

С.А. Щудро*,
І.В. Дроздова**,
Л.І. Буряк*,
Т.О. Журавель***

ВИЯВЛЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ПІДЛІТКІВ

Дніпропетровська державна медична академія*

(зав. каф. гігієни та екології – доц., д. мед. н. О. А. Шевченко)

Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності**

(дир. – проф. А. В. Іпатов)

Дніпропетровський обласний ліцей-інтернат “Дніпро”***

(дир. – доц., к. хім. н. Т.О. Журавель)

Ключові слова: підлітки,
внутрішня картина хвороби,
гендерні та вікові особливості
Key words: adolescents, internal
clinical picture of disease, gender
and age peculiarities

Резюме. У 480 юношей і дівчат 15-17 років вивчені особливості реагування на захворювання при допомозі методики психологічної діагностики типів відношення к болезні. Установлено, що підлітки відрізняються вираженістю гармонічного, ергопатичного і ейфоричного видів; розповсюдженістю параноїяльного, ергопатичного, анагнозичного, чутливого і ейфоричного; комбінаціями анагнозичного, ейфоричного, параноїяльного, неврастеничного і обсесивно-фобичного типів відношення к болезні. Нарухи соціальної і психологічної адаптації більш ніж у половини підлітків суттєво перешкоджають ефективному впровадженню здоров'єопределяющей технології в школі.

Summary. Peculiarities of reaction to the disease were studied by means of procedure of psychologic diagnostics of types of attitude to the disease in 480 youths and girls. It was established that adolescents are distinguished by expressiveness of harmonic, ergopathic and euphoric types; prevalence of paranoic, ergopathic, anosognosic, sensitive and euphoric; combinations of anosognosic, euphoric, paranoic, neurosthenic and obsessional-phobic types of attitude to the disease. Disorders of social and psychologic adaptation in more than half part of adolescents essentially hinders effective introduction of health-determining technology at school.

Дестабілізаційні процеси у суспільстві, психоемоційна напруга в сім'ях і виховних закладах відображаються на психічному розвитку дітей та підлітків [1, 3]. Вивчення психогігієнічних показників учнів загальноосвітніх навчальних закладів свідчить, що серед них відмічається значна поширеність нейротизму, ситуаційної та особистісної тривожності, а також таких типів акцентуацій особистості, як гіпертимний, екзальтований, циклотимічний; існує чіткий кореляційний зв'язок між виявленням кардіальних, пульмонологічних, ендокринних і психологічних розладів серед школярів та акцентуаціями характеру за збудливим, дистимічним та екзальтованим типами [2, 8].

Встановлені рядом авторів особливості внутрішньої картини хвороби підлітків із соматичними захворюваннями стосувались змістовних особистісних компонентів структури цієї картини, які розкривали уявлення підлітків щодо свого здоров'я через визначення психічних, психоемоційних, тілесних та інших індивідуально-особистісних властивостей. Якщо до групи особистісних компонентів внутрішньої картини здоров'я здорових підлітків належали такі ком-

поненти як: мотиваційно-потребовий, ціннісний, самооцінковий, емоційний, поведінковий, тілесний, когнітивний, вольовий та компонент контролю; то у підлітків із соматичними захворюваннями – додатковим був ще компонент віри, який включав сподівання підлітків на одужання, швидке подолання хвороби [4, 6]. Проте до цього часу не існує робіт, які б вивчали гендерні та вікові особливості реагування на захворювання підлітків з точки зору психологічних та гігієнічних уявлень щодо їх здоров'я.

Мета роботи – виявити вікові та гендерні особливості внутрішньої картини хвороби у підлітків 15-17 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під час досліджень, які проводились у загальноосвітніх школах № 6, 15, 30, 52, 59, 78, 85, 99, 120 міста Дніпропетровська та Дніпропетровському обласному медичному ліцеї-інтернаті “Дніпро”, обстежено 480 підлітків. Серед них було всього 150 юнаків і 330 дівчат, із них у віці 15 років – 50 і 100, у віці 16 років – 60 та 100, у віці 17 років – 40 і 130 осіб відповідно.

Характер дослідження: рандомізоване, порівняльне дослідження. Критерієм включення до

нього були юнаки та дівчата 15-17 років, які навчались у 9-11-х класах загальноосвітніх шкіл та ліцеї-інтернаті. Критерії виключення: діти молодшого віку; наявність у юнаків і дівчат ендогенних психічних розладів та супутніх захворювань у стадії загострення, які впливають на якість їхнього життя; відмова від обстеження. Батьки усіх підлітків, а також юнаки та дівчата підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

Внутрішня картина хвороби підлітків вивчалась за методикою психологічної діагностики типів ставлення до хвороби [5, 7]. Для обробки результатів дослідження застосовували методи математичної статистики. Порівняння проводилося між даними, отриманими у юнаків і дівчат, та між результатами обстеження підлітків 15, 16 та 17 років. Статистична оцінка вибірки включала первинний статистичний та кореляційний аналізи. Для оцінки різниць між вибірками використовували критерії однорідності. Рівень довірчої імовірності (p) вважали $> 0,95$ [9, 10].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлена у підлітків внутрішня картина хвороби показала, що юнаки та дівчата 15-17 років відзначались виразністю гармонічного, ергопатичного, обсесивно-фобічного та іпохондричного типів реагування на захворювання. У дівчат чисті типи ставлення до хвороби діагностувались у 37,5%, змішані – у 34,4%, не сформувався тип ставлення до хвороби – у 28,1% випадків. Серед юнаків 15-17 років чисті види реагування на захворювання визначались у 25,0%, змішані – у 43,8%, не сформувався тип – у 31,2% обстежених.

У структурі чистих типів серед юнаків зустрічались: ейфоричний – у 50,0%, паранояльний та ергопатичний – по 25,0%; серед дівчат: паранояльний – у 58,3%, апатичний – у 16,7%, ергопатичний, ейфоричний та сенситивний – по 8,3% відповідно. Система відносин, пов'язаних із хворобою, не завжди вкладалась у чисті типи, і у підлітків діагностувались змішані види. У структурі всіх виділених типів ставлення до хвороби серед юнаків виявлялись: паранояльний – у 57,1%, аназогнозичний – у 42,9%, ергопатичний та ейфоричний – по 28,6%, сенситивний, апатичний, неврастенічний та обсесивно-фобічний – по 14,3%; серед дівчат: ергопатичний – у 81,8%, ейфоричний – у 54,5%, паранояльний та сенситивний – по 27,3%, аназогнозичний, апатичний, обсесивно-фобічний – по 9,1% відповідно.

У юнаків 15-17 років гармонічний тип реагування на захворювання корелював із тривожним, іпохондричним, неврастенічним, обсесивно-фо-

бічним, егоцентричним, паранояльним; іпохондричний – з гармонічним, тривожним, апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, сенситивним, егоцентричним, аназогнозичним, паранояльним; обсесивно-фобічний – з гармонічним, іпохондричним, неврастенічним, егоцентричним, ейфоричним; ергопатичний – із тривожним, іпохондричним, неврастенічним і егоцентричним видами. У дівчат 15-17 років гармонічний тип ставлення до захворювання був асоційований з іпохондричним, апатичним, неврастенічним, егоцентричним, ергопатичним; іпохондричний – з гармонічним, тривожним, апатичним, неврастенічним, сенситивним, ейфоричним, аназогнозичним, ергопатичним, паранояльним; обсесивно-фобічний – з апатичним, егоцентричним; ергопатичний – з гармонічним, тривожним, іпохондричним, апатичним, егоцентричним типами.

Існують певні вікові та гендерні відмінності типів ставлення до хвороби у підлітків. У юнаків 15 років найбільш виразними були гармонічний, ейфоричний, ергопатичний типи реагування на захворювання. Чисті типи реагування на захворювання серед них діагностувались у 20,0%, змішані – у 40,0%, не сформувався тип – у 20,0% випадків. У дівчат 15 років виразними були іпохондричний, ейфоричний та ергопатичний типи ставлення до хвороби. Чисті типи серед них діагностувались у 70,0%, не сформувався тип ставлення до хвороби – у 20,0% випадків, змішаних типів не було.

У структурі чистих типів у юнаків 15 років зустрічався ейфоричний тип – у 100,0% обстежених; серед дівчат цього віку: паранояльний – у 57,1%, ергопатичний, ейфоричний та апатичний – по 14,3%. У структурі усіх виділених типів реагування на захворювання серед юнаків виявлялись: ергопатичний – у 50,0%, аназогнозичний та паранояльний – по 25,0% відповідно.

Гармонічний тип у юнаків 15 років корелював з іпохондричним, сенситивним, егоцентричним, ейфоричним, аназогнозичним, ергопатичним; ейфоричний – з гармонічним, тривожним, іпохондричним, сенситивним, аназогнозичним, ергопатичним, паранояльним; ергопатичний – з гармонічним, тривожним, іпохондричним, апатичним, неврастенічним, сенситивним, егоцентричним, ейфоричним видами. Іпохондричний тип у дівчат 15 років був асоційований із тривожним, апатичним, обсесивно-фобічним, егоцентричним; ейфоричний – із тривожним, апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, ергопатичним; ергопатичний – з гармонічним, апатичним, ейфоричним типами.

У юнаків 16 років виразними були гармонічний, сенситивний, аназогнозичний. Чисті типи реагування на захворювання серед них діагностувались у 16,7%, змішані – у 33,3%, не сформувався тип – у 50,0% випадків. У дівчат 16 років виразними були гармонічний, ейфоричний, аназогнозичний та ергопатичний типи ставлення до захворювання. Чисті типи серед них діагностувались у 23,2%, змішані – у 38,4%, не сформувався тип – у 38,4% обстежених.

У структурі чистих видів серед юнаків 16 років зустрічався паранояльний тип; серед дівчат цього віку: паранояльний – у 60,0%, апатичний та сенситивний – по 20,0% відповідно. У структурі усіх виділених типів реагування на захворювання серед юнаків виявлялись сенситивний, ейфоричний, аназогнозичний та паранояльний – по 50,0%; серед дівчат: ергопатичний – у 100,0%, ейфоричний – у 66,6%, аназогнозичний та паранояльний – по 33,3% обстежених.

У юнаків 16 років гармонічний тип ставлення до хвороби корелював із тривожним, іпохондричним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, ейфоричним; сенситивний – із тривожним, іпохондричним, обсесивно-фобічним, аназогнозичним; аназогнозичний – із тривожним, іпохондричним, обсесивно-фобічним, сенситивним, егоцентричним видами. Гармонічний тип у дівчат 16 років був асоційований з апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, ейфоричним, ергопатичним, паранояльним; ейфоричний – з гармонічним, тривожним, іпохондричним, апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, ергопатичним; аназогнозичний – із тривожним, іпохондричним, апатичним, неврастенічним, сенситивним, егоцентричним; ергопатичний – з гармонічним, іпохондричним, апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, ейфоричним.

У юнаків 17 років найбільш виразними були гармонічний, сенситивний, ейфоричний, аназогнозичний та ергопатичний види. Чисті типи реагування на захворювання серед них діагностувались у 40,0%, змішані – у 60,0% випадків. У дівчат і юнаків цього віку найбільш виразними були гармонічний, сенситивний, ейфоричний, аназогнозичний та ергопатичний види. Змішані типи серед них діагностувались у 88,9%, не сформувався тип – у 9,1% обстежених. Чисті види ставлення до хвороби серед дівчат цього віку не виявлялись.

У структурі чистих типів у юнаків 17 років зустрічались ейфоричний та ергопатичний види – по 50,0% відповідно. У структурі всіх виді-

лених типів реагування на захворювання серед юнаків виявлялись: апатичний, неврастенічний, обсесивно-фобічний, ейфоричний, аназогнозичний та паранояльний – по 33,3%; серед дівчат: ергопатичний – у 75,0%, ейфоричний – у 50,0%, сенситивний – у 37,5%, паранояльний – у 25,0%, обсесивно-фобічний та апатичний – по 12,5% обстежених.

У юнаків гармонічний тип корелював із тривожним, іпохондричним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним, аназогнозичним, ергопатичним, паранояльним; сенситивний – із тривожним, апатичним, неврастенічним, егоцентричним, аназогнозичним, ергопатичним, паранояльним; ейфоричний – із тривожним, апатичним, обсесивно-фобічним, егоцентричним; аназогнозичний – з гармонічним, іпохондричним, апатичним, неврастенічним, обсесивно-фобічним, сенситивним, егоцентричним, паранояльним; ергопатичний – з гармонічним, тривожним, апатичним, неврастенічним, сенситивним, егоцентричним, паранояльним видами. У дівчат цього віку гармонічний тип був асоційований з іпохондричним, апатичним, егоцентричним, аназогнозичним, ергопатичним; сенситивний – із тривожним, обсесивно-фобічним, паранояльним; ейфоричний – з іпохондричним, апатичним, неврастенічним, егоцентричним, аназогнозичним; аназогнозичний – з гармонічним, іпохондричним, апатичним, ейфоричним, ергопатичним; ергопатичний – з гармонічним, тривожним, апатичним, обсесивно-фобічним і аназогнозичним видами.

Типи ставлення до хвороби об'єднувались у блоки з адекватною соціальною адаптацією та психологічною деадаптацією у зв'язку з наявністю захворювання. Адаптація суттєво не порушувалась у підлітків із гармонічним, ергопатичним та аназогнозичним видами.

Особам з ергопатичним типом реагування на захворювання було притаманне “поринання від хвороби у навчання”, вони намагались продовжувати навчання, вчилися із великим сумлінням, навіть проходили обстеження та лікувались так, щоб це не відволікало від навчання.

Підлітки з аназогнозичним типом ставлення до хвороби активно відкидали думки про захворювання, про їх можливі наслідки. Заперечували наявні прояви захворювання, вважали їх випадковими, відмовлялись від обстеження та лікування, намагались обходитись власними зусиллями.

Гармонічний тип відношення до хвороби у підлітків не виявлявся.

До порушення соціальної адаптації призводили значною мірою типи реагування на хворобу

з інтрапсихічною (тривожний, obsесивно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний) інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, параноальний та ейфоричний).

Поведінку підлітків із неврастенічним типом ставлення до хвороби можна було назвати “дратівливою слабкістю”, у них часто виникали спалахи роздратування, особливо при болях або поганому самопочутті, при незадовільних результатах обстеження дратівливість часто проявлялась на першому зустрічному та завершалась сльозами й каяттям. Цим підліткам притаманні нестерпність больових відчуттів, нетерплячість, каяття у зв’язку з необхідністю турбувати інших та власною нестриманістю.

Особам з апатичним типом реагування на захворювання притаманне було байдуже ставлення до своєї долі, результатів обстеження та лікування; вони втратили будь-який інтерес до всього, чим раніше опікувалися, пасивно підкорялись будь-чій впливам і заохоченню до лікування.

У підлітків з obsесивно-фобічним типом ставленням до хвороби виявлялась тривожна помисливість, яка проявлялась стосовно не реальної небезпеки, а малоймовірних ускладнень хвороби або невдач у житті. Уявна небезпека хвилювала цих осіб більше, ніж реальна, вони шукали ритуали та прикмети, які б могли їх захистити та позбавити тривоги.

При тривожному типі реагування на хворобу підлітки характеризувались безперервним занепокоєнням стосовно можливих ускладнень, не ефективності або навіть небезпечності лікування. Особи з таким ставленням до хвороби весь час шукали нові способи лікування, потребували додаткової інформації щодо свого захворювання, його можливих ускладнень та методів лікування, висловлювали довіру лише “авторитетам”. Цих підлітків більше цікавили об’єктивні дані обстежень, результати аналізів, висновки спеціалістів, ніж особисті почуття; тому вони більше прислуховувались до думки інших, ніж висловлювали власні скарги. Притаманна цим особам тривожність зумовлювала їх пригніченість.

Особи з іпохондричним типом ставлення до хвороби були зосереджені на суб’єктивних больових та інших неприємних відчуттях, постійно розповідали про них оточуючим, перебільшували існуючі та вишукували неіснуючі больові прояви й страждання, були зосереджені на можливості побічної дії ліків; жага до лікування поєднувалась у них з невірою в його успіх, домагання додаткових обстежень – із побоюванням їх шкідливості.

Меланхолічний тип ставлення до хвороби серед підлітків не діагностувався.

Підлітки із сенситивним типом ставлення до хвороби були заклопотані можливим несприятливим враженням, яке могли скласти відомості стосовно їх захворювання на оточуючих. Вони опікувались можливістю своєї ізоляції від однолітків внаслідок “неповноцінності”, зневажливого ставлення до себе, небажаних відомостей щодо причин і природи захворювання. Такі юнаки і дівчата побоювались можливості стати тягарем для своїх близьких, викликати їх недоброчинне ставлення до себе у зв’язку із захворюванням.

Особи з параноальним типом реагування на захворювання були впевненими в тому, що їх хвороба – результат ворожого наміру, вони підозріло відносились до призначення ліків та процедур, пов’язували можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків з недбалістю або злими намірами лікарів, звинувачуючи та вимагаючи їх покарання у зв’язку з цим.

Необгрунтовано підвищений настрій, часто удаване, зневажливе, легковажне ставлення до свого захворювання, надія на те, що “все обійдеться”, притаманні особам з ейфоричним типом відношення до хвороби. Вони намагались отримувати від життя усі задоволення, ні на що незважаючи, та легко порушували призначений режим лікування, незважаючи на те, що ці порушення могли несприятливо віддзеркалитись на перебігу хвороби.

Провідною рисою підлітків з егоцентричним типом ставлення до хвороби було “поринання у хворобу”. Вони виставляли назовні свої страждання та переживання, намагались повністю заволодіти увагою близьких та оточуючих, вимагали виняткової турботи до себе, будь-яку розмову оточуючих переводили на себе. Ці особи постійно підкреслювали своє особливе положення, відмінність своєї хвороби, а в інших однолітках, які також потребували уваги та піклування, вбачали лише “конкурентів” і ставились до них неприязно.

Таким чином, підлітки 15-17 років відзначались виразністю гармонічного, ергопатичного та ейфоричного типів реагування на захворювання, при цьому в юнаків і дівчат поширеними були змішані типи ставлення до хвороби – у 43,8 та 34,4% відповідно. У структурі чистих типів серед юнаків найбільш поширеними були ейфоричний, параноальний, а також ергопатичний, серед дівчат – параноальний та апатичний; у структурі усіх типів у юнаків – параноальний, аназогнозичний, ергопатичний та ейфоричний; у

дівчат – ергопатичний, ейфоричний, паранояльний і сенситивний види. Найчастіше зустрічались комбінації аназогнозичного, ейфоричного, паранояльного, неврастенічного й обсессивно-фобічного типів ставлення до хвороби. Психологічна й соціальна адаптація була порушена у 62,5% юнаків та у 68,8% дівчат, що значною мірою знижувало їх адаптаційні можливості.

У юнаків і дівчат 15 років найбільш виразними були гармонічний, ейфоричний та ергопатичний типи ставлення до хвороби. Серед юнаків переважали змішані типи (40,0%), а серед дівчат – чисті (70,0%). У структурі чистих типів реагування на захворювання серед юнаків спостерігався лише ейфоричний, а серед дівчат переважав паранояльний вид; у структурі усіх типів ставлення до хвороби в юнаків – ергопатичний, а у дівчат змішаних типів не було. Найбільш частими в юнаків були комбінації аназогнозичного, ергопатичного та паранояльного видів. Психологічна й соціальна адаптація була порушена у 40,0% юнаків і у 60,0% дівчат, що суттєвим чином знижувало їх адаптаційні можливості.

У юнаків 16 років найбільш виразними були гармонічний, сенситивний та аназогнозичний, а у дівчат цього віку – гармонічний, ейфоричний, аназогнозичний, а також ергопатичний типи ставлення до хвороби. У юнаків і дівчат більшою мірою не сформувалась внутрішня картина хвороби, а змішані типи реагування спостерігались у 33,3 та 38,4% обстежених відповідно. У структурі чистих видів у юнаків і дівчат домінував паранояльний тип ставлення до хвороби; у структурі усіх типів серед юнаків – сенситивний, ейфоричний, аназогнозичний та паранояльний, серед дівчат – ергопатичний, ейфоричний, аназогнозичний, а також паранояльний. Найбільш частими в підлітків цього віку були комбінації ейфоричного, паранояльного, аназогнозичного, сенситивного та ергопатичного видів. Психологічна й соціальна адаптація була порушена у 50,0% юнаків і у 61,5% дівчат, що значною мірою знижувало їх адаптаційні можливості.

У підлітків 17 років, як юнаків, так і дівчат, найбільш виразними були гармонічний, сенситивний, ейфоричний, аназогнозичний та ергопатичний типи ставлення до хвороби. У них переважали змішані види реагування на захворювання: 60,0% – у юнаків і 88,9% – у дівчат. У структурі чистих типів серед юнаків домінували

ейфоричний та ергопатичний види, тоді як у дівчат чисті типи не виявлялись. У структурі всіх видів реагування на захворювання серед юнаків виявлялись апатичний, неврастенічний, обсессивно-фобічний, ейфоричний, аназогнозичний, паранояльний; серед дівчат – ергопатичний, ейфоричний, сенситивний та паранояльний. Найбільш частими серед юнаків були комбінації аназогнозичного, ейфоричного, паранояльного, неврастенічного, обсессивно-фобічного; серед дівчат – ейфоричного, ергопатичного, сенситивного, паранояльного, обсессивно-фобічного типів ставлення до хвороби. Психологічна й соціальна адаптація була порушена у 80,0% юнаків та у 88,8% дівчат, що суттєвим чином знижувало їх адаптаційні можливості.

Визначення особливостей реагування на захворювання у підлітків 15-17 років, поряд із фізичною, гігієнічною та соціальними характеристиками, має враховуватись в оцінці стану їхнього здоров'я, бути основою для створення програм психо-гігієнічної корекції наявних порушень та необхідною складовою здоров'явизначаючої технології у школі.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш поширеними серед підлітків 15-17 років є ергопатичний, ейфоричний та гармонічний типи ставлення до хвороби; значна розповсюдженість видів реагування на захворювання з інтер- та інтрапсихічною спрямованістю призводить до порушення психологічної й соціальної адаптації у 62,5% юнаків і у 68,8% дівчат.

2. Віковими особливостями ставлення до хвороби у юнаків і дівчат 15-17 років є збільшення змішаних видів з 40,0% до 60,0% і з 30,0% до 88,9%; та порушень психологічної й соціальної адаптації з 40,0% до 80,0% і з 60,0% до 88,8% відповідно.

3. Гендерними особливостями реагування на захворювання є формування змішаних типів у 40,0% юнаків 15 років й у 38,4% і 88,9% дівчат 16 і 17 років; та зростання порушень психологічної й соціальної адаптації у дівчат 15, 16 і 17 років у 60,0%; 61,5% і 88,8% відповідно.

4. Виявлені вікові та гендерні особливості реагування на захворювання у підлітків повинні бути основою формування програми психотерапевтичної корекції порушень здоров'я, необхідною складовою здоров'явизначаючої технології у загальноосвітніх навчальних закладах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранов А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с.
2. Безрукава Н.Ю. Використання показників психофізіологічних функцій та особливостей особистості як інтегральних критеріїв гігієнічної оцінки функціонального стану організму підлітків / Н.Ю. Безрукава // Гігієна населених місць. – 2007. – Вип. 50. – С. 317–320.
3. Галієнко Л.І. Громадське здоров'я в Україні: основні тенденції та проблеми / Л. І. Галієнко // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 21–22.
4. Даценко И.Б. Личностные особенности подростков с мозговой дисфункцией / И.Б. Даценко // Мед. психология. – 2008. – № 2. – С. 18–23.
5. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев – [2-изд.]. – СПб.: Питер, 2005. – 509с.
6. Особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків із соматичними захворюваннями / О.О. Кирилова, О.Є. Беляєва, Г.В. Кукурудза, С.М. Цилюрик // Моніторинг здоров'я школярів: міжсекторальна взаємодія лікарів, педагогів, психологів : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Харків: ДУ “ІОЗДП АМНУ”, 2009. – С. 52–54.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [учеб. пособие] / Д.Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, М.: 2002. – 172с.
8. Сергета І.В. Інтегральний підхід до гігієнічної оцінки та моніторингу функціонального стану дітей та підлітків / І.В. Сергета, Н.Ю. Безрукава // Вісник морфології. – 2006. – № 12. – С. 273–275.
9. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
10. Статистична обробка даних / В.П. Бабак, А.Я. Білецький, О.П. Приставка [и др.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388с.

