказівки психотерапевта;
- правило «стоп».

«Знайомство». Кожен з учасників групи протягом 10 хв. продумує як би він себе представив іншим учасникам з подальшим представленням себе по колу. Після завершення кола кожен з учасників розповідає, що він відчував, коли розповідав про себе та коли слухав інших.

Завдання. Кожен з учасників продумує свій метод привітання, який повинен бути невербальним. На наступному занятті учасник має привітатися зі своїм сусідом зліва по колу. Якщо буде два однакових привітання, тоді ці дві людини вітаються новим методом.

Прощання.

Заняття №2. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Знайомство з фізичним організмом». Психотерапевт просить кожного учасника уявити себе якоюсь частиною тіла чи органом. Потім називає одну за іншою емоцію і кожен учасник відреагує тим органом, який називав. Після цього кожен ділиться своїми враженнями, які емоції було передавати найлегше, найважче.

Завдання. Кожен для себе на папері записує свої негативні емоції, яких хоче позбутися. Після цього папірець викидається у смітник зі словами «Я позбавляюся цих якостей».

Прощання.

Заняття №3. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Знайомство з психологічним устроєм людини». Психотерапевт пропонує учасників розділитися попарно. Потім кожен ретельно оглядає свого партнера і уявляє його в 5-річному віці. Після цього відбувається опис один одного. По закінченні завдання кожен учасник розповідає, що він відчував, коли описували його, та відчуття, коли описував він.

Завдання. Намалювати своє обличчя, коли відчуваєш себе: весело, сердито, сумно, гордовито, невпевнено, сміливо.

Прощання.

Заняття №4. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Емоції, почуття, відчуття» Кожен з учасників групи уявляє себе через 20 років. Необхідно окреслити головні досягнення у різних сферах: сім'я, робота, дозвілля. По закінченні завдання кожен учасник розповідає, що він відчував, коли розповідав про себе, та відчуття, коли слухав інших, що хотів перейняти чи позбутись.

Завдання. Що саме ви хочете змінити в собі? Для цього всі цілі та бажання висловлюйте в позитивній формі: «Я хочу...», «Я буду...», «Я зможу...».

Прощання.

Заняття №5. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Взаємодія фізичного і психічного». Нехай кожен по черзі зробить подарунок своєму сусіду зліва. Подарунок слід вручити невербально,

жестами, але щоб сусід зрозумів. Після цього отримувач озвучує, що саме отримав.

Емоції. Кожен підліток називає емоції, які він знає і скільки зможе. Далі по черзі вказують позитивні і негативні сторони кожної емоції.

Завдання. Станьте перед дзеркалом спокійно, протягом декількох хвилин, дивлячись на себе, сказати, назвавши себе по імені, позитивні якості: «Я люблю тебе таким...».

Прощання.

Заняття №6. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Вплив стосунків на емоції і почуття». Психотерапевт просить учасників групи уважно подивитися один на одного та представити з яким предметом чи явищем асоціюється кожен з учасників. Потім один з групи називає асоціацію, а решта мають відгадати про кого вона з учасників. І так по черзі. У кінці вправи кожен висловлює свої враження, які асоціації сподобалися, а які хотілося змінити.

Рефлексія. Кожен по колу розповідає, що він відчував, коли розповідав про свою асоціацію та відчував, коли слухав інших, що хотів перейняти чи позбутись.

Завдання. Важлива техніка для відчуття себе впевненим, задоволеним.

Сядьте зручно, щоб м'язи були розслаблені, закрийте очі. Сконцентруйтеся на диханні – вдих трохи швидший ніж видих. Уявіть, що видихаєте свої негативні переживання: турботу, напруження, страх, а вдихаєте чисте повітря, бадьорість, упевненість.

Прощання.

Заняття №7. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Стосунки в сім'ї». Психотерапевт розповідає про чарівний світ емоцій, які мешкають у будиночках. Кожна емоція живе в будиночку тільки одного притаманного їй кольору. Усім учасникам пропонується розфарбувати

будиночки, щоб у них поселилися такі емоції як: радісь, задоволення, страх, провина, образа, сум, злість, цікавість. Внаслідок цього можна взнати, з яким кольором асоціюється певна емоція.

Потім потрібно розташувати будиночки відповідно до органів людини, ніби як на карті. В якому органі буде розташований будиночок з певною емоцією. Це дозволяє оцінити, якому органу відповідає дана емоція.

Завдання Закінчити речення: Краще за все я відчуваю себе коли...

Гірше за все я відчуваю себе коли...

Ніяк я не зрозумію, чому я...

Головне, що я хотів змінити це...

Прощання.

Заняття №8. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Стосунки з однолітками». Психотерапевт розповідає ситуацію, в яку може потрапити кожен, коли опинилися в незнайомому місці, пізньої ночі без грошей, і потрібно добратися до дому. Єдиний транспорт, який зможе доставити – потяг. Вам потрібно вмовити провідника допомогти вам пустити вас до вагону та зігрітися теплим чаєм.

Учасників по черзі розподіляються на групи, де один буде провідником, інший – пасажиром. Задача пасажира будь за все потрапити до вагону та напитися теплого чаю. Задача провідника – відмовити. Після цього учасники міняються ролями.

По закінченню завдання кожен учасник розповідає про свої емоції, що він відчував, коли був пасажиром та коли був провідником.

Завдання. Якщо ми самі вибираємо відношення до тієї чи іншої ситуації, ми проявляємо волю. Кожного разу, коли людина «повинна», вона може перетворити це в «я хочу». Замініть твердження, яке примушує вас на те, що виражає особистісний вибір. Перехід від «я повинна» до «я хочу» означає, що вам легше боротися зі своїми справами.

Прощання.

Заняття №9. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

«Мрії про майбутнє». Психотерапевт пропонує групі придумати казку. Один учасник озвучує перше речення, далі інший учасник наступне, продовжуючи казку, і так по колу. По закінченню завдання кожен учасник розповідає, що він відчував, чи було важко продовжувати думку.

Завдання на розуміння. Як можна покращити з людиною вербальний контакт. Вам потрібно з кимось із оточуючих використати питання на розуміння «Чи вірно я тебе розумію?». Після чого вияснити, чи покращилося ваше розуміння іншої людини.

Прощання.

Заняття №10. Після привітання кожен розповідає, які емоції відчуває «тут і тепер».

Психотерапевт порівнює перше заняття з останнім. Що допомогло змінитися, а що навпаки заважало. Що нового ви взнали про себе, а що навпаки хотіли змінити.

«Прощання». Уявіть собі, що кожен орган - це жива істота, яка важко працює і з часом стомлюється. Тому потрібно подякувати кожному органу за те, що вірно вам служив. Кожен з учасників продумає та озвучує подяку своїм органам.

По закінченню завдання кожен учасник розповідає про свої емоції, що він відчував, коли дякував органам, і чи покращився стан.

Завдання. Перед дзеркалом танцювальні вправи під музику.

Прощання.

Як роздаткові матеріали використовуються альбоми типу «Розвивайте розум дітей» Ю.З Гільбух. [142].

ДОДАТОК К

Додаток № 3 до наказу МОЗ України
«Затверджую»
 Заступник Головного лікаря ВОІТНА з мед. захисту
 Куц О.М.
 Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження
 « 30 » листопада 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків.

(Назва пропозиції для впровадження²)

2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

3. Джерело інформації: Масік О.І. Стан загально-адаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків // Український неврологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 86 — 89.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

4. Впроваджено за ДПВ по⁴ ВОІТНА ім. акад. О.І. Пирогова

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

5. Термін впровадження⁴ з 2017 по лютий 2018 р.

6. Загальна кількість випадків 90

7. Ефективність впровадження (скорочення тривалості діагностики, перебування в стаціонарі, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків дозволить виділити групи ризику підлітків, скоротити строки діагностики психосоматичних розладів, підвищити ефективність базисної терапії;

Фактичні: покращує діагностику, запобігає розвитку ускладнень.

Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції⁴:

Відповідальний за впровадження⁴: Т.В. Тарасюк
 зав. відділенням №16

« 29 » листопада 2018 р.

¹ Узагальнені акти провадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Визначення психоемоційного стану у осіб молодого віку
 (Назва пропозиції для впровадження*)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
 (заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Масік О.І., Поніна С.І. Особливості психоемоційного стану у респондентів з вегетативною дисфункцією на прикладі абітурієнтів медичного університету // Український терапевтичний журнал № 1, 2018.-С. 59-63.
 (назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ВОПНЛ ім. О.І. Кузяка
 (назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження⁴ 2018 по листопада 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 90
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: виявлення осіб з психоемоційними розладами, схильних до емоційної дезадаптації, як один із основних донозологічних критеріїв соматичного неблагополуччя, дозволяє вивчення зв'язків між дією психогенних факторів і симптомами психосоматичної патології. А напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів, що виникають при вегетативній дисфункції, потребують певних терапевтичних заходів на ранньому етапі, що у свою чергу дозволяє запобігти розвитку ускладнень;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
 Б) педагогічний процес
 С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції⁴:

Відповідальний за впровадження⁴:

« 29 » листопада 2018 р.

М.В. Пармінська
 О.І. Масік

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України
«Затверджую»
 Заст. *Мухоморова* ВОІТНА з мед. частини
 Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
 « 30 » *листопада* 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Виявлення вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів.

(Назва пропозиції для впровадження²)

2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

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

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по⁴ *ВОІТНА ім. акад. О.І. Пирогова*

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження⁴ *з 2017* по *квітень* 2018 р.

7. Загальна кількість випадків *90*

8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: Оцінка наявних психофізіологічних можливостей організму у формі визначення ресурсів адаптації підлітків із психосоматичними розладами є важливим етапом медико-психологічного супроводу, що дасть змогу обирати адекватні для окремого підлітка стратегії та методи лікувальної тактики та оцінювати динаміку психоемоційного стану протягом всього періоду лікування;

Фактичні: підвищує ефективність діагностики, що дозволить проводити попереджувальні заходи щодо розвитку ускладнень.

9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

10. Зауваження та пропозиції⁴: _____

Відповідальний за впровадження⁴: *Т.В. Тарасіненко*
зав. відділенням №16

« 29 » *листопада* 2018 р.

¹ Узагальнені акти провадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»

Заст. Тарасівська ВОПМЛ з мед. гасіми
Муш. О.М.Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹« 30 » листопада 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика тривожно-депресивних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.

(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

4. Джерело інформації: Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків // Вісник ВНМУ. Т. 20, № 2 2016. - С.390-393.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по ⁴ ВОПМЛ ім. акад. О.Ф. Жолухина

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження ⁴ ВОПМЛ 2017 по жовтень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 908. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: За допомогою клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження досліджено клінічні прояви тривожних та депресивних розладів у структурі психосоматичних порушень у підлітків: встановлено особливості клінічної картини функціональних порушень у вигляді синдромально-завершених депресивних, тривожно-фобічних і конверсійних синдромів;

Фактичні: Запропоноване дослідження дає можливість розробити алгоритм взаємодії, за яким психологічне дослідження в школі, опитування батьків та вчителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб та визначає форми психологічної та медичної профілактики ще на етапі доклінічних проявів захворювання.

Область застосування методу ⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції ⁴:Відповідальний за впровадження ⁴: Тарасівська
зав. відділенням №16« 29 » листопада 2018 р.¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України
«Затверджую»

Заст. Чубенко С.І. ВОПНЛ з мед. частини
Шуш О.М.

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
« 30 » листопада 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Комбінована терапія в лікуванні психосоматичних розладів у підлітків
(Назва пропозиції для впровадження²)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Порівняльна оцінка різнонаправлених підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків // Український терапевтичний журнал № 3, 2017.-С. 79-85.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ВОПНЛ з мед. частини О.І. Шустерко
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження⁴ 2014 по листопад 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 90
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії психосоматичних розладів у підлітків показує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється в цілому нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції⁴: _____

Відповідальний за впровадження⁴: М.І. Масік
« 29 » листопада 2018 р. М.В. Рациборинська

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика тривожно-депресивних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.

(Назва пропозиції для впровадження²)

2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

4. Джерело інформації: Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків // Вісник ВНМУ. Т. 20, № 2 2016. - С.390-393.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ОДКЛ м.Вінниця

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження⁴ 2017 р. по жовтень 2018 р.

7. Загальна кількість випадків 50

8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: За допомогою клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження досліджено клінічні прояви тривожних та депресивних розладів у структурі психосоматичних порушень у підлітків: встановлено особливості клінічної картини функціональних порушень у вигляді синдромально-завершених депресивних, тривожно-фобічних і конверсійних синдромів;

Фактичні: Запропоноване дослідження дає можливість розробити алгоритм взаємодії, за яким психологічне дослідження в школі, опитування батьків та вчителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб та визначає форми психологічної та медичної профілактики ще на етапі доклінічних проявів захворювання.

Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції⁴:

Відповідальний за впровадження⁴: Мисюнага Зимогляд М.І.

« 28 » листопада 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»

Зав. поліклінічним відділенням ВОДКЛ

Кондратюк Л.М.

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹

п « 28 » _____ методика 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Виявлення вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів.

(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

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

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ОДКЛ м.Вінниця

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження⁴ 2017 р. по жовтень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 508. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: Оцінка наявних психофізіологічних можливостей організму у формі визначення ресурсів адаптації підлітків із психосоматичними розладами є важливим етапом медико-психологічного супроводу, що дасть змогу обирати адекватні для окремого підлітка стратегії та методи лікувальної тактики та оцінювати динаміку психоемоційного стану протягом всього періоду лікування;

Фактичні: підвищує ефективність діагностики, що дозволить проводити попереджувальні заходи щодо розвитку ускладнень.

9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

10. Зауваження та пропозиції⁴: _____Відповідальний за впровадження⁴: _____ Зимогляд М.І.

« 28 » _____ методика 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків.

(Назва пропозиції для впровадження²)

2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

3. Джерело інформації: Масік О.І. Стан загально-адаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків // Український неврологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 86 — 89.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

4. Впроваджено за ДПВ по⁴ ОДКЛ м.Вінниця

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

5. Термін впровадження⁴ 2017 р. по жовтень 2018 р.

6. Загальна кількість випадків 50

7. Ефективність впровадження (скорочення тривалості діагностики, перебування в стаціонарі, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків дозволить виділити групи ризику підлітків, скоротити строки діагностики психосоматичних розладів, підвищити ефективність базисної терапії;

Фактичні: покращує діагностику, запобігає розвитку ускладнень.

Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції⁴:

Відповідальний за впровадження⁴: Зимогляд М.І.

« 28 » жовтня 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Комбінована терапія в лікуванні психосоматичних розладів у підлітків
(Назва пропозиції для впровадження²)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Порівняльна оцінка різнонаправлених підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків // Український терапевтичний журнал № 3, 2017.-С. 79-85.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ОДКЛ м.Вінниця
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження⁴ 2017 р. по жовтень 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 50
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії психосоматичних розладів у підлітків показує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється в цілому нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції⁴:

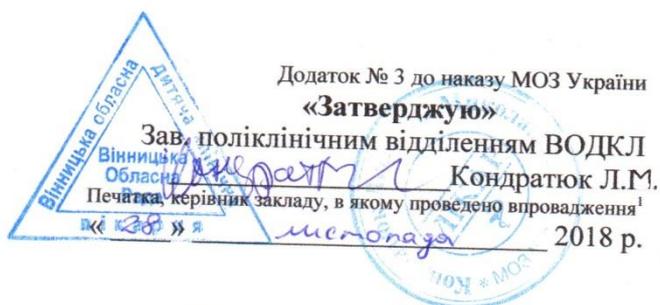
Відповідальний за впровадження⁴: Масік О.І.
Зимогляд М.І.
« 28 » листопада 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Визначення психоемоційного стану у осіб молодого віку
(Назва пропозиції для впровадження²)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Масік О.І., Поніна С.І. Особливості психоемоційного стану у респондентів з вегетативною дисфункцією на прикладі абітурієнтів медичного університету // Український терапевтичний журнал № 1, 2018.-С. 59-63.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по⁴ ОДКЛ м.Вінниця
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження⁴ 2017 р. по жовтень 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 50
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: виявлення осіб з психоемоційними розладами, схильних до емоційної дезадаптації, як один із основних донозологічних критеріїв соматичного неблагополуччя, дозволяє вивчення зв'язків між дією психогенних факторів і симптомами психосоматичної патології. А напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів, що виникають при вегетативній дисфункції, потребують певних терапевтичних заходів на ранньому етапі, що у свою чергу дозволяє запобігти розвитку ускладнень;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції⁴:

Відповідальний за впровадження⁴: Масік О.І.
Зимогляд М.І.

« 28 » листопада 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з науково-педагогічної роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф. д.мед.н. Ю.Й. Гумінський

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
«Метонада» 2018 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**1. Діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків.(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

3. Джерело інформації: Масік О.І. Стан загально-адаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків // Український неврологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 86 — 89.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

4. Впроваджено за ДПВ по ⁴ кафедрі психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

5. Термін впровадження ⁴ вересень 2017 по червень 2018 р.6. Загальна кількість випадків 807. Ефективність впровадження (скорочення тривалості діагностики, перебування в стаціонарі, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);Очікувані: діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків дозволить виділити групи ризику підлітків, скоротити строки діагностики психосоматичних розладів, підвищити ефективність базисної терапії;Фактичні: покращує діагностику, запобігає розвитку ускладнень.Область застосування методу ⁴: А) лікувально-профілактична роботаБ) **педагогічний процес**

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції ⁴:Відповідальний за впровадження ⁴:« 29 » метонада 2018 р.

С.В. Рикова
д.мед.н., проф., зав.кадр.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з науково-педагогічної роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф., д.мед.н. Ю.Й. Гумінський

Печатка керівник закладу, в якому проведено впровадження¹» листопада 2018 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Виявлення вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів.

(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

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

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по⁴ кафедри психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження⁴ вересень 2017 по червень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 808. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: Оцінка наявних психофізіологічних можливостей організму у формі визначення ресурсів адаптації підлітків із психосоматичними розладами є важливим етапом медико-психологічного супроводу, що дасть змогу обирати адекватні для окремого підлітка стратегії та методи лікувальної тактики та оцінювати динаміку психоемоційного стану протягом всього періоду лікування;

Фактичні: підвищує ефективність діагностики, що дозволить проводити попереджувальні заходи щодо розвитку ускладнень.

9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична роботаБ) **педагогічний процес**

С) наукова діяльність

10. Зауваження та пропозиції⁴:Відповідальний за впровадження⁴:

С.В. Пилип
д.мед.н., проф., зав.кадр.

« 29 » листопада 2018 р.¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з науково-педагогічної роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф. д.мед.н. Ю.Й. Гумінський

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹

2018 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Комбінована терапія в лікуванні психосоматичних розладів у підлітків
(Назва пропозиції для впровадження²)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Порівняльна оцінка різнонаправлених підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків // Український терапевтичний журнал № 3, 2017.-С. 79-85.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по ⁴ кафедрі психіатрії і наркології
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження ⁴ березень 2018 по червень 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 80
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії психосоматичних розладів у підлітків показує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється в цілому нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції ⁴:

Відповідальний за впровадження⁴:« 29 » листопада 2018 р.

 д.мед.н., проф., зав.кадр.
¹ Узагальнені акти провадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з науково-педагогічної роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова²

проф. д.мед.н. Ю.Й. Гумінський

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹«мстопрага» 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Визначення психоемоційного стану у осіб молодого віку
(Назва пропозиції для впровадження³)
 2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
 3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
 4. Джерело інформації: Масік О.І., Поніна С.І. Особливості психоемоційного стану у респондентів з вегетативною дисфункцією на прикладі абітурієнтів медичного університету // Український терапевтичний журнал № 1, 2018.-С. 59-63.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
 5. Впроваджено за ДПВ по ⁴ кафедрі психіатрії і наркології
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
 6. Термін впровадження ⁴ вересень 2018 по березень 2018 р.
 7. Загальна кількість випадків 80
 8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: виявлення осіб з психоемоційними розладами, схильних до емоційної дезадаптації, як один із основних донозологічних критеріїв соматичного неблагополуччя, дозволяє вивчення зв'язків між дією психогенних факторів і симптомами психосоматичної патології. А напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів, що виникають при вегетативній дисфункції, потребують певних терапевтичних заходів на ранньому етапі, що у свою чергу дозволяє запобігти розвитку ускладнень;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
 9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
 10. Зауваження та пропозиції ⁴: _____
- Відповідальний за впровадження⁴: _____
« 29 » мстопрага 2018 р. С.В. Гумінський
д.мед.н., проф., зав. каф.
- ¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.
² Заповнюється розробником
³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.
⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з науково-педагогічної роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф. д.мед.н. Ю.Й. Гумінський

Печатка керівник закладу, в якому проведено впровадження¹

« 29 » листопада 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ1. Діагностика тривожно-депресивних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

4. Джерело інформації: Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків // Вісник ВНМУ. Т. 20, № 2 2016. - С.390-393.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по кафедрі психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження вересень 2017 по серпень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 808. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);Очікувані: За допомогою клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження досліджено клінічні прояви тривожних та депресивних розладів у структурі психосоматичних порушень у підлітків: встановлено особливості клінічної картини функціональних порушень у вигляді синдромально-завершених депресивних, тривожно-фобічних і конверсійних синдромів;Фактичні: Запропоноване дослідження дає можливість розробити алгоритм взаємодії, за яким психологічне дослідження в школі, опитування батьків та вчителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб та визначає форми психологічної та медичної профілактики ще на етапі доклінічних проявів захворювання.Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) наукова діяльність

8. Зауваження та пропозиції⁴:Відповідальний за впровадження⁴:

 С.В. Рышко
 д.мед.н., проф., зав. каф.

« 29 » листопада 2018 р.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з наукової роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф., д.мед.н. О.В. Власенко

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹

2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика тривожно-депресивних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.

(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

4. Джерело інформації: Масік О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків // Вісник ВНМУ. Т. 20, № 2 2016. - С.390-393.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по кафедри психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження вересень 2018 по вересень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 808. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);

Очікувані: За допомогою клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження досліджено клінічні прояви тривожних та депресивних розладів у структурі психосоматичних порушень у підлітків: встановлено особливості клінічної картини функціональних порушень у вигляді синдромально-завершених депресивних, тривожно-фобічних і конверсійних синдромів;

Фактичні: Запропоноване дослідження дає можливість розробити алгоритм взаємодії, за яким психологічне дослідження в школі, опитування батьків та вчителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб та визначає форми психологічної та медичної профілактики ще на етапі доклінічних проявів захворювання.

Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) **наукова діяльність**8. Зауваження та пропозиції⁴:Відповідальний за впровадження⁴:

О.В. Радеборкська-Полікова, доцент

« 29 » листопада 2018 р.¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з наукової роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф., д.мед.н. О.В. Власенко

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Виявлення вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів.

(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

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

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

5. Впроваджено за ДПВ по ⁴кафедрі психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

6. Термін впровадження ⁴вересень 2017 по вересень 2018 р.7. Загальна кількість випадків 808. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: Оцінка наявних психофізіологічних можливостей організму у формі визначення ресурсів адаптації підлітків із психосоматичними розладами є важливим етапом медико-психологічного супроводу, що дасть змогу обирати адекватні для окремого підлітка стратегії та методи лікувальної тактики та оцінювати динаміку психоемоційного стану протягом всього періоду лікування;Фактичні: підвищує ефективність діагностики, що дозволить проводити попереджувальні заходи щодо розвитку ускладнень.9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) **наукова діяльність**10. Зауваження та пропозиції ⁴:Відповідальний за впровадження⁴:

А.В. Разуборська-Толяльова, доцент

« 29 » листопада 2018 р.¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з наукової роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф., д.мед.н. О.В. Власенко

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
_____ 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Комбінована терапія в лікуванні психосоматичних розладів у підлітків
(Назва пропозиції для впровадження²)
2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
3. 21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.
(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)
4. Джерело інформації: Рациборинська-Полякова Н.В., Масік О.І. Порівняльна оцінка різнонаправлених підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків // Український терапевтичний журнал № 3, 2017.-С. 79-85.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)
5. Впроваджено за ДПВ по⁴ кафедрі психіатрії і наркології
(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)
6. Термін впровадження⁴ вересень 2017 по червень 2018 р.
7. Загальна кількість випадків 80
8. Ефективність впровадження (скорочення тривалості перебування в стаціонарі, діагностики, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);
Очікувані: Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії психосоматичних розладів у підлітків показує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється в цілому нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення;
Фактичні: підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку ускладнень.
9. Область застосування методу⁴: А) лікувально-профілактична робота
Б) педагогічний процес
С) наукова діяльність
10. Зауваження та пропозиції⁴: _____

Відповідальний за впровадження⁴:

« 29 » листопада 2018 р.


 Н.В. Раціборинська-Полякова, доцент
¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.

Додаток № 3 до наказу МОЗ України

«Затверджую»Проректор з наукової роботи
ВНМУ ім. М.І.Пирогова

проф. д.мед.н. О.В. Власенко

Печатка, керівник закладу, в якому проведено впровадження¹
«*80*» *листопада* 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків.(Назва пропозиції для впровадження²)2. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Масік О.І.

(заклад розробник, поштова адреса, П.І.П. авторів)

3. Джерело інформації: Масік О.І. Стан загально-адаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків // Український неврологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 86 — 89.

(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, винаходи, дані статті)

4. Впроваджено за ДПВ по ⁴ кафедрі психіатрії і наркології

(назва лікувально-профілактичного закладу, відділу)

5. Термін впровадження ⁴ вересень 2018 по червень 2018 р.6. Загальна кількість випадків 807. Ефективність впровадження (скорочення тривалості діагностики, перебування в стаціонарі, тимчасової непрацездатності, економічний ефект та інші показники);Очікувані: діагностика дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків дозволить виділити групи ризику підлітків, скоротити строки діагностики психосоматичних розладів, підвищити ефективність базисної терапії;Фактичні: покращує діагностику, запобігає розвитку ускладнень.Область застосування методу ⁴: А) лікувально-профілактична робота

Б) педагогічний процес

С) **наукова діяльність**8. Зауваження та пропозиції ⁴:Відповідальний за впровадження ⁴:*М.В. Гациборицька-Полєкова, доцент*« 29 » листопада 2018 р.¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам. Зав. відділом охорони здоров'я.² Заповнюється розробником³ Тільки з пропозиції, включених в державний план впровадження.⁴ Заповнюється установою, в якій проводилось впровадження.