

ВПЛИВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НА ДИНАМІКУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти,

²Дитяча клінічна лікарня № 6, Київ

Вивчено вплив медико-психологічного супроводу у формі психотерапевтичних заходів на психоемоційний стан підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи. Виявлено, що на момент виписки у пацієнтів, які брали участь у психотерапевтичному процесі, показники психоемоційного стану були статистично достовірно кращими порівняно із тими, які проходили звичайний (медикаментозний) курс лікування. Це свідчить про необхідність медико-психологічного супроводу підлітків для швидшого та ефективнішого покращання їхнього соматичного і психологічного стану.

Ключові слова: медико-психологічний супровід, психотерапія, соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, психоемоційний стан, динаміка.

У сучасній медицині продовжує переважати дуалістичний підхід щодо захворювань тіла та розуму. Соматичні порушення розглядаються в рамках біомедичної моделі, а захворювання розуму — в рамках психіатричних концепцій. Але поряд із цим існує цілий ряд розладів, які не мають реального соматичного підтвердження, але тісно пов'язані із психологічними порушеннями. Колись поширені визначення таких станів «психогенні» чи «істеричні» зараз замінені на «функціональні» або «соматизовані» [1]. Саме до таких порушень відносять соматоформні розлади (СР), у тому числі соматоформну вегетативну дисфункцію (СВД).

У дослідженні Lowe et al. було встановлено, що 28 % із 1751 пацієнтів, які звертаються до лікаря загальної практики, страждають на соматоформний розлад [2].

Терміном «соматизація» зараз описують фізичні симптоми, в основі яких немає виявлених органічних порушень чи травм або ж їх неможливо діагностувати, застосовуючи рутинні методи [3]. Соматизація є тенденцією переживати психологічний стрес у вигляді фізичних симптомів за відсутності виявленої патології. Пацієнти із соматизацією звертаються до лікарів, оскільки самі впевнені, що їхні симптоми є відображенням якоїсь хвороби. Соматизація часто поєднується із тривожною та/або депресивною симптоматикою, вона є спільним явищем для усіх СР [2, 3]. Соматизація серед дітей та підлітків у першу чергу пов'язана із функціональними порушеннями [4].

Значна частина пацієнтів, що звертаються до лікарів-соматологів, висловлюють численні скарги, які важко скласти у клінічну картину певного захворювання. Їх показник становить від 20 до 50 %, а самі симптоми можна віднести до категорії так званих «медично незрозумілих симптомів» (medical unexplained symptoms). Досить часто така симптоматика проходить самостійно, а іноді стає перманентною, формуючи стійкі функціональні розлади та вимагаючи медичного втручання [5–8].

У більшості проведених досліджень та опублікованих праць розглядаються соматоформні розлади у дітей та підлітків із тих самих позицій, що й у дорослих. Основні дефініції та принципи, які лежать в основі діагностично-лікувальних заходів СР для дітей та дорослих, дійсно є подібними. Попри це у педіатричній практиці існує ціла низка труднощів щодо встановлення діагнозу, навіть незважаючи на ретельний збір анамнестичних даних, співпрацю із батьками, застосування ряду діагностичних методик. Це стосується також вибору стратегій лікування. Досить часто клінічну картину формують саме «медично незрозумілі симптоми» [1].

Проблема СР є складною не лише для лікарів-педіатрів, але й для родин пацієнтів [5]. Лікарі часто не схильні встановлювати діагноз СР, в тому числі СВД. Підлітки із зазначеною симптоматикою часто підлягають гіпердіагностиці, непотрібним діагностичним процедурам, консультуються вузькими спеціалістами, що вимагає зайвих витрат, з одного боку, та викликає нерозуміння з боку батьків — з іншого [3, 9]. Тому необхідним є не

лише більш глибоке розуміння СР та СВД із боку лікарів-соматологів, а й залучення спеціалістів іншого профілю до лікувально-діагностичного процесу таких пацієнтів, у першу чергу — медичних психологів [5, 6]. Загалом, проблема СР та СВД є достатньо актуальною на сьогодні та потребує більшої уваги щодо пошуку нових підходів, нової тактики для її вирішення.

Нами було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 80 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік — 15,0 років). Серед них — 45 дівчат та 35 хлопців.

Усі підлітки перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології Дитячої клінічної лікарні № 6 у м. Києві із діагнозом «соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи» (СВД ССС). Обстежені були розподілені на дві групи: до першої увійшли пацієнти, з якими проводилася психотерапевтична робота на фоні медикаментозного лікування; до складу другої — пацієнти, яким призначався звичайний (медикаментозний) курс лікування.

Клініко-психодіагностичне обстеження обох груп включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнта в перші кілька днів із моменту госпіталізації. Вивчення психологічного статусу проводилося 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 визначення психоемоційного стану підлітків було застосовано такі методики: діагностика самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна та діагностика оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН) [10], шкала депресії Зунге [11].

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження рівнів тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера та Л. Ю. Ханіна на момент госпіталізації серед пацієнтів першої групи в 1 підлітка було виявлено низький рівень особистісної тривожності (ОТ), у 14 — середній та у 25 — високий. Серед пацієнтів другої групи у 5 підлітків був установлений низький рівень особистісної тривожності, у 21 — середній та у 14 — високий.

Із наведених результатів зрозуміло, що групи не були від початку однорідними. Середній рівень ОТ у першій групі на момент госпіталізації становив $49,7 \pm 11,63$ бала порівняно із показником другої групи — $42,7 \pm 10,5$ бала. Різниця між ними є статистично достовірною ($p \leq 0,004$) та становить 7 балів.

На момент виписки рівні ОТ серед пацієнтів першої групи розподілилися таким чином: низький було виявлено у 5 підлітків, середній — у 20,

Таблиця 1

Розподіл підлітків за рівнями особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна

Група	Рівень тривоги	Етап дослідження		$P (\chi^2)$
		госпіталізація	виписка	
Перша	Низький	1 (2,5 %)	5 (12,5 %)	$\chi^2 = 6,2$ $p = 0,04^*$
	Середній	14 (35 %)	20 (50 %)	
	Високий	25 (62,5 %)	15 (37,5 %)	
Друга	Низький	5 (12,5 %)	3 (7,5 %)	$\chi^2 = 1,4$ $p = 0,498$
	Середній	21 (52,5 %)	26 (65 %)	
	Високий	14 (35 %)	11 (27,5 %)	

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

високий — у 15. Серед пацієнтів другої групи 3 підлітки мали низький рівень ОТ, 25 — середній та 11 — високий (табл. 1).

Крім того, при дослідженні реактивної тривожності (РТ) було виявлено, що на момент госпіталізації серед пацієнтів першої групи 15 підлітків мали низький рівень РТ, 11 — середній та 14 — високий. Серед пацієнтів другої групи низький рівень РТ було виявлено у 29 підлітків, середній — у 10 та високий — лише у 1.

Також зрозуміло, що групи не були рівноцінними і за рівнями РТ: середній в першій групі на момент госпіталізації становив $36,9 \pm 14,4$ бала порівняно із показником другої групи — $25 \pm 10,4$ бала. Різниця між ними є статистично достовірною ($p \leq 0,0002$) та становить 11,9 балів.

На момент виписки рівні РТ серед пацієнтів першої групи розподілилися таким чином: 29 підлітків мали низький рівень РТ, 11 — середній та у жодного не було високого. Серед пацієнтів другої групи розподіл показників РТ був такий: низький рівень РТ мали 34 підлітки, середній — 6, високого не зафіксовано (табл. 2).

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження самопочуття, активності та настрою за методикою оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), було виявлено, що зазначені показники серед пацієнтів першої групи на етапі госпіталізації є статистично достовірно нижчими порівняно із показниками на момент виписки. Так, знижені рівні самопочуття на момент госпіталізації серед пацієнтів першої групи було виявлено у 24 підлітків, активності — у 20 та настрою — у 17. На момент виписки низькі рівні зазначених показників були виявлені у 6, 5 та 3 підлітків відповідно.

Крім того, спостерігалася статистично достовірне збільшення кількості пацієнтів із високими

Таблиця 2

Розподіл підлітків за рівнями реактивної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна

Група	Рівень тривоги	Етап дослідження		p (χ^2)
		госпіталізація	виписка	
Перша	Низький	15 (37,5 %)	29 (72,5 %)	$\chi^2 = 18,5$ $p = 0,0001^*$
	Середній	11 (27,5 %)	11 (27,5 %)	
	Високий	14 (35 %)	0 (0 %)	
Друга	Низький	29 (72,5 %)	34 (85 %)	$\chi^2 = 2,4$ $p = 0,302$
	Середній	10 (25 %)	6 (15 %)	
	Високий	1 (2,5 %)	0 (0 %)	

рівнями показників самопочуття, активності та настрою на момент виписки порівняно із етапом госпіталізації. Так, на момент виписки кількість пацієнтів із підвищеними показниками самопочуття становила 16 порівняно із 5 на момент госпіталізації, активності — 16 порівняно із 1 та настрою — 24 порівняно із 12 відповідно (табл. 3).

Середній показник самопочуття серед підлітків першої групи на момент госпіталізації — $3,77 \pm 1,38$ бала, на момент виписки — $5,25 \pm 0,97$ бала. Різниця між ними є статистично достовірною ($p \leq 0,0001$) та становить 1,5 бала.

Середній показник активності серед підлітків першої групи на момент госпіталізації — $3,96 \pm 0,97$ бала, на момент виписки — $5,14 \pm 0,75$ бала. Різниця між ними є статистично достовірною ($p \leq 0,0001$) та становить 1,2 бала.

Середній показник настрою серед підлітків першої групи на момент госпіталізації — $4,31 \pm 1,49$

бала, на момент виписки — $5,71 \pm 0,95$ бала. Різниця між ними є статистично достовірною ($p \leq 0,0001$) та становить 1,4 бала.

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження самопочуття, активності та настрою за методикою САН, було виявлено, що зазначені показники серед пацієнтів другої групи на момент госпіталізації та виписки не є статистично достовірними (табл. 4).

Середні показники настрою серед пацієнтів першої та другої груп на момент виписки — $5,71 \pm 0,95$ бала та $5,28 \pm 0,84$ бала відповідно — виявилися статистично достовірними ($p \leq 0,03$), незважаючи на значну різномірність груп на початку дослідження.

При обробці даних, отриманих за результатами визначення депресії за шкалою Зунге, серед пацієнтів першої групи на момент госпіталізації було виявлено, що 12 пацієнтів мають депресивну симптоматику, при цьому на етапі виписки вона не виявилась у жодного підлітка.

Середній бал за даною шкалою серед пацієнтів першої групи на момент госпіталізації — $44,5 \pm 9,75$, на момент виписки — $33,8 \pm 5,51$, різниця виявилася статистично достовірною ($p \leq 0,0001$) та становила 10,7 бала.

При цьому серед підлітків другої групи на момент госпіталізації депресивна симптоматика спостерігалась у 3 пацієнтів, а на момент виписки — у 2. Отримані дані свідчать про неоднорідність порівнюваних груп на момент госпіталізації (табл. 5).

Середній бал за даною шкалою серед пацієнтів другої групи на момент госпіталізації — $37,7 \pm 7,66$, на момент виписки — $35 \pm 7,45$, різниця не виявилася статистично достовірною ($p \leq 0,13$) та становила 2,7 бала.

Розподіл підлітків першої групи за показниками самопочуття, активності та настрою за методикою САН

Таблиця 3

Показник	Етап дослідження	до 4	4,0–5,0	5,0–5,5	понад 5,5
Самопочуття	Госпіталізація	24 (60 %)	6 (15 %)	5 (12,5 %)	5 (12,5 %)
	Виписка	6 (15 %)	8 (20 %)	10 (25 %)	16 (40 %)
	p	$\chi^2 = 17,3$ $p = 0,0001^*$	$\chi^2 = 0,35$ $p = 0,556$	$\chi^2 = 2,05$ $p = 0,152$	$\chi^2 = 7,8$ $p = 0,005^*$
Активність	Госпіталізація	20 (50 %)	13 (32,5 %)	6 (15 %)	1 (2,5 %)
	Виписка	5 (12,5 %)	9 (22,5 %)	10 (25 %)	16 (40 %)
	p	$\chi^2 = 13,1$ $p = 0,0003^*$	$\chi^2 = 1,0$ $p = 0,319$	$\chi^2 = 1,25$ $p = 0,264$	$\chi^2 = 16,8$ $p = 0,0001^*$
Настрій	Госпіталізація	17 (42,5 %)	6 (15 %)	5 (12,5 %)	12 (30 %)
	Виписка	3 (7,5 %)	7 (17,5 %)	6 (15 %)	24 (60 %)
	p	$\chi^2 = 13,1$ $p = 0,0003^*$	$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,762$	$\chi^2 = 0,105$ $p = 0,745$	$\chi^2 = 7,27$ $p = 0,007^*$

Таблиця 4

Розподіл підлітків другої групи за показниками самопочуття, активності та настрою за методикою САН

Показник	Етап дослідження	До 4	4,0–5,0	5,0–5,5	Понад 5,5
Самопочуття	Госпіталізація	12 (30 %)	12 (30 %)	5 (12,5 %)	11 (27,5 %)
	Виписка	7 (17,5 %)	11 (27,5 %)	7 (17,5 %)	15 (37,5 %)
	p	$\chi^2 = 1,73$ $p = 0,189$	$\chi^2 = 0,06$ $p = 0,805$	$\chi^2 = 0,32$ $p = 0,531$	$\chi^2 = 0,912$ $p = 0,339$
Активність	Госпіталізація	9 (22,5 %)	15 (37,5 %)	10 (25 %)	6 (15 %)
	Виписка	3 (7,5 %)	18 (45 %)	11 (27,5 %)	8 (20 %)
	p	$\chi^2 = 3,5$ $p = 0,06$	$\chi^2 = 0,464$ $p = 0,496$	$\chi^2 = 0,06$ $p = 0,800$	$\chi^2 = 0,346$ $p = 0,556$
Настрій	Госпіталізація	7 (17,5 %)	6 (15 %)	6 (15 %)	21 (52,5 %)
	Виписка	4 (10 %)	12 (30 %)	7 (17,5 %)	17 (42,5 %)
	p	$\chi^2 = 0,948$ $p = 0,33$	$\chi^2 = 2,58$ $p = 0,108$	$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,762$	$\chi^2 = 0,8$ $p = 0,371$

Таблиця 5

Розподіл підлітків обох груп за наявністю депресивної симптоматики за шкалою Зунге

Група	Етап дослідження				$p\ (\chi^2)$
	госпіталізація		виписка		
	наявність депресії	відсутність депресії	наявність депресії	відсутність депресії	
Перша	12 (30,0%)	28 (70,0%)	0 (0%)	40 (100%)	$\chi^2 = 14,1$ $p = 0,0002^*$
Друга	3 (7,5%)	37 (92,5%)	2 (5,0%)	38 (95,0%)	$\chi^2 = 0,213$ $p = 0,644$
$P\ (\chi^2)$	$\chi^2 = 6,65\ p = 0,01^*$		$\chi^2 = 2,05\ p = 0,152$		

При цьому динаміка різниць середніх балів між обома групами становила 8 балів та виявилася статистично достовірною ($p \leq 0,0001$).

Отримані результати свідчать про значну ефективність медико-психологічного супроводу.

У першій групі пацієнтів, які на початку лікування мали статистично достовірно гірші показники психоемоційного стану та протягом усього перебування у стаціонарі брали участь у психотерапевтичному процесі, на момент виписки було виявлено:

статистично достовірне зниження показників ОТ та РТ;

статистично достовірне підвищення показників САН;

статистично достовірне зниження рівня депресивної симптоматики.

Зазначені зміни серед пацієнтів, які отримували звичайний курс медикаментозного лікування та не залучались до психотерапевтичного процесу, були незначними та не виявилися статистично достовірними.

Результати дослідження свідчать на користь необхідності та важливості медико-психологічного супроводу із застосуванням різних психотерапевтичних заходів для більш ефективного покращання як психологічного, так і соматичного стану підлітків із СВД ССС, які перебувають не стаціонарному лікуванні.

Список літератури

1. 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.
2. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? — results from a large cross-sectional study / G. Hanel, P. Henningsen, W. Herzog [et al.] // J. of Psychosomatic Research.— 2009.— № 67.— P. 189–197.
3. Winter A. Somatoform disorders / A. Winter, Th. Purcell // Rosen's Emergency Medicine / J. Marx, R. Walls.— Elsevier, 2010.— Chapter 3.— P. 1452–1457.
4. North S C. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment /

- C. S. North, B. A. Hong, D. H. Alpers // *World J. of Gastroenterology*.— 2007.— № 13 (14).— P. 2020–2027.
5. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15 / H. van Ravesteijn, K. Wittkamp, P. Lucassen [et al.] // *Ann. of Med.*— 2009.— Vol. 7.— № 3.— P. 232–238.
6. *Dimsdale J.* Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders? / *J. Dimsdale* // *Psychiatric Clinics of North America*.— 2011.— № 34.— P. 511–513.
7. *Tschudi-Madsen H.* Multiple symptoms and medically unexplained symptoms — closely related concept in general practitioners' evaluation. A linked doctor-patient study / H. Tschudi-Madsen, M. Kjeldsberg, B. Natvig // *J. of Psychosomatic Research*.— 2013.— Vol. 74.— P. 186–190.
8. *Garralda E. M.* Unexplained physical complaints / M. E. Garralda // *Psychiatric Clinics of North America*.— 2011.— № 58.— P. 803–813.
9. Special methodological challenges when studying the diagnosis of unexplained complaints in primary care / G.-J. Dinant, M. A. van Bokhoven, H. Koch, T. van der Weijden // *J. of Clin. Epidemiology*.— 2008.— № 61.— P. 318–322.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
11. *Фетискин Н. П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануилов.— М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.— 490 с.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

М. В. МАРКОВА, Н. Ю. ВЕНЕВЦЕВА

Изучено влияние медико-психологического сопровождения в форме психотерапевтических мероприятий на психоэмоциональное состояние подростков, страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы. Обнаружено, что на момент выписки у пациентов, которые принимали участие в психотерапевтическом процессе, показатели психоэмоционального состояния оказались статистически достоверно лучшими по сравнению с теми, которые проходили обычный (медикаментозный) курс лечения. Это свидетельствует о необходимости медико-психологического сопровождения подростков для более эффективного и быстрого улучшения их соматического и психологического состояния.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, психотерапия, соматоформная вегетативная дисфункция, подростки, психоэмоциональное состояние, динамика.

THE IMPACT OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT ON THE DYNAMICS OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF ADOLESCENTS WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AT THE STAGE OF HOSPITAL TREATMENT

M. V. MARKOVA, N. Yu. VENOVTSEVA

The effect of medical psychological support in the form of psychotherapeutic interventions on the psychoemotional state of adolescents with somatoform vegetative dysfunction of the cardiovascular system was investigated. It was found that on discharge the patients who participated in the psychotherapeutic process demonstrated significantly better indicators of mental and emotional state than those who were administered standard (medical) treatment. This demonstrates the need for medical psychological support of adolescents for more effective and rapid improvement of their somatic and psychological condition.

Key words: medical and psychological support, psychotherapy, somatoform vegetative dysfunction, adolescents, psychoemotional state, dynamics.

Надійшла 30.04.2014