

Список використаної літератури

- Хаустова О.О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О.О. Хаустова, О.П. Романів // Ліки України. – 2013. – №1 (167). – С. 89–94.
- Хаустова О.О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О.О. Хаустова // Укр. вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.
- Марута Н.О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н.О. Марута, І.Ю. Явдак // Укр. вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 1 (47). – С. 59–63.
- Кожина А.М. Современные подходы к психотерапии депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А.М. Кожина, Е.А. Зеленская // Медична психологія. – 2012. – №3. – С. 68–71.
- Дитяча психіатрія / Г.М. Кожина [зі співавт.]. – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.
- Табачников С.И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / С.И. Табачников, И.И. Марценковская // Здоров'я України: медична газета. – 2010. – №2 (13). – С. 42–43.
- Гура Е.І. Психічні чинники розладів поведінки та емоцій у підлітків, позбавлених батьківського піклування / Е.І. Гура // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 67–71.
- Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. ... д. мед. н.: 19.00.04 / Маріанна Владиславівна Маркова. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2007. – 32 с.
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. – Geneva: World Health Organization, 2008. – 77 p.
- Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht). – World Health Organization, 2004. – 68 p.
- Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities / M.E. O'Connell [at al]. – National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2009. – 201 p.
- Mrazek B.J. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research / B.J. Mrazek, R.J. Haggerty. – Washington, D.C.: The National Academies Press, 1994. – 605 p.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ О.В. Погорелко

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2010–2013 годов на базе детского психиатрического отделения Полтавской областной клинической психиатрической больницы имени А.Ф. Мальцева обследовано 100 подростков в возрасте от 14 до 17 лет со смешанными расстройствами эмоций и поведения F92, среди них у 50 человек обнаружены проявления аутоагрессивного поведения (АП) в виде суицидальных мыслей, замыслов, намерений (36 человек, 72%) или суицидальной попытки в анамнезе (14 человек, 28%).

На основе выделения клинико-феноменологических особенностей АП у данного контингента, биологических, психосоциальных и психологических факторов риска его развития разработана программа лечения, психокоррекции и психопрофилактики АП у подростков, которая создана с учетом общих особенностей подросткового контингента, а также специфики факторов, имеющих место у лиц со смешанным расстройством эмоций и поведения, является многоуровневой, ориентированной на новейшие психопрофилактические тенденции и технологии, что делает ее универсальной для различных контингентов подростков.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, подростки, психопрофилактика, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS AND SPECIFIC OF MULTILEVEL TREATMENT CORRECTION AND PSYCHOPROPHYLAXIS PROGRAM OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS O. Pohorelko

With respect to the principles of bioethics and ethics for 2010–2013 biennium on the basis of the children's psychiatric ward Poltava Regional Clinical Psychiatric Hospital. AF Maltsev examined 100 adolescents aged 14 to 17 years with mixed disorders of conduct and emotions F92, among them 50 people found signs autoaggressive behavior in the form of suicidal thoughts, plans, intentions, decisions (36 people 72%) or suicide attempt in history (14 persons, 28%).

Based on the establishment of clinical and phenomenological features autoaggressive behavior in this contingent, biological, psychosocial and psychological risk factors for its development, has developed a program of treatment, correction and psychoprophylaxis autoaggressive behavior in adolescents, which was created with the general characteristics of teenage contingent, as well as the specific factors that occur in patients with mixed disorders of conduct and emotions, is a multilevel, focused on the latest trends and technologies, making it versatile for different groups of adolescents.

Key words: autoaggressive behavior, adolescents, psychoprophylaxis, psychocorrection.

УДК 159.922.8:616.1-008.6:615.851

Н.Ю. Веньовцева ОСОБЛИВОСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

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

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

У дослідженні було вивчено особливості біопсихосоціальної сфери підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи (СВД ССС) та умовно здорових школярів. Встановлено, що усі хворі підлітки мають знижені показники якості життя. Крім того, у всіх було виявлено ознаки вегетативної дисфункції. Проте у більшості школярів виявлено також ознаки вегетативних розладів. Незважаючи на це, вони зберігають достатній адаптаційний ресурс. Це можна пов'язати з наявністю значно більшої соціальної підтримки як з боку батьків, так і з боку друзів. Тому психокорекція має бути спрямована на покращення навичок спілкування із однолітками, нормалізацію внутрішньосімейних стосунків, підвищення самооцінки. Перевага у такому разі має надаватися груповій роботі перед індивідуальною.

На сьогодні в більшості розвинених країн світу спостерігається тенденція до погіршення психічного здоров'я населення в цілому, а особливо – дітей та підлітків. Найбільша питома вага належить психогенним

невротичним розладам із тривожними та соматовегетативними порушеннями. Проблема вегетативних розладів є однією з провідних у сучасній медицині. Симптомокомплекс вегетативних порушень, зумовлених

розладами вегетативної регуляції внутрішніх органів та систем з афективними порушеннями, формують психовегетативний синдром [1, 2].

Світова тенденція перерозподілу структури нерво-психічних розладів свідчить про збільшення питомої ваги соматизованих та соматоформних порушень. Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (СВД ССС) класифікується у МКХ-10 у рубриці F 45.30 [3, 4].

Невротичні розлади у підлітків та пов'язана з ними психологічна та соціальна дезадаптація належать до однієї з найбільш актуальних проблем підліткової медицини. Популяційні дослідження останніх років серед дітей шкільного віку свідчать про значне зростання в структурі захворюваності різних емоційних порушень, депресивних станів, агресивності, поведінкових розладів тощо [5–7].

СВД ССС як одне з найбільш частих захворювань серед дітей підліткового віку є поліетіологічним психічним розладом невротичного регістру, у виникненні якого важливу роль відіграє також ряд психосоціальних чинників [8, 9].

На даний час існує ряд концепцій, які описують різні етіопатогенетичні, психопатологічні особливості, однак більшість із них є однобічними та не висвітлюють усіх особливостей перебігу захворювання. Це не дає змоги адекватно будувати стратегії психотерапевтичної корекції, тому необхідним є більш глибоке вивчення психосоціальних аспектів у структурі СВД ССС у підлітків в аспекті їх медико-психологічного супроводу на етапі лікування у стаціонарі [10].

Таблиця 1. Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння за наявністю ознак вегетативної дисфункції за опитувальником А.М. Вейна

Група	Тип	
	Наявність вегетативної дисфункції (>15 балів)	Відсутність вегетативної дисфункції (<15 балів)
Основна група	45 (100 %)	0 (0 %)
Група порівняння	29 (64,4 %)	16 (35,6%)
P(χ ²)	P(χ ²) = 18,0 p=0,0001*	

Примітки: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.

СВД ССС часто супроводжується погіршенням адаптації, зниженням працездатності та зрештою – якості життя [11]. Говорячи про поняття «якість життя», маємо на увазі комплекс соціально-економічного статусу та валеологічно-поведінкового благополуччя, невід'ємною частиною якого є характерне почуття «задоволеності життям». Це поняття є багатофакторним, але найголовнішими його аспектами є медичний, психологічний та соціальний [12].

Медичний аспект включає в себе загальне самопочуття й активність, а також відчуття болю. За даними деяких досліджень стійке відчуття болю значно погір-

Таблиця 2. Розподіл середніх балів серед підлітків основної групи та групи порівняння за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (M.S.P.S.S.)

Показник	Основна група	Група порівняння	P (χ ²)
Інші	3,51±0,86	3,11±1,22	0,078
Родина	3,57±0,84	3,04±1,26	0,021*
Друзі	3,22±1,27	2,33±1,67	0,006*

Примітка: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.

Таблиця 3. Розподіл середніх балів серед підлітків основної групи та групи порівняння за опитувальником SF-36 для визначення якості життя

Показник	Основна група	Група порівняння	P (χ ²)
Фізичне функціонування (PF)	73,7±22	86,7±14,1	0,0013*
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	51,6±33,8	74,4±31,3	0,0013*
Інтенсивність болю (BP)	54,4±22	73,2±24,1	0,0002*
Загальний стан здоров'я (GH)	54,1±17,3	69±15,6	0,0001*
Життєва активність (VT)	48,7±23,3	62,8±18	0,0019*
Соціальне функціонування (SF)	64,4±22,7	79,8±20,4	0,0011*
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	47,3±37,9	62,8±33,5	0,04*
Психічне здоров'я (MH)	55,1±25,6	65,9±17,9	0,02*
Фізичний компонент здоров'я (PH)	43,4±8,4	51±7,3	0,0001*
Психологічний компонент здоров'я (MHI)	38±12,9	45,3±9,9	0,003*

Примітки: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.

шує та ускладнює повсякденне життя підлітків. Воно заважає виконанню щоденних обов'язків, особливо це стосується успішності навчання у школі та відвідування занять. Крім того, такі підлітки частіше скаржаться на порушення сну [9, 13]. Психологічний аспект стосується, в першу чергу, емоційного стану підлітків та їх індивідуальної оцінки власного стану здоров'я, а соціальний – пов'язаний із соціальними зв'язками та їх формуванням.

Спілкування є провідною діяльністю підлітків, особливо це стосується однолітків, тобто референтної групи [9]. Проте і родина має важливе значення, адже створює атмосферу, у якій формується особистість підлітка. Конфліктні стосунки у родині можуть бути віднесені до «негативних життєвих факторів», поряд із зловживанням батьками психоактивними речовинами та неповною родиною. Вони можуть стати предикторами розвитку психічних розладів у дорослому віці [14, 15]. За даними деяких досліджень стабільні та підтримуючі стосунки між батьками та дитиною є фактором, що позитивно впливає на психологічне здоров'я підлітка. Вони також є фактором стійкості, який допомагає підлітку протистояти стресам. Підтримка батьків зменшує відчуття загрози у дитини при зустрічі зі стресовими ситуаціями, тому впливає на формування більш адаптивних копінг-стратегій, а також посилює почуття самоповаги [14, 15]. З іншого боку, діти запозичують від батьків певне ставлення до свого здоров'я та сприйняття хвороби. Тому стан здоров'я батьків, особливо психологічного, є одним із факторів ризику розвитку психологічних проблем у дитини [16]. Механізм передачі певних уявлень щодо стану здоров'я та розвитку соматизації включає генетичні й психологічні чинники, а також стосується особливостей виховання та сімейних стресів. Так, якщо батьки мають соматоформні розлади, скоріше за все така сама патологія буде розвиватися і у дітей. Особливо це стосується матерів, адже, ймовірно, такий стиль поведінки підлітком запозичується саме у неї [17].

Важливими для підлітків також є стосунки з однолітками, підтримка з боку референтної групи та вміння будувати довірливі, стабільні відносини. Вони позначаються на процесі соціалізації підлітків, впливають на формування їх самооцінки.

Матеріали та методи дослідження

Авторами було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 90 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік – 15,0 років), серед них 56 дівчат та 34 хлопці.

Обстежених було розподілено на дві групи. До складу основної групи (ОГ) увійшли підлітки, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології ДКЛ №6 у м. Києві та яким було встановлено діагноз СВД ССС. До складу групи порівняння (ГП) увійшли підлітки, які навчаються у 10–11-му класах профільного середнього навчального закладу (Український медичний ліцей). В ОГ було обстежено 45 пацієнтів, з яких 32 дівчинки (середній вік – 14,7 року) та 13 хлопців (середній вік – 14,8 року). В ГП було обстежено 45 школярів, з яких 24 дівчинки (середній вік – 15,2 року) та 21 хлопчик (середній вік – 15,3 року).

Клініко-психопатологічне обстеження учасників ОГ включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнтів на момент госпіталізації. Діагноз СВД ССС було встановлено з урахуванням анамнестичних даних та на основі скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для визначення особливостей біопсихосоціальної сфери підлітків були застосовані такі методики: опитувальник А. М. Вейна для виявлення ознак вегетативних змін [18], багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета [19], опитувальник SF-36 для визначення якості життя [20]. Обстеження усіх пацієнтів було проведено в умовах стаціонару, в перші два дні після госпіталізації.

Обстеження пацієнтів ГП включало попередню бесіду з підлітками та застосування зазначених психодіагностичних методик.

Результати та їх обговорення

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження наявності вегетативної дисфункції за опитувальником О.М. Вейна [18], було виявлено, що 45 підлітків основної групи (ОГ) мають ознаки вегетативної дисфункції. При цьому і більшість підлітків групи порівняння (ГП) – 29 школярів – мали ознаки вегетативних розладів (табл. 1).

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження наявності соціальної підтримки за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета [19], було виявлено, що середній бал оцінки підтримки з боку родини серед підлітків ОГ становить $3,04 \pm 1,26$, а для підлітків ГП – $3,57 \pm 0,84$. Середній бал оцінки підтримки з боку друзів підлітками ОГ становить $2,33 \pm 1,67$; підлітки ГП оцінюють підтримку друзів у $3,22 \pm 1,27$ бала. Результати щодо показників оцінки підтримки з боку інших підлітками в обох групах не виявилися статистично достовірними (табл. 2).

При обробці даних, отриманих за результатами опитувальника SF-36 для визначення якості життя [20], було виявлено, що за усіма шкалами підлітки ОГ мали статистично достовірно нижчі показники порівняно з підлітками ГП. Так, сумарний показник «фізичний компонент здоров'я» серед підлітків ОГ становить $43,4 \pm 8,4$, тоді як серед підлітків ГП – $51 \pm 7,3$. Сумарний показник «психологічний показник здоров'я» серед підлітків ОГ становив $38 \pm 12,9$, а серед підлітків ГП – $45,3 \pm 9,9$ (табл. 3).

Висновки

Більш низькі середні бали, отримані підлітками ОГ за всіма показниками опитувальника SF-36, свідчать про значно нижчу якість їх життя порівняно з підлітками ГП. Це стосується усіх сфер життя, але найбільше позначається на провідній для цього віку діяльності – навчанні та спілкуванні з однолітками. Підлітки ОГ мають більш низьку фізичну активність (показник PF) та підвищену втомлюваність (показник VT). Вони значно частіше відчувають біль (показник BP) та пов'язаний із цим фізичний дискомфорт. Це негативно позначається на здатності виконувати звичайні щоденні обов'язки, обмежує повсякденну діяльність, особливо це стосується навчального процесу (показник RP). У зв'язку з цим підліткам ОГ важче даються учбові навантаження, вони гірше засвоюють учбовий матеріал, частіше пропускають заняття та менш успішні у навчанні. Це може негативно позначатися на впевненості в собі, а також тримати підлітків у постійному напруженні через потребу надолужувати пропущені заняття. Крім того, поганий психоемоційний стан підлітків свідчить про значне обмеження їх соціальних контактів (показник SF), що поглиблює соціальну дезадаптацію та впливає на зниження самооцінки. Крім того, підлітки ОГ є більш емоційно лабільними, схильними до розвитку тривожно-депресивних станів та рідше переживають позитивні емоції (показники RE та MH).

Не менш важливим опитувальником щодо інформації про фізичний стан підлітків є опитувальник для виявлення вегетативних дисфункцій О.М. Вейна. Зрозуміло, що ознаки вегетативної дисфункції було виявлено в усіх підлітків ОГ. Однак у ГП ознаки вегетативних порушень також відзначалися у більшості підлітків – 29 школярів. Незважаючи на таку тенденцію, суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я (показник GH) серед підлітків ГП є значно вищою, ніж серед підлітків ОГ. Схоже, що школярі ГП все ж зберігають адаптаційний ресурс, достатній для нормального повсякденного життя, вони значно краще долають щоденні навантаження та виконують свої обов'язки, не потрапляючи на стаціонарне лікування.

Це можна пов'язати з наявністю більшої соціальної підтримки у підлітків ГП. В першу чергу, це стосується підтримки з боку друзів, дещо менше значення має підтримка родини. У підлітків ОГ такі показники є значно нижчими. Ймовірно, що підлітки ГП вміють краще будувати стосунки з однолітками та включатися у референтну групу, мають більш високий рівень самооцінки. Крім того, у них кращі стосунки з батьками, що може

свідчити про більш сприятливу, менш конфліктну сімейну атмосферу.

Враховуючи все вищезазначене, заходи медико-психологічного супроводу для підлітків ОГ мають бути спрямовані на покращення навичок спілкування з однолітками, корекцію стратегій побудови стосунків із референтною групою, підвищення самооцінки. Перевага тут має надаватися груповій роботі перед індивідуальною. Крім того, важливою виявляється робота із батьками – як індивідуальна, так і спільна із дитиною.

Список використаної літератури

1. Маховская Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы в структуре пограничных психических расстройств (клинико-эпидемиологическое исследование) // Т.Г. Маховская // *Росс. психiatr. журн.* – 2004. – №3. – С. 19–22.
2. Kirmayer L. J. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives // L.J. Kirmayer, A. Young // *Psychosomatic Medicine.* – 1998. – Vol. 60. – P. 420–430.
3. Марута Н.О. Психопатологічні та патопсихологічні предиктори ефективності лікування хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію / Н.О. Марута, О.Е. Семікіна, О.С. Черднякова // *Архів психіатрії.* – 2008. – №4 (55). – С. 13–15.
4. 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.
5. Проскурина Т. Ю. Клинико-психологические особенности невротических расстройств у современных подростков / Т.Ю. Проскурина, Т.Н. Матковская, В.С. Кудь // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2004. – №4 (14). – С. 127–129.
6. 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.
7. Schulte I. E. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? // I.E. Schulte, F. Petermann // *J. of Psychosomatic Research.* – 2011. – Vol. 70. – P. 218–228.
8. Гавенко В. Л. Клинико-анамнестические особенности студентов с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы / В.Л. Гавенко, А.В. Самохвалов, В.М. Синайко, Т.П. Мозговая // *Медицина сегодня и завтра.* – 2006. – №3–4. – С. 144–148.
9. Bisht J. Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders / J. Bisht, N. Shanhyan, R. Kaushal // *Indian Pediatrics.* – 2008. – Vol. 45. – P. 111–115.
10. Самохвалов А.В. Патогенетическая модель развития соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста / А.В. Самохвалов // *Архів психіатрії.* – 2006. – №1–4 (44–47). – С. 88–92.
11. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age population in comparison with younger age groups: a systematic review / P.H. Hilderink, R. Collard, J. Rosmalen, R.C. Voshaar // *Ageing Research Reviews.* – 2013. – Vol. 12. – P. 151–156.
12. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б.В. Михайлов, В.В. Чузунов, И.Н. Сарвир // *Журнал психиатрии и мед. психологии.* – №4 (14). – С. 30–33.
13. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life / A.Y. Konijnenberg, C. Uitwaal, J.L. Kimpen, J. van der Hoeven // *Archives of Disease in Childhood.* – 2005. – Vol. 90. – P. 680–686.
14. Associations between parent-adolescents attachment relationship quality, negative life events and mental health / R. Bannink, S. Broeren, P.M. van de Looij, H. Raat // *Plos One.* – Vol. 8. – Issue 11. – e80812.
15. Essau C. Course and outcomes of somatoform disorders in non-referred adolescents / C. Essau // *Psychosomatics.* – 2007. – Vol. 48 (6). – P. 502–509.
16. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalization / Hotopf M., Wilson-Jones C., Mayou R. [et al.] // *British Journal of Psychiatry.* – 2000. – Vol. 176. – P. 273–280.
17. Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders / Marshall T., Johns D., Ramchandani P. [et al.] // *Br. J. of Psychiatry.* – 2007. – Vol. 191. – P. 449–450.
18. 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.
19. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб., 2004. – 547 с.
20. 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.

ОСОБЕННОСТИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАК МИШЕНИ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Н.Ю. Венёвцева

В исследовании изучались особенности биопсихосоциальной сферы подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВД ССС) и условно здоровых школьников. Обнаружено, что у всех подростков с СВД ССС снижены все показатели качества жизни. Кроме того, у всех пациентов определялись признаки вегетативной дисфункции. Большинство школьников также имели вегетативные расстройства. Однако, несмотря на это, они сохраняют достаточный адаптационный ресурс. Это может быть связано со значительно большей социальной поддержкой как со стороны родителей, так и друзей. Поэтому психокоррекция должна быть направлена на улучшение навыков общения со сверстниками, нормализацию внутрисемейных отношений, повышение самооценки. В таком случае предпочтение следует отдавать групповой психотерапии перед индивидуальной.

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

PECULIARITIES OF BIOPSYCHOSOCIAL STATE OF INPATIENTS ADOLESCENTS WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CASE OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

N. Venovtseva

The aim of the study was to determine biopsychosocial state of adolescents with SVD CVS and without it and to compare results. All adolescents with SVD CVS had low level of life quality. They also had signs of vegetative disfunction. But most of students also had signs of vegetative disorders and they could save normal adaptation resource. It could be associated with good social support by parents and friends. In this case psychotherapeutic intervention should be directed at improvement of communicative skills, reform of family relations. Group psychotherapy should be used.

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