

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
Дитяча клінічна лікарня № 6, Київ

**Вивчено вплив медико-психологічного супроводу на психофізичний стан підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Проаналізовано соціальні фактори, особливості внутрішньої картини хвороби та якість життя підлітків. Виявлено, що на момент виписки у пацієнтів, які брали участь у психотерапевтичному процесі, показники психофізичного стану були кращими порівняно з тими, які мали підлітки, що проходили звичайний (медикаментозний) курс лікування. Це вказує на необхідність медико-психологічного супроводу підлітків, які перебувають на стаціонарному лікуванні, для швидшого та ефективнішого покращання їхнього соматичного і психологічного стану.**

*Ключові слова:* медико-психологічний супровід, психотерапія, соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, психофізичний стан, соціальна підтримка, якість життя.

Тридцять років тому у DSM-III з'явилася категорія соматоформних розладів (СР), відтоді експертам важко дійти згоди щодо неї. Особливо це стосується педіатричної практики, адже у спеціалістів часто виникає чимало питань щодо критеріїв діагностики та власне відповідності діагнозу СР у дітей та підлітків [1]. Незважаючи на це, більшість дослідників вважають критерії DSM-IV для СР відповідними як для дорослих, так і для дітей та підлітків, хоча із незначними поправками [2, 3]. Враховуючи це, а також використання лікарями у клінічній практиці на теренах нашої країни МКХ-10, діагностика СР і у дорослих, і у підлітків ґрунтується на її критеріях.

Симптоматика СР широко трапляється у педіатричній практиці [1]. У багатьох дослідженнях було виявлено, що близько 24% обстежених дітей та підлітків віком від 2 до 17 років висловлюють численні скарги, які вказують на наявність СР, при цьому симптоми з'являються раз на два тижні або навіть щотижня. Інколи симптоматика є вираженою та стійкою, порушує життєдіяльність підлітків, впливаючи на їхню здатність виконувати свої щоденні обов'язки, та погіршує адаптацію до умов оточуючого світу [3].

Загалом СР визначають як повторювані соматичні симптоми, які потребують проведення медичних обстежень пацієнтів, незважаючи на відсутність будь-якої органічної основи симптоматики. Якщо певні соматичні порушення виявляються, вони, тим не менш, визначають характер та ступінь вираженості дистресу й занепокоєності пацієнта своїм станом. Виникнення симптомати-

ки тісно пов'язане із несприятливими життєвими подіями, труднощами та конфліктами. У підлітків може спостерігатися демонстративна поведінка для привернення уваги [4, 5]. У DSM-IV зазначено, що СР також мають призводити до значного дистресу або порушення соціального та професійного функціонування у дітей та підлітків, вони виникають у сферах навчання і спілкування із однолітками й родиною [2]. Щодо цього контингенту вносяться корективи, а саме два параметри: батьківська надмірна стурбованість щодо симптоматики, яка виявляється у дитини/підлітка, та високий рівень тривоги у батьків щодо стану здоров'я загалом [1].

Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) характеризується наявністю численних скарг, які хворий висловлює таким чином, ніби вони зумовлені фізичним розладом системи чи органу, що повністю або переважно регулюються вегетативною нервовою системою. Скарги бувають двох типів: частина з них ґрунтується на ознаках вегетативного збудження (серцебиття, пітливість, тремор, почервоніння обличчя) та супроводжується тривогою пацієнтів через можливість соматичного захворювання, інші характеризуються індивідуальними, суб'єктивними, неспецифічними симптомами, такими як короткотривалий біль, відчуття печіння, важкості, напруження, розтягування, які сам пацієнт відносить до певного органу чи системи [6].

Однією з найпоширеніших форм СВД серед дітей та підлітків є СВД серцево-судинної системи (ССС). Безсумнівним є вплив психосоціальних чинників на розвиток і перебіг захворювання,

насамперед це стосується соціальної підтримки з боку друзів і родини, а також соціальної компетентності підлітків, тобто їхньої здатності будувати задовільні стосунки, особливо із референтною групою [1, 2, 7].

Такі психологічні особливості підлітків із СВД ССС, як схильність до невротизації, тривожно-депресивних розладів, алекситимічність, невпевненість у собі не лише ускладнюють лікувально-діагностичний процес, але й загалом погіршують якість життя підлітків. Вони значно частіше стикаються із труднощами й негараздами у повсякденному житті, що вимагає більших затрат їх невеликого адаптаційного ресурсу.

Хоча психологічні чинники в етіопатогенезі СВД відіграють важливу роль, медичних психологів до лікувально-діагностичного процесу залучають нечасто. Це пов'язано, в першу чергу, із тим, що діагноз СВД виставляють дуже рідко з багатьох причин: незрозуміла назва розладу, більш звичне його шифрування в іншій рубриці МКХ-10, недостатньо чіткі діагностичні критерії, проблематичність діагностування у педіатричній практиці тощо [3]. Крім того, пацієнти із цією симптоматикою перебувають переважно в полі зору лікарів-кардіологів, рідше — неврологів та отримують медикаментозне лікування. Ігнорування необхідності медико-психологічного супроводу таких пацієнтів часто призводить до хронізації вегетативних розладів, поглиблення психологічних негараздів, появи підвищеної тривоги через стан здоров'я у підлітків та недовіри батьків до лікарів. З іншого боку, існують певні стереотипи щодо консультування підлітків спеціалістами медико-психологічного та психіатричного профілів, причому не лише у батьків, але й у самих лікарів. Психологічні проблеми часто не враховують при виборі курсу лікування, тому необхідною є більша поінформованість лікарів-соматологів щодо діагностичних критеріїв та додаткових підходів у терапії СВД. Наявність певних психологічних особливостей і можливих психопатологічних розладів у підлітків, які потрапляють на стаціонарне лікування, потребують медико-психологічного супроводу для швидшого покращання як фізичного, так і психологічного стану.

Нами було проведено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 80 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік — 15 років). Серед них було 45 дівчат та 35 хлопців.

Усі підлітки перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології ДКЛ № 6 м. Київ із діагнозом СВД ССС. Обстежених було розподілено на дві рівні за кількістю групи: до складу першої увійшли пацієнти, з якими проводилася психотерапевтична робота на фоні

медикаментозного лікування, другої — пацієнти, які проходили звичайний (медикаментозний) курс лікування.

Клініко-психодіагностичне обстеження обох груп включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусів пацієнта в перші дні госпіталізації. Психологічний статус визначався також за кілька днів перед випискою із стаціонару. Діагноз СВД ССС було встановлено із урахуванням анамнестичних даних та основних скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для вивчення особливостей біопсихосоціальної сфери підлітків було застосовано такі методики: опитувальник А. М. Вейна для виявлення ознак вегетативних змін [8], багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімента [9], опитувальник SF-36 для визначення якості життя [10] та методика «Тип ставлення до хвороби» (ТОБОЛ) [11].

При обробці даних, отриманих за результатами опитувальника SF-36 для визначення якості життя, було виявлено, що майже за усіма шкалами підлітки першої групи мали статистично достовірно нижчі показники порівняно із підлітками другої групи. Статистично недостовірною виявилася різниця лише за одним показником — ВР (інтенсивність болю). Сумарний показник «Фізичний показник здоров'я» серед підлітків першої групи становив  $42,1 \pm 7,9$  бала, другої —  $46,9 \pm 7,7$  бала; сумарний показник «Психологічний показник здоров'я» серед підлітків першої групи становив відповідно  $36,3 \pm 14,2$  і  $44,3 \pm 10,3$  бала (табл. 1).

У 38 госпіталізованих підлітків в обох групах було виявлено ознаки вегетативної дисфункції за опитувальником А. М. Вейна (табл. 2).

На момент виписки серед пацієнтів першої групи 22 були з ознаками вегетативної дисфункції, серед пацієнтів другої — 34. Такі ознаки були відсутні у 18 підлітків першої групи та у 6 підлітків — другої, при цьому різниця виявилася статистично достовірною ( $p \leq 0,003$ ). Крім того, статистично достовірно значущим ( $p \leq 0,0001$ ) виявилось зменшення кількості пацієнтів із ознаками вегетативних розладів на фоні психотерапії порівняно із тими, які проходили медикаментозний курс лікування (табл. 2).

Середній бал за даною методикою на момент госпіталізації серед пацієнтів обох груп суттєво не відрізнявся: у першій групі він становив  $40,5 \pm 13,39$  бала, у другій —  $39,05 \pm 12,5$  бала. Але на момент виписки вони значно відрізнялися серед підлітків обох груп —  $18,25 \pm 9,1$  та  $29,2 \pm 11,45$  бала відповідно. При цьому зниження середнього бала серед пацієнтів обох груп виявилось статистично достовірним. Динаміка середнього бала

Таблиця 1

Розподіл середніх балів серед підлітків обох груп за опитувальником SF-36 для визначення якості життя

Показник	Група		P( $\chi^2$ )
	перша	друга	
Фізичне функціонування (PF)	69,8±24,4	80,7±17,9	0,02*
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	48,7±33,9	67±32,2	0,01*
Інтенсивність болю (BP)	53,2±20,8	61,2±25,6	0,12
Загальний стан здоров'я (GH)	53,4±16,9	61,3±17,2	0,04*
Життєва активність (VT)	44,1±25,9	63,2±16,1	0,0002*
Соціальне функціонування (SF)	62,2±25,4	79,5±18	0,0008*
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	43,3±38,7	59,8±32,3	0,04*
Психічне здоров'я (MH)	51,6±30,3	64,3±16,6	0,02*
Фізичний компонент здоров'я (PH)	42,1±7,9	46,9±7,7	0,008*
Психологічний компонент здоров'я (MN)	36,3±14,2	44,2±10,3	0,005*

\*  $p < 0,05$  — різниця статично значуща. Те саме у табл. 2–5.

у першій групі становила 22,25 бала, у другій — 9,9 бала та виявилася статистично достовірною ( $p \leq 0,0001$ ) (табл. 3).

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження наявності соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета, було встановлено, що середній бал оцінки підтримки з боку друзів серед підлітків першої групи становив  $1,7 \pm 1,7$  бала, тоді як підлітки другої групи оцінили дружню підтримку в  $2,5 \pm 1,6$  бала. Результати щодо показників оцінки підтримки з боку родини та значущих інших осіб в обох групах не виявилися статистично достовірними (табл. 4).

За результатами дослідження типу ставлення до хвороби було визначено, що 11 пацієнтів першої групи мали невротичний ставлення до хвороби, у другій групі такий тип мали лише 2 підлітки.

Таблиця 2

Розподіл підлітків обох груп за наявністю ознак вегетативної дисфункції за опитувальником А. М. Вейна

Група	Наявність вегетативної дисфункції				P( $\chi^2$ )
	госпіталізація		виписка		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Перша	38	95	22	55	$\chi^2 = 17,1$ $p = 0,0001^*$
Друга	38	95	34	85	$\chi^2 = 1,25$ $p = 0,264$
P( $\chi^2$ )	$\chi^2 = 0,26$ $p = 0,608$		$\chi^2 = 8,6$ $p = 0,003^*$		

Таблиця 3

Розподіл середніх балів серед підлітків обох груп за опитувальником А. М. Вейна

Група	Наявність вегетативної дисфункції		p
	госпіталізація	виписка	
Перша	40,5±13,4	18,25±9,1	0,0001*
Друга	39,05±12,5	29,2±11,5	0,0004*

Таблиця 4

Розподіл середніх балів серед підлітків обох груп за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)

Показник	Група		p( $\chi^2$ )
	перша	друга	
Родина	2,5±1,5	2,9±1,3	0,15
Друзі	1,7±1,7	2,5±1,6	0,02*
Інші	2,9±1,5	2,9±1,23	0,93

Гармонійний тип ставлення до хвороби серед підлітків першої групи мав лише 1 пацієнт порівняно із 11 пацієнтами другої групи. Різниця результатів за іншими типами ставлення до хвороби не виявилася статистично достовірною (табл. 5).

Нижчі середні бали, отримані у підлітків першої групи за опитувальником SF-36 майже за всіма показниками, показують початкову неоднорідність груп. Крім того, такі результати свідчать на користь більшої соціальної дезадаптованості пацієнтів першої групи, які мають більш високі рівні особистісної тривожності та більш виражену депресивну симптоматику. Констатуючи взаємозв'язок зазначених явищ, можна стверджувати, що підлітки першої групи більш обмежені у повсякденній діяльності, гірше справляються зі своїми повсякденними обов'язками, гірше пере-

Розподіл підлітків обох груп за типом ставлення до хвороби за методикою ТОБОЛ

Група	Тип ставлення до хвороби											
	анозогнозичний		змішаний		дифузний		ергопатичний		невротичний		гармонійний	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Перша	10	25,00	7	17,50	5	12,50	6	15,00	11	27,50	1	2,54
Друга	10	25,00	6	15,00	4	10,00	7	17,50	2	5,00	11	27,50
$P(\chi^2)$	$\chi^2 = 0,07$ $p = 0,796$		$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,762$		$\chi^2 = 1,125$ $p = 0,723$		$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,762$		$\chi^2 = 7,4$ $p = 0,006^*$		$\chi^2 = 9,8$ $p = 0,7002^*$	

носять навчальні навантаження та засвоюють матеріал, є менш успішними у навчанні. Вони мають нижчу самооцінку та гіршу якість соціальних контактів, особливо із однолітками.

Фізичний стан підлітків обох груп, оцінений за опитувальником А. М. Вейна, на момент госпіталізації виявився майже однаковим. Однак на фоні психотерапевтичних заходів серед підлітків першої групи спостерігалось клінічно більш виражене покращання фізичного стану, зменшення проявів симптомів вегетативної дисфункції порівняно із пацієнтами другої групи, які проходили медикаментозний курс лікування.

Незважаючи на схожі результати на початку лікування, підлітки другої групи суттєво вище оцінювали власний стан здоров'я (показник GH). Підлітки другої групи, схоже, мають від початку більший адаптаційний ресурс та нижчі показники особистісної тривожності й депресивної симптоматики. Це може бути пов'язано із наявністю у них більшої соціальної підтримки, особливо з боку друзів. Можливо, підлітки другої групи мають кращі здібності у побудові стосунків із референтною групою та вищу самооцінку. Дещо вищий показник щодо підтримки з боку родини свідчить на користь кращих та більш довірливих стосунків із батьками.

Крім того, підлітки першої групи мають виражену тенденцію до невротичних реакцій, про що свідчить переважаючий тип ставлення до хвороби (неврастенічний). Підлітки другої групи більш реалістично та розсудливо ставляться до захворювання та краще включаються у діагностично-лікувальний процес, співпрацюють із лікарем. Підлітки першої групи гірше йдуть на контакт із лікарем та вимагають до себе більшої уваги й витраченого часу. В умовах сучасної клініки це не завжди можливо, адже лікар має забагато пацієнтів, тому до лікувально-діагностичного процесу таких підлітків необхідно залучати медичних психологів.

Медико-психологічний супровід підлітків першої групи є необхідним для більш ефективного лікування, оскільки поряд із соматичною симптоматикою вони мають певні психологічні негаразди, які не можна ігнорувати. Адже звичайний (медикаментозний) курс лікування, більш адекватний

та ефективний для пацієнтів другої групи, є недостатнім для підлітків першої, які більш психологічно дезадаптовані та мають значно менший адаптаційний потенціал.

#### Список літератури

1. *Shulte I. E.* Somatoform disorders: years of debate about criteria! What about children and adolescents? / *I. E. Shulte, F. Petermann // J. of Psychosomatic Research.*— 2011.— Vol. 70.— P. 218–228.
2. *Dell M. L.* Somatoform disorders in children and adolescents / *M. L. Dell, J. V. Campo // Psychiatric Clinics of North America.*— 2011.— Vol. 34.— P. 643–660.
3. *Levenson J. L.* The somatoform disorders: 6 characters in search of an author / *J. L. Levenson // Psychiatric Clinics of North America.*— 2011.— Vol. 34.— P. 515–524.
4. *Мухайлов Б. В.* Пароксизмальное состояние в структуре невротических и соматоформных расстройств / *Б. В. Михайлов // Психичне здоров'я.*— 2012.— № 1 (34)— С. 4–9.
5. *Сарториус Н.* Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / *Н. Сарториус.*— К.: Сфера, 1997.— С. 104.
6. *Купер Дж. Э.* Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств / *Дж. Э. Купер.*— К.: Сфера, 2001.— С. 193.
7. *Bisht J.* Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders / *J. Bisht, N. Shanhyan, R. Kaushal // Indian Pediatrics.*— 2008.— Vol. 45.— P. 111–115.
8. *Мачерет Л. Е.* Методы диагностики вегетативной дисфункции / *Л. Е. Мачерет, Н. К. Мурашко, А. В. Писарук // Укр. мед. часопис.*— 2000.— № 2 (16).— С. 89–94.
9. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология / *Б. Д. Карвасарский.*— СПб.: Питер, 2004.— 547 с.
10. *Ware J. E.* SF-36. Physical and Mental Health summary Scale: a user's manual / *J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller; The Health Institute, New England Medical Center.*— Boston, 1994.— 12 p.
11. Психологическая диагностика отношения к болезни: метод. рек. / *Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.*— СПб., 2003.— 22 с.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ  
С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ  
НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Н. Ю. ВЕНЕВЦЕВА

**Изучено влияние медико-психологического сопровождения на психофизическое состояние подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, находящихся на стационарном лечении. Проанализированы социальные факторы, особенности внутренней картины болезни и качество жизни подростков. Обнаружено, что на момент выписки у пациентов, которые принимали участие в психотерапевтическом процессе, показатели психофизического состояния оказались лучшими по сравнению с теми, которые имели подростки, проходившие обычный (медикаментозный) курс лечения. Это указывает на необходимость медико-психологического сопровождения подростков, которые проходят стационарное лечение, для более быстрого и эффективного улучшения их соматического и психологического состояния.**

*Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, психотерапия, соматоформная вегетативная дисфункция, подростки, психофизическое состояние, социальная поддержка, качество жизни.*

**EFFICACY OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF ADOLESCENTS WITH SOMATOFORM  
VEGETATIVE DYSFUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM DURING INPATIENT TREATMENT**

N. Yu. VENOVTSOVA

**The impact of medical and psychological support on the psychophysical state of adolescents with somatoform vegetative dysfunction of the cardiovascular system was investigated during inpatient treatment. Social factors, peculiarities of internal picture of illness and life quality were analyzed. It was revealed that by the moment of discharge, the adolescents who took part in psychotherapeutic interventions had better rates of psychophysical state than the patients who got usual (medicinal) treatment. This indicates the necessity of medical psychological support of the adolescents during inpatient treatment for faster and more effective improvement of their somatic and psychological state.**

*Key words: medical and psychological support, psychotherapy, somatoform vegetative dysfunction, adolescents, psychophysical state, life quality, social support.*

*Надійшла 03.10.2014*