

Порівняльна оцінка різноспрямованих підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків

Мета роботи — визначення ефективності різних терапевтичних підходів у лікуванні психосоматичних розладів у підлітків.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 60 підлітків з психосоматичними розладами, які були розподілені на три групи. Серед обстежених було 18 хлопців та 42 дівчини. Середній вік підлітків складав $(14,9 \pm 2,0)$ року. Першу групу склали підлітки (27 осіб віком $(14,08 \pm 2,23)$ року), які перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні й отримували терапію сертраліном по 25 мг/добу особам 12–16 років та 50 мг/добу — старше 16 років. Тривалість лікування склала 1,5–2 міс. Пацієнти другої групи отримували терапію ламотриджином у дозі 1–3 мг/кг/добу. Підліткам третьої групи (14 осіб) призначена терапія ламотриджином у поєднанні з психотерапією. Контроль ефективності лікування оцінювали за тестами тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої, шкільної тривожності Філіпса, дитячої депресії М. Kovacs. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на основі комп'ютерної програми Statistica 6.1.

Результати та обговорення. Переважна більшість дітей (75,0 %) мали низький або оптимальний рівень шкільної тривожності. Після медикаментозного лікування рівень тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої за всіма шкалами перейшов у середній, крім ситуаційних негативних переживань, рівень яких залишався високим. Після комплексного лікування показники тесту тривожності знизилися до середнього рівня. При цьому значення особистісної пізнавальної активності залишалися високим, що підтверджує позитивну дію комбінованого лікування психосоматичних розладів завдяки підвищенню зацікавленості, допитливості, інтересу, які активують пізнавальну активність підлітків. Аналіз шкільної тривожності за тестом Філіпса встановив, що у підлітків першої і другої груп на тлі лікування достовірно знизився страх самовираження у порівнянні з показниками до лікування. Комплексне лікування психосоматичних розладів достовірно підвищує адаптаційні можливості організму до стресогенних чинників. Після проведеного лікування у першій і другій групах підлітків рівень депресивності становив $(2,16 \pm 0,16)$, що відповідає рівню субдепресії чи маскованої депресії з високими показниками за шкалою В. Натомість, на тлі комбінованого лікування у підлітків рівень депресивності знизився до $(1,71 \pm 0,12)$, що відповідає легкому зниженню настрою з високими показниками за шкалою В. Підлітки із психосоматичними розладами, які позитивно реагували на психотерапію, характеризуються нижчим рівнем соматизації ($p < 0,05$), але вищою питомою вагою у внутрішній картині хвороби психологічних проблем і труднощів у міжособистісних відносинах ($p < 0,01$) з піками за субшкалами міжособистісної чутливості і ворожості.

Висновки. Медикаментозна терапія психосоматичних розладів з використанням як сертраліну, так і ламотриджину, справляє позитивний вплив на рівень психічних розладів у підлітків: зниження тривожності і страху самовираження до середнього рівня, депресії — до субдепресії чи маскованої депресії. Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії забезпечує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється загалом нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення.

Ключові слова:

психосоматичні розлади, підлітки, психотерапія, клієнт-центрована терапія.



Н.В. Раціборинська-Полякова, О.І. Масік

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Раціборинська-Полякова Наталія Володимирівна
доц. кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

21018, м. Вінниця,
вул. М. Пирогова, 56
E-mail: ratsiborinska@gmail.com

Стаття надійшла до редакції
11 червня 2017 р.

Єдиний підхід до терапії психосоматичних розладів у підлітків, незважаючи на значущість проблеми, на яку вказують як вітчизняні, так і зарубіжні автори, відсутній. У вітчизняній школі психіатрії з її класичною нозологічною направленістю, велике значення приділяється причинам виникнення, перебігу та прогнозу психопатологічної симптоматики [6]. При цьому відзначається практична неможливість визначення причин розвитку психосоматичних розладів, що, в свою чергу, нівелює етіологічний принцип, а отже, основою лікування різних форм психосоматичних розладів залишаються патогенетичні та симптоматичні принципи [3].

Медикаментозна терапія хворих із психосоматичними розладами спрямована на пом'якшення або усунення патологічних моделей поведінки, порушення мислення або настрою [8] на основні групи симптомів-мішеней: афективних і сомато-вегетативних. Серед синдромів у клінічній структурі психосоматичних розладів переважають тривожні, астеничні та депресивні розлади, що зумовлюють особливість клініки, таку як: атипову, поліморфну структуру синдрому, астеничну забарвленість депресивних розладів, невротичний рівень симптоматики, рудиментарність власне афективного компонента [7, 12].

Усе це обумовлює вибір препаратів відповідних фармакологічних груп. Основні вимоги до препаратів у терапії психосоматичних розладів можна сформулювати як здатність запобігати стресам та ліквідувати або зменшувати прояви того чи іншого синдрому — симптомокомплексу, що переважає в клінічній картині [7, 8].

Пошук «золотого стандарту» для лікування подібних порушень, якими визнаються селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) й інші препарати сучасних генерацій для дорослих пацієнтів, триває [5]. Складність проблеми пов'язана з відсутністю нормативних документів. Так, дослідження ефективності та безпеки сучасних психотропних засобів, проведені відповідно до стандартів FDA у дитячо-підлітковій популяції, вельми нечисленні і свідчать, що закономірності, виявлені на дорослих когортах, можуть лише частково екстраполюватися на пацієнтів дитячо-підліткового віку [4].

Препаратами першої лінії є СІЗЗС [5, 7, 19], зокрема сертралін, схвалений FDA до використання у дітей з 6 років (до 100–150 мг на добу) [15]. Як «стабілізатори настрою» широко застосовують ламотриджин, карбамазепін, препарати вальпроєвої кислоти. Ламотриджин є препаратом вибору при хронічному соматоформному больовому розладі. Його застосування доцільне

за наявності в клінічній картині вираженого резидуально-органічного радикала [20].

Більшість дослідників погоджуються з тим, що стандартний фармакотерапевтичний підхід при лікуванні психосоматичних розладів обумовлює вплив на кінцеві ланки патогенетичного ланцюга і дозволяє лише протягом незначного часу стабілізувати стан пацієнта [9, 17], тому надається перевага медикаментозним методам лікування в поєднанні з психотерапевтичними заходами [14, 2, 17]. За даними О.В. Чернишова (2015), комбінована психофармакотерапія дозволяє значно знизити рівень психічних проявів та інтенсивність больового синдрому.

Мета роботи — визначення ефективності різних терапевтичних підходів у лікуванні психосоматичних розладів у підлітків.

Матеріали та методи

Обстежено 60 підлітків, які перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричних відділеннях Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні та Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені акад. О.І. Ющенко з причини психосоматичних розладів. Серед обстежених було 18 хлопців та 42 дівчини. Середній вік підлітків складав ($14,9 \pm 2,0$) року.

Основним методом дослідження став клініко-психопатологічний метод, метою проведення якого була комплексна оцінка психічного статусу підлітка. В рамках комплексного клінічного дослідження підлітків проводили клінічне інтерв'ю, яке включало аналіз скарг, збір анамнезу, проведення фізикального обстеження. Отриману інформацію заносили до спеціально розробленої Анкети оцінки стану здоров'я школяра з врахуванням наданих скарг, перенесених захворювань, супутніх вегетативних проявів.

Усіх пацієнтів, включених у дослідження, розподілили на три групи. При призначенні лікування враховували основний діагноз, супутню патологію та індивідуальні особливості кожного підлітка.

Першу групу склали підлітки (27 осіб віком ($14,08 \pm 2,23$) року), які перебували на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні і включені в дослідження через тиждень після початку терапії соматичної патології. Пацієнти цієї групи отримували лікування, призначене психіатром лікарні з урахуванням протоколів, а саме: антидепресант сертралін по 25 мг/добу особам 12–16 років та 50 мг/добу — старше 16 років. Тривалість лікування склала 1,5–2 міс.

Пацієнти другої групи (19 підлітків віком ($14,91 \pm 2,43$) року) з метою зменшення у них астеноневротичних, астенодепресивних, а також

тривожно-фобічних проявів отримували терапію нормотиміком ламотриджином у дозі 1–3 мг/кг/добу. Препарат разом з протисудомною дією впливає на емоційну сферу, поведінку, когнітивну сферу [13].

Підліткам третьої групи (14 осіб віком $(15,01 \pm 2,03)$ року) призначена терапія ламотриджином у поєднанні з психотерапією. При проведенні групової психокорекційної роботи з підлітками було дотримано наступні принципи добору групи: 1) відносна однорідність групи за віком (різниця не більше 3 років); 2) максимальна різноманітність по акцентуаціях; 3) оптимальна чисельність групи – 5–9 осіб; 4) бажана закритість групи (ті самі учасники працюють на всіх заняттях).

Частота та тривалість занять у групі визначалися можливостями того закладу, де проводилося заняття – в стаціонарі оптимально 3–4 рази на тиждень з тривалістю однієї сесії 60–90 хв.

Нами використовувалась оригінальна розробка психотерапевтичних сесій проведення психотерапії (у співавт. з д. мед. н. О.П. Мостовою).

На першому етапі психокорекційної роботи проводили групове психотерапевтичне заняття, на якому встановлювали психологічний контакт з пацієнтами, з попереднім інформуванням щодо причин розвитку психосоматичних порушень та ознайомленням із загальним планом лікування [1].

На другому етапі, де головною метою психокорекційної роботи було залагодження психопатологічних розладів, проводили корекцію особистісних дисгармонійних рис характеру та соціальної дезадаптації, які лежать в основі комунікативних труднощів і конфліктності.

Психотерапевтична робота на третьому етапі була спрямована на доопрацювання навичок психічної саморегуляції та корекції особистісної структури підлітка. Тренінг для підлітків з психосоматичними порушеннями включав 10 сеансів. Із психотерапевтичних методів ми обрали клієнт-центрований напрямок (*англ.* person-centered therapy), один з різновидів сучасної психотерапії, заснований на емпатії, конгруентності, безумовному прийнятті [16].

Як результат психотерапевтичного впливу ми очікували наступних змін: пацієнт стає більш конгруентним, менше захищається, стає більш послідовним, реалістичним, завдяки чому краще вдається вирішувати проблеми. Підліток стає більш врівноваженим, зменшується відчуття загрози. Все це сприяє зменшенню тривожності, психологічної напруги та самоконтролю. Зростає позитивне ставлення до самого себе, сприйняття інших людей є більш реалістичним тощо [16].

Кожен сеанс включав наступні елементи: привітання, розминку у вигляді вправ чи гри, що дозволяло включитися в процес групи, основний зміст, рефлексію, підбиття підсумків заняття та отримання зворотного зв'язку, завдання на наступний раз, прощання. Під час тренінгу використовували ігрові методи [1, 10, 11].

Критеріями якості лікування вважалися соматовегетативні зміни: нормалізація стану, артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, підвищення толерантності до фізичних та емоційних навантажень. Кінцевим очікуваним результатом лікування є зменшення вираженості скарг хворого, поліпшення стану або одужання [16, 18].

Контроль ефективності лікування оцінювали за тестами тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої, шкільної тривожності Філіпса, дитячої депресії М. Kovacs.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на основі комп'ютерної програми Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., США).

Результати та обговорення

У клінічній картині обстежених підлітків з психосоматичними розладами переважали: астеноневротичний синдром у 40,0 % осіб, конверсивно-дисоціативний – 21,67 %, тривожно-фобічний – у 20,0 % і тривожно-депресивний – у 18,33 % хворих.

До лікування рівень тривожності за опитувальником Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої перебував у межах високого значення в усіх групах спостереження. Найвищу особистісну тривожність виявляли у групі з тривожно-фобічною симптоматикою (21,6 бала), конверсивно-дисоціативним (21,0), тривожно-депресивним (20,7) та астеноневротичним (20,13) синдромами.

Переважає більшість дітей (75,0 %) мали низький або оптимальний рівень шкільної тривожності. Підвищений рівень тривоги виявлено у групі підлітків з тривожно-фобічною симптоматикою (25,0 %) і тривожно-депресивним синдромом (20,0 %), а у підлітків з конверсивно-дисоціативним та астеноневротичним синдромами – по 10,0 %. З них 18,33 % мали підвищений і високий рівень ситуативної тривоги і загальної шкільної тривожності, що свідчить про незадовільний загальний психоемоційний стан школяра, пов'язаний з різними формами його включення в життя школи. Для 21,66 % характерно переживання соціального стресу, у 33,33 % високий рівень тривожності пов'язаний з фрустрацією потреби в досягненні успіху. Мають страх само-

Таблиця 1. Показники шкали Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої після лікування, бали (M ± σ)

Група	Тривожність	Пізнавальна активність	Негативні емоційні переживання	Тривожність	Пізнавальна активність	Негативні емоційні переживання
	Особистісна			Ситуативна		
1-ша (лікування сертраліном) n = 27	23,09 ± 0,28	24,55 ± 0,23	19,82 ± 0,50	24,10 ± 0,33	25,09 ± 0,30	22,09 ± 0,39
2-га (лікування ламотриджином) n = 19	22,42 ± 0,19	25,37 ± 0,14	22,05 ± 0,31	23,84 ± 0,18	24,58 ± 0,14	20,16 ± 0,26
3-тя (комплексне лікування) n = 14	22,5 ± 0,34	27,27 ± 0,26*	22,07 ± 0,27	22,36 ± 0,30	25,78 ± 0,22	18,93 ± 0,36

Примітка. *Достовірна різниця (p < 0,05) показників при порівнянні між групами. Так само у табл. 2

Таблиця 2. Показники шкільної тривожності (%) за тестом Філіпса після лікування (M ± σ)

Група	Шкали тесту							
	Загальна тривожність у школі	Переживання соціального стресу	Фрустрація потреби у досягненні успіху	Страх самовираження	Страх ситуації перевірки знань	Страх невідповідності очікуванням оточуючих	Низький фізіологічний опір стресу	Проблеми страху у стосунках з вчителем
1-ша (лікування сертраліном) n = 27	38,31 ± 4,45	39,67 ± 9,19	44,06 ± 7,00	46,97 ± 7,91	47,62 ± 4,45	45,71 ± 5,48	32,73 ± 14,35	38,64 ± 10,31
2-га (лікування ламотриджином) n = 19	25,60 ± 5,88	37,80 ± 7,44	42,51 ± 4,54	43,86 ± 8,65	35,96 ± 9,89	45,26 ± 8,46	21,05 ± 14,33	45,39 ± 5,35
3-тя (комплексне лікування) n = 14	22,31 ± 5,65*	35,06 ± 11,92	39,56 ± 6,89	40,48 ± 13,93	33,33 ± 5,01*	30,91 ± 5,04*	27,14 ± 15,90	37,50 ± 5,66

вираження 56,67 % учнів, страх ситуації перевірки знань характерний для 60,0 %. Спостерігається підвищений і високий рівень страху не відповідати очікуванням оточуючих у 30,0 % підлітків, для 18,33 % характерна низька фізіологічна опірність стресу. Аналіз проблеми і страхів у відносинах з учителями показав підвищений і високий рівень тривожності у 40,0 % школярів.

Дослідження рівня депресії за наявності ознак соматичної патології за шкалою М. Kovacs виявило у 63,33 % досліджуваних цей рівень вище середнього значення за шкалами, загальне зниження настрою, високий рівень виснаження і почуття самотності, агресивну поведінку, високий негативізм та підвищений рівень тривожності. У 36,67 % діагностовано легке зниження настрою, 18,33 % вказували на ознаки субдепресії, а 8,33 % – на ознаки клінічно вираженої депресії.

Отже, в результаті проведеного початкового етапу дослідження встановлено, що у підлітків з психосоматичними розладами виникають емоційні реакції на різні за інтенсивністю стресові ситуації, що належить до категорії високотривожних і лежить в основі формування розладів, доповнюючи та формуючи репресивність як форму реагування на захворювання.

Після медикаментозного лікування рівень тривожності Ч.Д. Спілбергера в модифікації А.Д. Андреевої за всіма шкалами перейшов у середній, крім ситуаційних негативних переживань, рівень яких залишався високим (табл. 1). Після комплексного лікування показники тесту тривожності знизилися до середнього рівня. При цьому значення особистісної пізнавальної активності залишалося високим, що підтверджує позитивну дію комбінованого лікування психосоматичних розладів завдяки підвищенню зацікавленості, допитливості, інтересу, які активують пізнавальну активність підлітків.

Аналіз шкільної тривожності за тестом Філіпса встановив, що рівень загальної шкільної тривожності у 7,4 % підлітків першої, 5,26 % другої і 21,4 % третьої групи залишається підвищеним. При цьому у підлітків першої і другої групи на тлі лікування достовірно знизився страх самовираження. Натомість, комплексне лікування психосоматичних розладів достовірно підвищує адаптаційні можливості організму до стресогенних чинників (табл. 2).

Після проведеного лікування у першій і другій групах підлітків рівень депресивності становив (2,53 ± 0,18), що відповідає рівню субдепресії чи

Таблиця 3. Показники рівня депресії за шкалою М. Kovacs після лікування, бали (M ± σ)

Група	Шкала А негативний настрій	Шкала В міжособистісні проблеми	Шкала С неефектив- ність	Шкала D ангедонія	Шкала Е негативна самооцінка	Загальний бал	Депресивність
1-ша (лікування сертралі- ном) n = 27	52,6 ± 0,39	71,9 ± 0,53	56,1 ± 0,33	59,2 ± 0,27	58,3 ± 0,39	61,6 ± 0,33	2,91 ± 0,21
2-га (лікування ламотри- джином) n = 19	53,95 ± 0,34	59,10 ± 0,29	51,47 ± 0,26	54,68 ± 0,27	53,63 ± 0,27	55,95 ± 0,28	2,16 ± 0,17
3-тя (комплексне лікуван- ня) n = 14	51,57 ± 0,34	55,36 ± 0,30	51,93 ± 0,38	51,93 ± 0,34	47,71 ± 0,3	52,07 ± 0,27	1,71 ± 0,12

маскованій депресії з високими показниками за шкалою В. Натомість, на тлі комбінованого лікування у підлітків рівень депресивності знизився до (1,71 ± 0,12), що відповідає легкому зниженню настрою з високими показниками за шкалою В (табл. 3).

Підлітки із психосоматичними розладами, які позитивно реагували на психотерапію, характеризувалися нижчим рівнем соматизації (p < 0,05), але вищою питомою вагою у внутрішній картині хвороби психологічних проблем і труднощів у міжособистісних відносинах (p < 0,01) з піками за субшкалами міжособистісної чутливості і ворожості. Тривожна симптоматика у респондентів до психотерапії була більшою мірою представлена соціофобією. При описанні свого стану підлітки використовували такі поняття, як страх, дратівливість, тривога, туга, апатія, зниження вольових проявів, невпевненість у собі. Наведені дані дозволяють припустити, що група підлітків, чутливих до психотерапії, менше алекситична.

Висновки

1. Психологічні проблеми підліткового віку потребують пильної уваги спеціалістів різного профілю: психіатрів, лікарів загальної практики, шкільних психологів, соціальних педагогів з метою забезпечення емоційної, смислової та екзистенційної підтримки дитини у складних ситуаціях, які виникають упродовж її особистісного та соціального буття.

2. Медикаментозна терапія психосоматичних розладів з використанням як сертраліну, так і ламотриджину, викликає позитивну динаміку психічних розладів у підлітків: зниження тривожності і страху самовираження до середнього рівня, депресії — до субдепресії чи маскованої депресії.

3. Застосування комбінованої медикаментозної і психотерапії психосоматичних розладів у підлітків показує достовірно кращий результат: підвищує адаптаційні можливості організму до стресу, особистісну пізнавальну активність, що проявляється в цілому нижчим рівнем соматизації, зменшує рівень депресії до легкого зниження настрою та рівень тривожності до середнього значення.

Конфлікт інтересів немає. Участь авторів: обґрунтування і вибір напрямку дослідження, редагування підготовленого до друку матеріалу — Н.В. Раціборинська-Полякова; огляд літератури з теми, клінічне обстеження хворих, статистична обробка матеріалу, аналіз отриманих результатів, висновки, написання тексту — О.І. Масік.

Список літератури

1. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. — СПб: Питер, 2007. — 272.: ил. — (Серия «Эффективный тренинг»).
2. Бурлай В.Г., Кухта Н.М., Місюра Л.І. та ін. Вегетативні дисфункції у дітей: підсумки проведених досліджень // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — № 2. — С. 24—27.
3. Волосовець О.П., Савво В.М., Кривоустов С.П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / За ред. О.П. Волосовця. — К.: НМУ, 2006. — 256 с.
4. Головина А.Г. Фармакологические подходы к ведению подростков с фобическими расстройствами // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2012. — № 3. — С. 13—17.
5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незианова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
6. Кригіна Л.О. Діагностика розладів поведінки (F 91) у неповнолітніх правопорушників (на матеріалі стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних експертиз // Архів психіатрії. — 2013, № 2 (73). — С. 97—100.
7. Кудинова Е.И. Клиника, диагностика и терапия соматоформных расстройств // Украинский журнал «Мужское здоровье, гендерная и психосоматическая медицина». — 2015. № 1—2 (2). — С. 45—52.
8. Лебедева У.В. Основы психосоматической медицины. Разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов / Под ред. У.В. Лебедевой, Н.Г. Незианова, Л.И. Вассермана. — СПб: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2008.
9. Майданник В.Г., Сміян О.І., Бинда Т.П., Савельєва-Кулик Н.О. Клініко-патогенетична характеристика вегетативних дисфункцій та їх лікування у дітей: навчальний посібник / За ред. проф. В.Г. Майданника. — Суми: Сумський державний університет, 2013. — 173 с.

10. Макарычева Г.И. Тренинг для подростков: профилактика асоциального поведения. — СПб.: Речь, 2008. — 192 с.
11. Максимова Н.Ю., Грись А.М., Манілов І.Ф. та ін. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: монографія / За ред. Н.Ю. Максимової. — К.: Педагогічна думка, 2015. — 254 с.
12. Мозгова Г.П. Психосоматичні захворювання у дітей та підлітків. Діагностика та реабілітація. — К., 2009. — 261 с.
13. Мостова О.П. Психосоматика в клініці внутрішніх хвороб. Мультидисциплінарний підхід у лікуванні психічних і поведінкових розладів // *Новости медицины и фармации.* — 2009. — № 16 (290). — С. 9.
14. Рахманов В.М., Рахманов Р.В., Щукліна А.Г. и др. Соматоформная вегетативная дисфункция и степени ее развития // *Український вісник психоневрології.* — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — Харків, 2007. — С. 231.
15. Римша С.В., Пипа Л.В., Свістільник Р.В., Лисиця Ю.М. Депресія і пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 2 // *Здоров'я дитини.* — 2014. — № 7 (58). — С. 66—70.
16. Слободянюк І.А. Основи клієнт-центрованої терапії. Навчальний посібник — К.: Навчально-методичний центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2012. — 136 с.
17. Місян О.І., Савельєва-Кулик Н.О. Стан мікроелементного забезпечення при вегетативно-судинних дисфункціях у дітей: монографія. — Суми: Сумський державний університет, 2012. — 98 с.
18. Хаустова О.О. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці // *НейроNews.* — 2016. — № 2/1. — С. 34—39.
19. Чернышов О.В. Комплексная психофармакотерапия дисморфных болевых ощущений у подростков с психическими расстройствами // *Integrated psychopharmacotherapy dismorfing pain in adolescents with psychiatric disorders // Journal of Education, Health and Sport.* — 2015. — Vol. 5 (8). — P. 210—218.
20. Чернышев О.В. Психофармакотерапия болевого синдрома подростков при непсихотических психических расстройствах // *Вестник ЮКГФА.* — 2015. — № 1 (70). — С. 10—14.

Н.В. Рациборинская-Полякова, О.И. Масик

Винницький національний медичний університет імені Н.И. Пирогова

Сравнительная оценка разнонаправленных подходов к лечению психосоматических расстройств у подростков

Цель работы — определение эффективности различных терапевтических подходов в лечении психосоматических расстройств у подростков.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование 60 подростков с психосоматическими расстройствами, которых распределили на три группы. Среди обследованных было 18 мальчиков и 42 девочки. Средний возраст подростков составил ($14,9 \pm 2,0$) года. Первую группу составили подростки, которые находились на лечении в областной детской клинической больнице и получали терапию сертралином 25 мг/сут в возрасте 12—16 лет и 50 мг сут — старше 16 лет. Курс лечения — 1,5—2 мес. Подростки второй группы получали ламотриджин в дозе 1—3 мг/кг/сут. Представителям третьей группы (14 человек) назначена терапия ламотриджином в сочетании с психотерапией. Контроль эффективности лечения оценивали по тестам тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации А.Д. Андреевой, школьной тревожности Филипса, детской депрессии М. Kovacs. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили на основе компьютерной программы Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство детей (75,0 %) имели низкий или оптимальный уровень школьной тревожности. После медикаментозного лечения показатель тревожности за Ч.Д. Спилбергером в модификации А.Д. Андреевой по всем шкалам переместился на средний уровень, кроме ситуационных негативных переживаний, значение которых оставалось на высоком уровне. После комплексного лечения показатели теста тревожности снизились до среднего уровня. При этом уровень личностной познавательной активности оставался высоким, что подтверждает положительное действие комбинированного лечения психосоматических расстройств в результате повышения заинтересованности, любознательности, интереса, которые активируют познавательную активность подростков. Анализ школьной тревожности по тесту Филипса установил, что у подростков первой и второй группы на фоне лечения достоверно снизился страх самовыражения по сравнению с показателями до лечения. Комплексное лечение психосоматических расстройств достоверно повышает адаптационные возможности организма к стрессогенным факторам. После лечения в первой и второй группах подростков уровень депрессивности составлял ($2,16 \pm 0,16$) балла, что соответствует уровню субдепрессии или маскированной депрессии с высокими показателями по шкале В. Зато на фоне комбинированного лечения у подростков уровень депрессивности снизился до ($1,71 \pm 0,12$), что соответствует легкому снижению настроения с высоким показателем по шкале В. Подростки с психосоматическими расстройствами, которые положительно реагировали на психотерапию, характеризуются низким уровнем соматизации ($p < 0,05$), но большим удельным весом во внутренней картине болезни психологических проблем и трудностей в межличностных отношениях ($p < 0,01$) с пиками по шкалам межличностной чувствительности и враждебности.

Выводы. Медикаментозная терапия психосоматических расстройств с использованием как сертралина, так и ламотриджина, оказывает позитивное влияние на уровень психических расстройств у подростков: снижение тревожности и страха самовыражения до среднего уровня, депрессии — до субдепрессии или маскированной депрессии. Применение комбинированной терапии оказывает достоверно лучший результат: повышает адаптационные возможности организма к стрессу, личностную познавательную активность, что проявляется в целом низким уровнем соматизации, уменьшает уровень депрессии до легкого снижения настроения, а уровень тревожности к среднему значению.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, подростки, психотерапия, клиент-центрированная терапия.

N.V. Ratsiborinska-Polyakova, O.I. Masik

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Comparative assessment of multidirectional approaches to the treatment of adolescents with psychosomatic disorders

Objective – determine the effectiveness of various therapeutic approaches in the treatment of psychosomatic disorders in adolescents.

Materials and methods. 60 (3 groups) adolescents (18 boys and 42 girls) with psychosomatic disorders were examined with comprehensive clinical psychopathological examination. The mean age of adolescents was (14.9 ± 2.0) years old. The 1-st group consisted of adolescents treated at the regional children's clinical hospital, who received treatment with Sertraline 25 mg/day at the age from 12 to 16 years and 50 mg/day – children over 16 years old. The duration of treatment was 1.5–2 months. Adolescents of the 2nd group received treatment with Lamotrigine in the dosage of 1–3 mg/kg/day. Adolescents of the 3rd group (14 person) were prescribed Lamotrigine therapy in combination with psychotherapy. Control of therapeutic effectiveness was evaluated by Spielberger anxiety questionnaire (STPI – State Trait Personal Inventory), Phillips' school anxiety test and CDI scale (Children Depression's Inventory) by M. Kovacs. Statistical processing of the obtained research results was carried out on the basis of the computer program Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., USA).

Results and discussions. The vast majority of children (75.0 %) had low or optimal levels of school anxiety. The anxiety level on all scales of Spielberger anxiety questionnaire moved to an average level of anxiety after medication, except situational negative experiences, which remained at a high level. The anxiety test scores decreased to an average level after complex treatment. At the same time the level of personal cognitive activity remained high, that confirmed the positive effect of combined treatment of psychosomatic disorders due to increased interest, curiosity, interest, which activate cognitive activity of adolescents. The analysis of school anxiety by Philips test identified that in adolescents of the 1st and 2nd groups the fear of selfexpression decreased significantly comparing it before treatment. Complex treatment of psychosomatic disorders significantly increases the adaptive capacity of an organism to stress factors. The level of depression in the 1st and 2nd groups of adolescents after the treatment was (2.16 ± 0.16), which corresponded to the level of subdepression or masked depression with high scores on scale B. Against the background of combined treatment in adolescents the level of depression decreased to (1.71 ± 0.12), which corresponded to slight decrease of mood with high scores on scale B. Adolescents with psychosomatic disorders who responded positively to psychotherapy were characterized by low level of somatization ($p < 0.05$), but higher specific weight of psychological problems and difficulties in interpersonal relationships ($p < 0.01$) in the internal picture of the illness with peaks at subclasses of interpersonal sensitivity and hostility.

Conclusions. Pharmacology therapy of psychosomatic disorders with the help of both drugs Sertraline and Lamotrigine, has a positive effect on the severity of mental disorders in adolescents: reduction anxiety and fear of self-expression to average level, depression – to subdepression or masked depression. The combined therapy with the help of medication and psychotherapy of psychosomatic disorders in adolescents provided a surely with better result: it increased the adaptive capacity of the body to stress, the personal cognitive activity, which manifested with low level of somatization, reduced the level of depression to a mild level of mood decreasing and anxiety level decreasing to the average level.

Key words: psychosomatic disorders, adolescents, psychotherapy, clientcentered therapy.