



О. І. МАСІК

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Стан загальноадаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків

Мета — визначити роль дезадаптивних реакцій у формуванні психосоматичних розладів у підлітків.

Матеріали і методи. Проведено оцінку соматичного стану підлітків (18 хлопців та 39 дівчат, середній вік підлітків — $(14,0 \pm 2,0)$ роки) із загальноосвітньої школи та школи-інтернату, які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні Хмельницької обласної та міської дитячої лікарні з приводу психосоматичних розладів. Проаналізовано результати дослідження з використанням психодіагностичних та патопсихологічних методик (тест-опитувальник батьківського відношення (А.Я. Варга, В.В. Столін), оцінка настрою, карта спостережень Д. Стотта, шкала-термометр, тест Айзенка, тест Спілбергера—Ханіна).

Результати. У підлітків-сиріт та напівсиріт виявлено порушення механізмів особистісної адаптації. Такі діти можуть часто порушувати поведінку та вимагають уваги педагогічних працівників і психолога школи. Встановлено особливості дезадаптивних реакцій у формуванні психосоматичних розладів у підлітків. Визначено оптимальні патопсихологічні методики для діагностики дезадаптації при психосоматичних розладах.

Висновки. У виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють психотравмувальний чинник та стан суб'єкта, який зазнає його впливу.

Ключові слова: психосоматичні розлади, психічні порушення, підлітки, розлади адаптації, дезадаптація.

Тривалі емоційні навантаження, які виникають протягом життя, зумовлюють психосоматичні явища — тілесне віддзеркалення душевного життя людини. За даними ВООЗ, від 38 до 42 % пацієнтів, які відвідують лікарів соматичного профілю, належать до групи психосоматичних хворих [1, 8]. Психологічні механізми пов'язані з впливом емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції, які пояснюють поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок із культурними традиціями та умовами життя. Порушення емоційно-вегетативної сфери внаслідок психоемоційного стресу вважають основними тригерами формування психосоматичних розладів [8].

Загальноадаптивні реакції — відображення резистентності та реактивності організму людини. Саме їх станом можна пояснити індивідуальну варі-

абельність патогенезу та клінічних виявів, хронічний прогресивний перебіг інфекційних та соматичних захворювань у дітей [4].

Сучасна тенденція в дослідженнях психічних розладів передбачає використання біопсихосоціального підходу з урахуванням багатофакторної природи захворювань. Біопсихосоціальна модель припускає вплив психологічних і соціальних чинників на виникнення, перебіг, підтримку та наслідки не лише функціональних соматичних і психоемоційних розладів, а й усіх захворювань людини [9, 10].

Роль психіки найбільше виявляється у формуванні таких захворювань, які розвиваються на основі так званих вегетативних розладів за типом функціональних порушень системи кровообігу, симптомокомплексу вегетодистонії, функціональних розладів серцевого ритму, а також низки захворювань з «невідомих причин», тобто без чітко визначеної причини [5].

© О. І. Масік, 2016

Мета роботи — визначити роль дезадаптивних реакцій у формуванні психосоматичних розладів у підлітків.

Матеріали і методи

Обстежено 57 підлітків-школярів загальноосвітніх шкіл № 1 та № 2 і школи-інтернату м. Хмельницького, які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні Хмельницької обласної та міської дитячої лікарні з приводу психосоматичних розладів. Серед обстежених було 18 хлопців та 39 дівчат. Середній вік підлітків — $(14,0 \pm 2,0)$ року.

Пацієнтів розподілили на дві групи спостереження. До першої групи залучено 43 особи, які виховувалися у повній сім'ї, до другої — 14 підлітків, які були сиротами та напівсиротами.

У всіх учасників дослідження вивчали скарги, дані анамнезу, проводили детальний аналіз психічного та соматичного станів. Під час обстеження використовували такі психодіагностичні та патопсихологічні методики: тест-опитувальник батьківського відношення (А. Я. Варга, В. В. Столін), оцінка настрою, карта спостережень Д. Стотта, шкала-термометр, тест Айзенка, тест Спілбергера — Ханіна.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., США) [2].

Результати та обговорення

Скарги соматичного характеру виявлено у 9 (20,93%) підлітків 1-ї групи і 10 (71,43%) — 2-ї. Найчастіше (відповідно у 7 (16,28%) та 4 (28,57%) підлітків) відзначено порушення з боку центральної нервової системи (загальна слабкість, зниження працездатності, головний біль, астения, порушення сну, сні з кошмарами, зниження настрою, емоційна лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивна поведінка, тремор верхніх та нижніх кінцівок, зниження уваги). Двоє (4,65%) хворих з 1-ї групи і 6 (42,86%) — 2-ї групи вказували на порушення з боку шлунково-кишкового тракту (біль у животі, гіркота та неприємний присмак у роті, відчуття печії, нудота, блювання, послаблення випорожнення та діарея, карієс).

Виявлено наявність передвісників психосоматичної патології у вигляді окремих симптомів нервового перенапруження (тривога, відчуття внутрішнього занепокоєння або напруження, скутості, неможливість розслабитися, підвищена нервозність та роздратованість, зниження концентрації уваги і, як наслідок, — погіршення пам'яті, агрипнічні розлади, підвищена стомлюваність та різноманітні страхи) у підлітків 2-ї групи. У представників 1-ї групи цих ознак не спостерігали.

Проведене анкетування за методикою батьківського відношення А. Я. Варга та В. В. Століна виявило, що середні значення за шкалою «кооперація» в обох групах підлітків свідчать про високий рівень батьківського відношення (табл. 1).

Середні значення показників «симбіоз» та «авторитарна гіперсоціалізація» були у межах норми, показників «маленький невдаха» і «прийняття — відторгнення» визначаються на низькому рівні. З огляду на статистично значущі відмінності за показниками між групами можна дійти висновку, що батьківське ставлення до підлітків у школі-інтернаті ґрунтується на авторитарному типі виховання, тобто прийняття підлітка супроводжується вимогами соціальних успіхів і досягнень при тотальному контролі в цих сферах. Це свідчить про змішаний тип батьківського ставлення, а також про те, що батьки здебільшого сконцентровані на контролюванні поведінки підлітка, вимагаючи від нього повної покірності та слухняності, тим самим пригнічуючи його самостійність та автономність.

Отримані дані підтверджуються встановленими кореляційними зв'язками за Спірменом, а саме: показник «прийняття — відхилення» має прямо пропорційний зв'язок із показником «кооперація» ($r = 0,64$, $p < 0,05$), який свідчить про те, що соціально бажаний образ батьків залежить від емоційного чинника прийняття. Показник «авторитарна гіперсоціалізація» обернено пропорційно корелює із показником «прийняття — відхилення» ($r = -0,70$, $p < 0,05$), що вказує на поведінковий чинник контролю та емоційний чинник відхилення. Встановлено кореляційний зв'язок між шкалами «кооперація» у підлітків з повної сім'ї та сиротами

Т а б л и ц я 1

Результати опитувальника батьківського відношення (А. Я. Варга, В. В. Столін), %

Показник	1-ша група	2-га група	p
Прийняття — відхилення	61,52 ± 18,87 (0,38)	77,63 ± 18,87 (0,51)	< 0,001
Кооперація	39,59 ± 14,25 (0,35)	37,65 ± 18,74 (0,88)	< 0,001
Симбіоз	84,96 ± 17,55 (0,29)	67,12 ± 21,03 (0,74)	< 0,001
Авторитарна гіперсоціалізація	67,93 ± 22,39 (0,42)	72,66 ± 19,64 (0,67)	< 0,001
Маленький невдаха	61,33 ± 19,58 (0,39)	67,88 ± 21,83 (0,76)	< 0,01

Тут і далі дані наведено у вигляді $M \pm t$ (σ), де M — середнє арифметичне, t — похибка, σ — середнє квадратичне відхилення.

($r = 0,68$, $p < 0,05$). Наші дані близькі до результатів, отриманих І. М. Леоновою при дослідженні дитячо-батьківських стосунків у школі-інтернаті [3]. Автор виявила характеристики, які відображують об'єктивну подвійну батьківську позицію щодо ставлення до підлітка, та їх зв'язок із суб'єктивним чинником — образом, який створив підліток про це ставлення під впливом усвідомлюваних і неусвідомлюваних чинників.

Аналіз результатів тесту «Оцінка настрою» виявив знижений настрій, повільність і байдужість у групі сиріт, тоді як діти з повної сім'ї мали звичайний, добрий, спокійний настрій та працездатність. Статистично значущі відмінності при порівнянні досліджуваних груп отримані за критерієм Стюдента та F-критерієм Фішера (табл. 2).

Виховування підлітків у повній сім'ї формує у них відчуття міцної родини, безпеки, дає змогу брати участь у житті школи чи класу, доступ до улюбленого заняття і комфортні умови проживання. Все це сприяє впевненості у собі та психічному здоров'ю дитини.

Аналіз результатів опитувальника «Карта спостережень Д. Стотта» виявив наявність дезадаптованості у 14 (32,56%) підлітків з 1-ї групи та 12 (85,71%) — з 2-ї. Коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів установлено відповідно у 3 (6,98%) та 9 (64,29%) підлітків, що свідчить про значне порушення механізмів особистісної адаптації. Таких підлітків можна віднести до категорії важковиховуваних, оскільки вони часто порушують поведінку і постійно потребують уваги педагогічних працівників та психолога школи [6, 7].

Анкетування з використанням шкали-термометра підлітків 1-ї групи виявило вищу середню суб'єктивну оцінку свого стану (табл. 3).

Що вищою була самооцінка в цілому, то більшою мірою можна припустити підвищення емоційного тла настрою. Настрій впливає на всю поведінку, створюючи засади загального самопочуття, тому відбивається на показниках усіх шкал [6]. Якщо стійке підвищення доходить до рівня верхнього інтервалу, то, найімовірнішою є нереалістичність самооцінки або навіть її неадекватність. Це зазвичай поєднується зі зниженням критичності.

Підлітки 2-ї групи оцінили свій стан за показниками самопочуття, активність, настрій шкали-термометра вище за середній рівень (див. табл. 3). Можна припустити, що завищена самооцінка є варіантом механізму психологічного захисту, зняття підвищеної тривожності, психічної дезадаптації. Суб'єктивна оцінка за показниками бажання працювати та задоволеність минулим етапом у 2-й групі була заниженою, що узгоджувалося з результатами тесту «оцінки настрою». Варіабельність оцінки за цими показниками може вказувати на нерівномірну самооцінку, що можна розцінити як емоційну нестійкість, яку виражає самооцінка.

За результатами тесту Айзенка, призначеного для діагностики екстра-інтраверсії і нейротизму, у 1-й групі виявлено характеристики сангвініка у 17 (39,53%) осіб, флегматика — у 9 (20,93%), меланхоліка — у 5 (11,63%), холерика — у 3 (6,98%), змішаний тип — у 9 (20,93%), у 2-й групі — відповідно у 3 (21,43%), жодного, 4 (28,57%), 4 (28,57%) та 3 (21,43%) підлітків, що свідчить про рівномірний розподіл типів темпераменту. Відсутність у групі підлітків-сиріт флегматичного темпераменту може вказувати на потребу таких дітей в активній поведінці, енергійності, здатності до ефективних дій у досягненні мети.

Тест Айзенка містить також «шкалу брехні». При оцінці щирості-нещирості випробуваного, його

Т а б л и ц я 2

Показники тесту «Оцінка настрою»

Показник	1-ша група	2-га група	p
Настрій	4,721 ± 1,098 (0,077)	4,230 ± 1,691 (0,227)	0,011
Астенія	7,953 ± 1,463 (0,079)	5,923 ± 2,019 (0,230)	0,001
Ейфорія	8,488 ± 1,099 (0,058)	8,923 ± 0,277 (0,026)	0,00001

Т а б л и ц я 3

Показники шкали-термометра

Показник	1-ша група	2-га група	p
Самопочуття	17,03 ± 3,43 (0,14)	15,50 ± 5,50 (0,44)	0,01
Активність	15,68 ± 4,27 (0,18)	14,50 ± 5,50 (0,46)	0,01
Настрій	17,03 ± 3,22 (0,13)	16,00 ± 5,16 (0,41)	0,01
Бажання працювати	13,68 ± 4,88 (0,22)	6,00 ± 6,83 (0,88)	0,001
Задоволеність минулим етапом	15,00 ± 3,91 (0,17)	9,10 ± 4,97 (0,52)	0,0001

ставлення до обстеження та вірогідності результатів найвищу суму балів виявлено у 18 (41,86 %) осіб з 1-ї групи та 5 (35,71 %) — з 2-ї ($p > 0,05$).

Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності за тестом Спілбергера — Ханіна розцінено як помірний в обох групах: у підлітків 1-ї групи — $(41,26 \pm 5,19)$ бала ($\sigma = 0,12$) та $(42,14 \pm 7,34)$ бала ($\sigma = 0,17$) відповідно, у підлітків 2-ї групи — $(43,37 \pm 10,15)$ бала ($\sigma = 0,41$) та $(42,0 \pm 14,30)$ бала ($\sigma = 0,59$). Різниця значень між групами була статистично значущою лише за F-критерієм Фішера ($p < 0,001$ для обох показників).

Таким чином, результати дослідження засвідчили, що у виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграє стан суб'єкта, який знає впливу психотравмального чинника.

Висновки

У 28,57 % обстежених підлітків-сиріт і 16,28 % підлітків з повної сім'ї виявлено ознаки порушення з боку центральної нервової системи (загальна слабкість, зниження працездатності, головний біль, астенія, агрипнічні розлади, зниження на-

строю, емоційна лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивна поведінка, тремор рук, ніг, зниження уваги), але симптоми нервового перенапруження, тривожність, дезадаптація, неадекватна оцінка свого стану, які сприяють розвитку психосоматичних розладів, виявлено лише в групі підлітків-сиріт.

Коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта» зафіксовано у 64,29 % підлітків-сиріт, що свідчить про серйозні порушення механізмів особистісної адаптації. Виражене варіювання значень показників тесту шкали-термометра може свідчити про нерівномірну самооцінку та емоційну нестійкість підлітків-сиріт.

Рівномірний розподіл типів темпераменту, відсутність флегматичного темпераменту у групі підлітків-сиріт може свідчити про уразливість цих осіб та вірогідність розвитку у них психічної дезадаптації.

У діагностиці дезадаптації при психосоматичних розладах необхідно віддавати перевагу патопсихологічним методикам, спрямованим на виявлення тривожності, депресії, вегетативних розладів, оцінки самопочуття, активності, настрою.

Література

1. Коломоєць М. Ю., Павлюкович Н. Д., Ходоровський В. М., Ткач Є. П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань // Буковин. мед. вісн. — 2008. — Т. 12, № 1. — С. 141—144.
2. Лабоцкий В. В. Управление знаниями (технологии, методы, средства представления, извлечения и измерения знаний). — Минск: Современ. шк., 2006. — 392 с.
3. Леонова І. М. Аналіз дитячо-батьківських стосунків підлітків школи-інтернат [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.socd.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/elopen/actprob16_133—142.pdf.
4. Пипа Л. В., Пілюйко Н. В., Філик А. В. та ін. Динаміка загальноадаптивних реакцій організму та показників крові у дітей із рецидивуючими бронхітами в умовах санаторно-курортної реабілітації // Клінічні дослідження — міждисциплінарна проблема. Дитячий лікар. — 2014. — № 7 (36). — С. 1—5.
5. Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр. / За ред. С. Д. Максименко / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. — К., 2002. — Т. 4, ч. 1. — С. 225—233.
6. Семенча Л. Г. Психологічні особливості поведінкових проявів дезадаптованих підлітків // Психологічні перспективи. — 2012. — Вип. 20. — С. 223—233.
7. Спіріна І. Д., Леонов С. Ф., Чернова М. М. та ін. Профілактика психосоматичної дезадаптації у родичів хворих із первинним психотичним епізодом // Таврич. мед.-биол. вестн. — 2009. — Т. 12, № 4 (48). — С. 194—198.
8. Старинець Н. Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини // Вісн. морфол. — 2013. — Т. 19, № 1. — С. 220—225.
9. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебн. пособие для врачей и психологов. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб: Речь, 2006. — 352 с.
10. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи — 3-е изд. — СПб: Питер, 2002. — 656 с.

О. И. МАСИК

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Состояние общеадаптивных и дезадаптивных реакций при психосоматических расстройствах у подростков

Цель — определить роль дезадаптивных реакций в формировании психосоматических расстройств у подростков.

Материалы и методы. Проведена оценка соматического состояния подростков (18 юношей и 39 девушек, средний возраст подростков — $(14,0 \pm 2,0)$ года) из общеобразовательной школы и школы-интерната, которые находились на стационарном лечении в детском отделении Хмельницкой областной и городской детской

больницы по поводу психосоматических расстройств. Проанализированы результаты исследования с использованием психодиагностических и патопсихологических методик (тест-опросник родительского отношения (А. Я. Варга, В. В. Столин), оценка настроения, карта наблюдений Д. Стотта, шкала-термометр, тест Айзенка, тест Спилбергера—Ханина).

Результаты. У подростков-сирот и полусирот выявлены нарушения механизмов личностной адаптации. Такие дети могут часто нарушать поведение и требуют внимания педагогов и психолога школы. Установлены особенности дезадаптивных реакций в формировании психосоматических расстройств у подростков. Определены оптимальные патопсихологические методики для диагностики дезадаптации при психосоматических расстройствах.

Выводы. В возникновении психосоматических заболеваний ведущую роль играют психотравмирующий фактор и состояние субъекта, испытывающего его влияние.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психические нарушения, подростки, расстройства адаптации, дезадаптация.

O. I. MASIK

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

The state of general-adaptive and maladaptive reactions in formation of psychosomatic disorders in adolescents

Objective — to determine the role of maladaptive reactions in the formation of psychosomatic disorders in adolescents.

Methods and subjects. The article presents the assessment of adolescents' somatic state (18 males and 39 females, mean age — 14.0 ± 2.0 years) of secondary school and boarding school who were hospitalized and treated for psychosomatic disorders in the pediatric department of Khmelnytskyi city children hospital; the results of research were analyzed by means of diagnostic psychological and pathopsychological methods: test questionnaire parental relationship (A. Ya. Varha, V. V. Stolin), assessment of mood, D. Stott's map observations, the scale thermometer, Eysenck's test, Spielberg's test.

Results. Disturbances of personal adaptation mechanisms in adolescent orphans and half-orphans were observed. Such children can often disrupt the behavior and require attention from the teachers and the school psychologist. The features of the formation of maladaptive responses in psychosomatic disorders in adolescents were defined. The best pathopsychological techniques aimed at identifying anxiety, depression, autonomic disorders, assessment of health, activity, mood for diagnosis maladjustment in psychosomatic disorders were detected.

Conclusions. Stressful factors and the state of a patient play a leading role in the origin of psychosomatic diseases.

Key words: psychosomatic disorders, psychiatric disorders, adolescents, adaptation disorders, maladjustment.