



О. І. МАСІК

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Комплексний підхід до ранньої діагностики психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями

Мета — розробити комплекс психодіагностичних заходів для преморбідного виявлення психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 329 підлітків. Застосовували клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, патопсихологічні, катамнестичний і статистичний методи дослідження.

Результати. Майже половина обстежених (155 (47,11 %) осіб) мали скарги психосоматичного характеру. Встановлено наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між впливом стресового чинника і вираженістю скарг з боку травної ($r=0,83$; $p<0,05$), серцево-судинної ($r=0,74$; $p<0,05$) та нервової ($r=0,61$; $p<0,05$) системи. Анкетування з використанням шкали «Термометр» найчастіше виявляло завищену самооцінку у підлітків із тривожно-фобічним синдромом, занижену — за наявності депресивного синдрому. Порушення механізмів особистісної адаптації найчастіше фіксували при невротичному і астенічному синдромах та поєднанні декількох синдромів, у підлітків із конверсивним і депресивним синдромом. Найвищий рівень депресії відзначено у підлітків, які висували скарги з боку декількох систем (60,71 %), а також при респіраторних розладах (55,56 %) і шлунково-кишковому симптомокомплексі (53,33 %). Аналіз шкільної тривожності виявив високий рівень тривожності у групі з респіраторним симптомокомплексом (11,11 %), при поєднанні декількох синдромів (7,14 %) і за наявності невротичного симптомокомплексу (6,82 %). Установлено, що школярі старшого підліткового віку, зокрема дівчатка ($46,59 \pm 10,20$ бала) та підлітки-сироти ($35,56 \pm 6,10$ бала) мали найвищий рівень тривожності за опитувальником Ч.Д. Спілбергера (у модифікації А.Д. Андреевої). Психологічне дослідження у школі, опитування батьків та учителів дає змогу об'єктивно сформувати групи дезадапованих підлітків, яким у подальшому рекомендовано психопрофілактику психосоматичної патології. Обґрунтовано та розроблено етапність діагностики психічних розладів у 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.

Висновки. У підлітків виявлено симптоми психосоматичної патології, які клінічно виявляються мінливими соматичними ознаками: біль у ділянці шлунка, грудній клітці та суглобах, моторним напруженням, перебоями в роботі серця, парестезіями за відсутності соматичної патології, демонстративною поведінкою, дратівливістю, зниженням фізичної та розумової активності, відчуттям тривоги, занепокоєння, проблемою із концентрацією, головним болем та порушенням сну. Клініко-психопатологічну симптоматику у підлітків із психосоматичними розладами виявляли з різною частотою залежно від віку та соціального походження. Вона була представлена такими синдромами: конверсивним, тривожно-фобічним, депресивним, тривожно-дисфоричним, соматизованим зі змішаним афектом, астенічним з статистично значущою різницею ($p<0,05$) для усіх випадків. Виявлено статистично значущо ($p<0,05$) більшу частоту психопатологічних синдромів у групах середнього і старшого підліткового віку та підлітків із неповної сім'ї. Статистично значущо ($p<0,001$) частіше фіксували депресивний синдром в осіб холеричного темпераменту (56,25 %), астенічний — у пацієнтів сангвіністичного (42,6 %) і холеричного темпераменту (30,0 %), тривожно-фобічний і конверсивний — з однаковою частотою при всіх типах темпераменту. Встановлено, що чинниками ризику формування дезадаптації (68,5 % підлітків) є депресивний синдром, емоційна нестійкість, астенічний синдром. Особистісні особливості підлітків із психосоматичним розладом характеризуються більшою частотою виявів іпохондричності (у 38,71 %). Апатичність як властивість особистості незалежно від наявності психосоматичного розладу підліткам не притаманна.

Ключові слова: психічні розлади, соматичні захворювання, психосоматичні розлади, підлітки.

© О. І. Масік, 2020

Психічні та соматичні процеси в організмі людини взаємопов'язані. Психічні розлади можуть бути провідниками соматичних захворювань, а соматичні хвороби — передувати психічним розладам. У разі порушення злагодженої роботи системи організму в деяких випадках можлива поява тяжких захворювань. Психічні розлади не спричиняють органічних захворювань внутрішніх органів, але останні можуть бути причиною психічних розладів. Нині відсутні переконливі дані щодо можливості структурних ушкоджень внутрішніх органів, причиною яких є психічні розлади [1].

У пацієнтів підліткового віку, які мають соматичні захворювання, нерідко виявляють поєднання соматичних та психічних захворювань, що збільшує частоту і тяжкість, ускладнює діагностику, погіршує прогноз коморбідних соматичних захворювань, знижує працездатність та якість життя часто більшою мірою, ніж хвороби внутрішніх органів [2]. Психічні розлади можуть виявлятися симптомами, схожими на клініку соматичних хвороб, або значною мірою впливати на вираженість соматичних симптомів, задоволеність лікуванням і прихильність пацієнтів до лікування. Виявлено зв'язок депресії з больовим синдромом. Такий вплив психічних розладів на самопочуття пацієнта, його функціональний стан відбивається на витратах служби охорони здоров'я і становить значущу медичну проблему [4].

Слід також урахувати когнітивно-емоційний дисбаланс у стосунках між дітьми та батьками, який призводить до формування соматоформних порушень і, як наслідок, — розвитку психосоматичних захворювань [7].

Для ефективного ведення пацієнтів із психічними розладами необхідно істотно поліпшити навчання лікарів-непсихіатрів і розробити рекомендації щодо ведення психічних розладів у пацієнтів із соматичними захворюваннями. Діагностика та лікування психічних розладів є великою проблемою для інтерністів, які отримують недостатню підготовку в період додипломного і післядипломного навчання [1].

Мета роботи — розробити комплекс психодіагностичних заходів для преморбідного виявлення психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями.

Матеріали і методи

Проведено комплексне обстеження 329 підлітків під час медичного огляду в Хмельницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Хлопчиків було 163 (49,54%), дівчаток — 166 (50,46%). Середній вік пацієнтів становив $(14,0 \pm 2,0)$ року.

Розподіл респондентів за віком був таким: молодший підлітковий (10—14 років) — 181 (55,02%), середній шкільний (15—16 років) — 94 (28,57%), старший підлітковий або юнацький вік (17—18 років) — 54 (16,41%). Із пацієнтів 198 (60,18%)

проживали у повній сім'ї, 56 (17,02%) — у неповній сім'ї, 75 (22,80%) були сиротами.

У дослідженні взяли участь підлітки віком від 10 до 18 років. До початку обстеження школярі та обоє батьків/опікуни були ознайомлені з протоколом дослідження та підписали інформовану згоду.

Діагноз психосоматичного розладу встановлювали згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду.

Проведено клінічне інтерв'ю (клініко-психопатологічний метод) з усіма респондентами. Використано такі методики: Г. Айзенка, тест-опитувальник батьківського ставлення (Г. Я. Варга, В. В. Столін), карту спостережень Д. Стотта, шкалу оцінки настрою (ШОН), шкалу «Термометр», опитувальник депресії CDI М. Kovacs, шкалу тривожності Ч. Д. Спілбергера (у модифікації А. Д. Андреєвої), методику тривожності Спілбергера — Ханіна, шкільної тривожності Б. Філіпса.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistica 5.5.

Результати та обговорення

За результатами опитування виявлено, що підлітки скаржилися на загальну слабкість, зниження працездатності, головний біль, астенію, агрипнію, зниження настрою, емоційну лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивну поведінку, тремор верхніх і нижніх кінцівок, зниження уваги. Після ретельного клінічного дообстеження і заперечення органічної патології встановлено наявність психосоматичних розладів. Ці розлади групували залежно від провідного синдрому (таблиця).

Конверсивний синдром характеризувався відчуттям наявності «грудки» у горлі, «істеричним клубком», «невротичним шоломом» з елементами «умовної бажаності», різноманітними больовими відчуттями («як ніж застромлять», пекучий біль, «як розпечений метал»). Ці скарги найчастіше виявляли у дітей молодшого підліткового віку (3,5%), з повної сім'ї (4,0%) та підлітків-сиріт (3,0%) зі статистично значущою різницею для усіх випадків ($p < 0,05$).

У разі тривожно-фобічного синдрому мали місце скарги на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжують тривогу та страх. Їх відмітною ознакою була «кондиціональність» — виникнення у специфічній ситуації. Зазначені симптоми виявлено в 1,49% дітей середнього підліткового віку та 1,0% підлітків із неповної сім'ї.

За наявності депресивного синдрому підлітки скаржилися на тяжкість на серці, в тілі, загруднинний біль, вегетативні порушення, відчуття внутрішнього тремтіння, вегетативної активації (серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання тощо), відчуття тиску та печіння. Ці симптоми мали зв'язок із коливанням афекту у вигляді циркадного ритму. Зазначений синдром діагностовано у 4,98%

Т а б л и ц я
Психопатологічні розлади залежно від віку та соціального походження підлітків, %

Синдром	Вік			Походження		
	Молодший підлітковий	Середній шкільний	Старший підлітковий	Повна сім'я	Неповна сім'я	Сирота
Конверсивний	41,27	27,87	0	37,80	22,5	15,15
Тривожно-фобічний	17,46	27,87	19,35	15,85	35,0	21,21
Депресивний	9,52	16,39	29,03	7,32	15,0	39,39
Тривожно-дисфоричний	6,06	0	0	0	5,88	0
Соматизований зі змішаним афектом	1,59	1,64	3,23	3,66	0	0
Астенічний симптомокомплекс	26,98	26,23	48,39	36,59	25,0	24,24

сирит, 2,99% дітей середнього підліткового віку, у молодшого і старшого підліткового віку та підлітків із повної сім'ї (по 2,48%). Різниця була статистично значущою для всіх груп порівняння ($p < 0,05$).

Астенічний симптомокомплекс виявлявся лабільністю артеріального тиску і пульсу, порушенням секреторної та моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалим субфебрилітетом, загальною слабкістю, зниженням працездатності, головним болем, астеною, психогенною лихоманкою в осіб середнього підліткового віку (9,98%), старшого підліткового віку (5,87%), підлітків з неповної сім'ї (7,47%) і сирит (7,78%).

Соматизований зі змішаним афектом синдром діагностували у разі поєднання психо вегетативних порушень, астеничних чи дистимічних виявів або за неможливості визначити провідну психопатологічну симптоматику.

Аналіз частоти соматизованих психопатологічних розладів залежно від віку респондентів та їх соціального походження виявив, що статистично значущо частіше зазначені синдроми траплялися у групах осіб середнього та старшого підліткового віку (92 (58,06%)) і підлітків із неповної сім'ї (40 (25,81%)).

Виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок між впливом стресового чинника і вираженістю скарг з боку травної ($r = 0,83$, $p < 0,05$), серцево-судинної ($r = 0,74$, $p < 0,05$) та нервової системи ($r = 0,61$, $p < 0,05$). Порушення травної функції за дії стресового чинника корелювало також з наявністю розладів нервової системи ($r = 0,79$, $p < 0,05$). Таким чином, між впливом стресора та порушеннями з боку внутрішніх органів наявний статистично значущий кореляційний зв'язок, що свідчить про важливу роль стресового чинника в патогенезі психосоматичних виявів.

Темперамент значною мірою впливає на формування багатьох важливих рис та здібностей, у звичній ситуації регулює поведінку людини та допомагає адаптуватися [5]. Так, статистично значущо ($p < 0,001$) частіше виявляли депресивний синдром в осіб холеричного темпераменту (56,25%),

астенічний — у сангвініків (42,6%) і холериків (30,0%), тривожно-фобічний і конверсивний синдром — з однаковою частотою в осіб з різними типами темпераменту. Отже, в осіб холеричного та флегматичного темпераменту низку індивідуальних характеристик особистості можна розглядати як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань, які починають розвиватися в дитячому і підлітковому віці. Обстежуючи підлітків, можна говорити лише про акцентованість рис характеру, які виявляються в окремих випадках, що не призводить до соціальної дезадаптації [3].

За допомогою методики вивчення батьківських стосунків (Г.Я. Варги та В.В. Століна) досліджували вплив сім'ї на перебіг негативних психічних станів школярів. Найпоширенішим типом батьківського ставлення в усіх групах підлітків була «кооперація», що вважається оптимальним батьківським ставленням. Наявність кардіального синдрому в клінічній картині змінює тип батьківського ставлення, зосереджуючи увагу на контролі за здоров'ям підлітка.

Використання шкали «Термометр» дало змогу визначити найбільшу кількість осіб із завищеною самооцінкою серед підлітків із тривожно-фобічним синдромом, із заниженою самооцінкою — серед пацієнтів із депресивним синдромом, що негативно впливає на розвиток особистості. Завищену самооцінку можна трактувати як гіперкомпенсаторний варіант механізму психологічного захисту, зняття підвищеної тривожності та психічної дезадаптації.

За наявності ознак соматичної патології у підлітків найчастіше виявляли загальне зниження настрою, високий рівень виснаження, відчуття самотності, агресивну поведінку, негативізм та підвищений рівень тривожності. Найвищі показники за шкалою самопочуття, активності та задоволення минулим етапом зареєстрували у підлітків із симптомами ураження дихальних шляхів (від $(17,14 \pm 0,24)$ до $(16,79 \pm 0,27)$ бала) зі статистично значущою ($p < 0,05$) відмінністю від інших груп. Отже, за наявності респіраторного симптомокомплексу у школярів мала місце завищена самооцінка, що може бути виявом психічної дезадаптації.

Натомість у підлітків з астенічним синдромом чи поєднанням декількох симптомокомплексів виявлено занижену самооцінку, що можна розцінити як емоційне виснаження.

Порушення механізмів особистісної адаптації найчастіше фіксували при невротичному і астенічному синдромах та поєднанні декількох синдромів, у підлітків із конверсивним та депресивним синдромами. Крім того, у цих групах найчастіше відзначали коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів. Найбільшу кількість дезадаптованих підлітків виявлено за наявності депресивного, тривожно-фобічного і астенічного синдрому.

За шкалою CDI M. Kovacs найвищий рівень депресії відзначено у підлітків, які висували скарги з боку декількох систем (60,71%), а також при респіраторних розладах (55,56%) і шлунково-кишковому симптомокомплексі (53,33%). При цьому найчастіше реєстрували загальне зниження настрою, високий рівень виснаження та відчуття самотності, агресивну поведінку, високий негативізм та підвищення тривожності.

Найбільш виражену депресивність виявлено в групі підлітків із депресивним синдромом (3,3 бала за вираженістю депресивних ознак — рівень субдепресії), найменшу депресивність — при соматизованому зі змішаним афектом і астенічному синдромі (1,0 бал за вираженістю депресивних ознак — без депресії). При інших психопатологічних синдромах встановлено легке зниження настрою (2,0 бала за вираженістю депресивних ознак).

За тестом Б. Філіпса високий показник тривожності зареєстровано в групі з респіраторним симптомокомплексом (11,11%), поєднанням декількох синдромів (7,14%) і невротичним симптомокомплексом (6,82%). Завдяки тому, що методика Б. Філіпса дає змогу оцінити 8 чинників шкільної тривожності, встановлено статистично значущий ($p < 0,05$) зв'язок між високим рівнем страху та переживанням соціального стресу ($r = 0,63$), страхом невідповідності очікуванням оточуючих ($r = 0,54$) та проблемами і страхами у стосунках із учителями ($r = 0,41$) у групі з невротичним симптомокомплексом.

За опитувальником Ч. Д. Спілбергера (у модифікації А. Д. Андрєєвої) виявили найвищий рівень тривожності у школярів старшого підліткового віку, зокрема дівчаток ((46,59 ± 10,20) бала) та підлітків-сиріт ((35,56 ± 6,10) бала). Установлено, що у підлітків із шлунково-кишковими розладами, астенічним синдромом чи поєднанням декількох синдромів на різну за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, яка належить до категорії високотривожної. Так, виражену особистісну тривожність виявлено у підлітків із респіраторними розладами (33,33%), при поєднанні декількох синдромів (25,0%), а значну реактивну тривожність — при астенічному синдромі (28,57%) та поєднанні симптоматиці (32,14%). Найвищу особистісну тривожність зафіксували в групі з тривожно-фобічним

(21,6 бала), конверсивним (21,0 бал), депресивним (20,7) та астенічним (20,13) синдромом.

Особистісна та реактивна пізнавальна активність були найнижчими у підлітків з респіраторними розладами (по 11,11%) та у разі поєднання синдромів (10,71 і 3,57% відповідно). Особистісні негативні емоційні переживання, виражені в балах, в усіх досліджуваних групах відповідали підвищеному та високому рівню емоцій переважно за наявності шлунково-кишкових розладів і астенічного синдрому ($p < 0,01$ порівняно зі здоровими особами). Реактивні негативні емоційні переживання найвищими були в осіб зі шлунково-кишковими розладами (80,0%), астенічним синдромом і поєднанням декількох синдромів (по 71,43%). Пізнавальна діяльність особистості, процес оволодіння знаннями та уміннями завжди супроводжуються потребою особистості в регуляції позитивними або негативними емоційними переживаннями, оскільки є значущими детермінантами. Часта потреба у швидкому пристосуванні до нових умов поведінки та інші супутні проблеми є причиною виникнення і розвитку негативних емоційних виявів, серед яких особливе місце посідає тривожність.

Виражена тривожність, негативні емоційні переживання, які поєднувались із високою пізнавальною активністю, виявлено у підлітків з астенічним синдромом, розладами системи травлення і поєднанням декількох синдромів, а також при конверсивному, тривожно-фобічному та депресивному синдромі, що може маскувати клінічні вияви захворювання, а на тлі дезадаптації — рухове збудження. Зазначені порушення можуть виявлятися розладами поведінки. За таких умов тривожність може відігравати позитивну роль, оскільки сприяє концентрації енергії, мобілізації резервів організму та особистості для подолання можливих труднощів. З іншого боку, ситуативна тривожність може бути основним дезактиватором діяльності, формуючи підґрунтя для розвитку невпевненості, зниження мотивації [6]. Високий рівень тривожності заважає адаптаційним процесам, підвищуючи показник дезадаптації.

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

На підставі отриманих результатів нами розроблений алгоритм, який передбачає оцінку психічного стану підлітків, впровадження ранньої діагностики та профілактики чинників впливу на всіх рівнях надання медичної допомоги (рисунки).

На етапі первинної медичної допомоги алгоритм передбачає скринінг чинників негативно-го впливу на психічний стан підлітка за допомогою «Анкети оцінки стану здоров'я підлітка»,



Рисунок. Алгоритм діагностичного пошуку на етапі первинної медичної допомоги

опитувальника Г. Айзенка, тесту-опитувальника батьківського ставлення Г. Я. Варга і В. В. Століна, шкали «Оцінка настрою», шкали самооцінки «Термометр», карти спостережень Д. Стотта. Підліткам, у яких в результаті скринінгу не виявлено чинники ризику, надається консультативна підтримка для дотримання здорового способу життя.

У разі виявлення провокуючих до розвитку психосоматичних розладів чинників слід провести додаткове опитування за шкалами депресії CDI М. Ковача, тривожності Ч. Д. Спілбергера (у модифікації А. Д. Андрєвої), тривожності Спілбергера — Ханіна, шкільної тривожності Б. Філіпса, результати якого інтерпретує психіатр. У разі відсутності психічних порушень розробляють індивідуальну програму нівелювання чинників розвитку психосоматичних розладів за участю педагога і шкільного психолога.

Висновки

У підлітків виявлено симптоми психосоматичної патології, які клінічно виявляються мінливими соматичними ознаками: біль у ділянці шлунка, грудній клітці та суглобах, моторним напруженням (епігастральний дискомфорт, діарея, метеоризм, дизурія, задишка за відсутності навантаження), перебоями в роботі серця, парестезіями за відсутності соматичної патології, демонстративною поведінкою, дратівливістю, зниженням фізичної та розумової активності, відчуттям тривоги, занепокоєння, проблемою із концентрацією, головним болем та порушенням сну.

Клініко-психопатологічну симптоматику у підлітків із психосоматичними розладами виявляли з різною частотою залежно від віку та соціального походження. Вона була представлена такими синдромами: конверсивним (у 41,27% осіб молодшого підліткового віку, 37,80% підлітків з повної сім'ї), тривожно-фобічним (у 27,87% пацієнтів середнього підліткового віку, 35,0% підлітків із неповної сім'ї), депресивним (у 17,71% осіб середнього підліткового віку, 29,03% — старшого підліткового віку та 39,39% сиріт), тривожно-дисфоричним (у 6,06% пацієнтів молодшого підліткового віку, 5,88% підлітків із неповної сім'ї), соматизованим зі змішаним афектом (у 3,23% осіб старшого підліткового віку, 3,66% підлітків із повної сім'ї), астенічним (у 48,39% пацієнтів віком 17—18 років та 36,59% підлітків із повної сім'ї) зі статистично значущою різницею ($p < 0,05$) для усіх випадків.

Виявлено статистично значущо ($p < 0,05$) більшу частоту психопатологічних синдромів у групах середнього і старшого підліткового віку та підлітків із неповної сім'ї. Статистично значущо ($p < 0,001$) частіше виявляли депресивний синдром в осіб холеричного темпераменту (56,25%), астенічний — у пацієнтів сангвіністичного (42,6%) і холеричного темпераменту (30,0%), тривожно-фобічний і конверсивний — з однакою частотою при всіх типах темпераменту.

Установлено, що чинниками ризику формування дезадаптації (68,5% підлітків) є депресивний синдром, емоційна нестійкість, астенічний

синдром. Особистісні особливості підлітків із психосоматичним розладом характеризуються більшою частотою виявів іпохондричності (у 38,71%). Апатичність як властивість особистості незалежно від наявності психосоматичного розладу підліткам не притаманна.

Обґрунтовано та розроблено етапність діагностики психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями: 1) скринінг за допомогою

Конфлікту інтересів немає.

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.

Перспективи подальших досліджень. Слід розробити рекомендації щодо психокорекції підлітків із психосоматичними розладами.

Література

1. Беялов Ф. И. Психосоматика. — 8-е изд. — М.: Гэотар-медиа, 2019. — 360 с.
2. 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.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков // Психология индивидуальных различий: тексты / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтера. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — С. 288—318.
4. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі // 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
5. Огороднійчук З. В., Клименко В. В. Особливості темпераменту підлітків з легкою розумовою відсталістю // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. — К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. — Вип. 26. — С. 352—357.
6. Ольховецький С. М. Вплив страху на стосунки з товаришами, колегами та підлеглими у підлітковому та юнацькому віці // Актуальні проблеми психології: 36. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С. Д., Карамушки Л. М.-К.: Міленіум, 2003. — Т. 1, ч. 9. — С. 75—78.
7. Пилягина Г. Я. Понятие когнитивно-эмоционального дисбаланса (дефицита) и его значение в патогенезе психической патологии и саморазрушающего поведения // Укр. вісн. психоневрол. — 2017. — Т. 25, вип. 2 (91). — С. 65—69.

О. И. МАСИК

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Комплексный подход к ранней диагностике психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями

Цель — разработать комплекс психодиагностических мероприятий для преморбидного выявления психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 329 подростков. Применяли клиничко-психопатологический, социально-демографический, патопсихологические, катamnестический и статистический методы исследования.

Результаты. Почти половина обследованных (155 (47,11%) лиц) имели жалобы психосоматического характера. Установлено наличие статистически значимых корреляционных связей между воздействием стрессового фактора и выраженностью жалоб со стороны пищеварительной ($r=0,83$; $p<0,05$), сердечно-сосудистой ($r=0,74$; $p<0,05$) и нервной ($r=0,61$; $p<0,05$) системы. Анкетирование с использованием шкалы «Термометр» чаще выявляло завышенную самооценку у подростков с тревожно-фобическим синдромом, заниженную — при наличии депрессивного синдрома. Нарушение механизмов личностной адаптации чаще всего фиксировали при невротическом и астеническом синдроме и сочетании нескольких синдромов, у подростков с конверсивным и депрессивным синдромом. Наиболее высокий уровень депрессии отмечен у подростков, которые предъявляли жалобы со стороны нескольких систем (60,71%), а также при респираторных расстройствах (55,56%) и желудочно-кишечном симптомокомплексе (53,33%). Анализ школьной тревожности выявил высокий уровень тревожности в группе с респираторным симптомокомплексом (11,11%), при сочетании нескольких синдромов (7,14%) и наличии невротического симптомокомплекса (6,82%). Установлено, что школьники старшего подросткового возраста, в частности девочки ((46,59 ± 10,20) балла) и подростки-сироты ((35,56 ± 6,10) балла) имели высокий уровень тревожности согласно опроснику Ч. Д. Спилбергера (в модификации А. Д. Андреевой). Психологическое исследование в школе, опрос родителей и учителей позволяют объективно сформировать группы дезадаптированных подростков, которым в дальнейшем рекомендована психопрофилактика психосоматической патологии. Обоснована и разработана этапность диагностики психических расстройств у подростков с соматическими заболеваниями: 1) скрининг с помощью клиничко-психологического исследования для выявления лиц со склонностью к психосоматическим нарушениям, 2) рандомизация с помощью клиничко-психологических методик для диагностики клинических особенностей психических расстройств в группе риска.

Выводы. У подростков выявлены симптомы психосоматической патологии, которые клинически проявляются изменяющимися соматическими признаками: болью в области желудка, грудной клетке и суставах, моторным напряжением, перебоями в работе сердца, парестезиями при отсутствии соматической патологии, демонстративным поведением, раздражительностью, снижением физической и умственной активности, чувством тревоги, беспокойства, проблемой с концентрацией, головной болью и нарушениями сна. Клинико-психопатологическую симптоматику у подростков с психосоматическими расстройствами выявляли с разной частотой в зависимости от возраста и социального происхождения. Она была представлена следующими синдромами: конверсивным, тревожно-фобическим, депрессивным, тревожно-дисфорическим, соматизированным со смешанным аффектом, астеническим со статистически значимой разницей ($p < 0,05$) для всех случаев. Выявлена статистически значимо ($p < 0,05$) большая частота психопатологических синдромов в группах среднего и старшего подросткового возраста и подростков из неполной семьи. Статистически значимо ($p < 0,001$) чаще фиксировали депрессивный синдром у лиц холерического темперамента (56,25%), астенический — у пациентов сангвинистического (42,6%) и холерического темперамента (30,0%), тревожно-фобический и конверсивный — с одинаковой частотой при всех типах темперамента. Установлено, что факторами риска формирования дезадаптации (68,5% подростков) являются депрессивный синдром, эмоциональная неустойчивость, астенический синдром. Личностные особенности подростков с психосоматическим расстройством характеризуются большей частотой проявлений ипохондричности (у 38,71%). Апатичность как свойство личности независимо от наличия психосоматического расстройства подросткам не присуща.

Ключевые слова: психические расстройства, соматические заболевания, психосоматические расстройства, подростки.

O. I. MASIK

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Complex approach to early diagnostics of mental disorders in adolescents with somatic diseases

Objective — to create a set of psychodiagnostic measures for premorbid detection of mental disorders of adolescents with somatic illness.

Methods and subjects. Complex examination of 329 adolescent has been carried out. Clinical-psychopathological, socio-demographic, pathopsychological, follow-up and statistical research methods were applied.

Results. The studies found that almost half of those adolescent (155 people, 47.11%) had psychosomatic complaints, as well as the presence of significant correlations between the influence of stress and the severity of complaints about the digestive system ($r=0,83$; $p<0,05$), cardiovascular ($r=0,74$; $p<0,05$) and nervous system ($r=0,61$; $p<0,05$) disorders. Questionnaire «Thermometer» scale more often showed overestimated self-esteem in adolescents with anxiety-phobic syndrome, and underestimated — in depressive syndrome. The investigation of the level of depression revealed the highest level in adolescents who complained of several systems (60.71%), as well as respiratory disorders (55.56%) and gastrointestinal symptom complex (53.33%). The analysis of school anxiety showed a high level of anxiety in the group with respiratory symptom complex (11.11%), with a combination of several syndromes (7.14%) and with neurotic symptom complex (6.82%). Results of a studying of anxiety in adolescents by Ch. D. Spielberger questionnaire (modified by AD Andreeva) indicate that schoolchildren of older adolescence, including girls (46.59 ± 10.20 points), and orphans (35.56 ± 6.10 points) have the highest level of anxiety. According to this, psychological research at school, surveys of parents and teachers objectively form groups of maladapted adolescents, who are then recommended to have psychoprophylaxis of psychosomatic pathology. The stages of diagnostics of mental disorders in adolescents with somatic diseases have been substantiated and developed: 1) screening using clinical and psychological research to identify persons with a tendency to psychosomatic disorders, 2) randomization using clinical and psychological techniques to diagnose the clinical features of mental disorders in the risk group.

Conclusions. Adolescents have symptoms of psychosomatic pathology, which are clinically manifested in the form of variable somatic signs — stomachache, pain in chest and joints; motor tension; heart failure; paresthesia in the absence of somatic pathology; demonstrative behavior, irritability, decreased physical and mental activity, feelings of anxiety, worry, difficulty concentrating, headaches and sleep disturbances. Clinical and psychopathological symptoms in adolescents with psychosomatic disorders were manifested with varying frequency depending on age and social origin and are represented by the following syndromes: convertible, anxiety-phobic, depressed, anxiety-dysphoric, somatized with mixed affect, asthenic with a significant difference for all cases ($p < 0.05$). Significantly ($p < 0.05$) higher frequency of psychopathological syndromes was found in the groups of middle and older adolescents, as well as adolescents from single-parent families. Significantly ($p < 0.001$) depressive syndrome was more common in people with choleric temperament (56.25%), asthenic — in sanguine (42.6%) and choleric temperament (30.0%), and anxiety-phobic and conversion syndromes were defined evenly with all types of temperament. It was established that the risk factors of the formation of maladaptation (68.5% of adolescents) are: depressive syndrome, emotional instability, asthenic syndrome. Personal characteristics of adolescents with psychosomatic disorders are characterized by a higher frequency of hypochondria — 38.71%. At the same time, apathy, as a property of personality, regardless of the presence of psychosomatic disorders is not inherent in adolescents.

Key words: mental disorders, somatic diseases, psychosomatic disorders, adolescents.