

Н. Ю. Венёвцева

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ, НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ, В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Н. Ю. Венёвцева

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, В АСПЕКТЕ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

N. Yu. Venovtseva

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

На базі ДКЛ № 6 м. Києва та Українського медичного ліцею було проведено медико-психологічне обстеження 90 підлітків, 45 із яких було встановлено діагноз соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (СВД ССС). Метою дослідження було визначити та оцінити психоемоційний стан підлітків, хворих на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні, у порівнянні із психоемоційним станом підлітків, які є умовно здоровими.

В результаті дослідження були визначені рівні особистісної та ситуативної тривожності, наявність симптомів депресії, а також показники самопочуття, активності та настрою підлітків. Із урахуванням отриманих даних можливе створення та обґрунтування моделі медико-психологічного супроводу підлітків, хворих на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Крім того, проведене дослідження вказує на необхідність роботи медичного психолога із школярами для раннього виявлення та своєчасного надання медико-психологічної допомоги підліткам, які належать до групи ризику щодо розвитку СВД ССС.

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

На базе ДКБ № 6 г. Києва и Украинского медицинского лицея было проведено медико-психологическое обследование 90 подростков, 45 из которых был установлен диагноз соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (СВД ССС). Целью обследования было определить и оценить психоэмоциональное состояние подростков с указанным диагнозом во время прохождения стационарного лечения, в сравнении с психоэмоциональным состоянием подростков, являющихся условно здоровыми.

В результате исследования были определены уровни личностной и реактивной тревожности, наличие депрессивной симптоматики, уровни самочувствия, активности и настроения. С учетом полученных данных возможно создание и обоснование модели медико-психологического сопровождения подростков с СВД ССС на этапе их стационарного лечения. Кроме того, проведенное исследование говорит о необходимости работы медицинского психолога со школьниками для раннего обнаружения и своевременного оказания медико-психологической помощи подросткам, относящимся к группе риска по развитию данного заболевания.

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

Medical and psychological investigation of 90 adolescents on the basis of Children hospital № 6 and Ukrainian medical lyceum in Kiev was conducted. In 45 inpatients adolescents somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system (SVD of CVS) was diagnosed. The aim of the study was to determine psychoemotional state of adolescents with SVD of CVS and without it and to compare results. In this study levels of personal and reactive anxiety, level of depression, indicates of general health state, activity and mood were defined. Using obtained results the model of medical and psychological support of inpatients with SVD of CVS could be created. Besides conducted investigation had shown necessity of medical and psychological consultation of schoolchildren for early determination and relief action adolescents of risk group for SVD of CVS development.

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

На сьогодні однією із пріоритетних проблем системи охорони здоров'я не лише в Україні, але й у світі в цілому є проблема збереження та покращання здоров'я дітей та підлітків. Враховуючи несприятливі соціально-економічні умови, значне погіршення екологічної обстановки, високий рівень стресогенності та інформаційного перенавантаження сучасного суспільства, спостерігається погіршення показників здоров'я населення в цілому. Особливо це стосується дітей та підлітків, адже досить часто їхній психологічний ресурс є недостатнім для нормальної адаптації та протидії тиску часто поза межових психотравмуючих факторів оточуючого середовища [1, 2].

Питання психічного здоров'я дітей та підлітків постає перед фахівцями різного профілю, особливо через знач-

не збільшення серед них розладів невротичного регістру. На думку більшості авторів, показники поширеності невротичних розладів серед підлітків, вік яких становить від 13 до 17 років, складає 10—15 %. У зв'язку із цим дане питання перестає бути суто медичним, але стосується як психологічних, так і соціальних аспектів [1].

Соматоформна вегетативна дисфункція належить до розладів невротичного спектра та належить до рубрики F 45.3 МКХ-10. Її поширеність серед підлітків, які звертаються на прийом до педіатра, становить від 20 до 60 %. Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (СВД ССС) проявляється головним чином у вигляді емоційних порушень та соматичних скарг. Сюди належить комплекс так званих медично незрозумілих симптомів (*medically unexplained symptoms*), які не відповідають наявності реальної соматичної патології та потребують значних витрат на проведення

численних лабораторних досліджень та діагностичних процедур [3—5].

Згідно з даними сучасних досліджень, захворювання серцево-судинної системи досить часто поєднуються із розладами невротичного регістру. Патологічні форми цих розладів складають один із центральних аспектів нового напрямку психосоматичної медицини — психокордіології, що, за визначенням А. Stoudemire, являє собою цілий спектр взаємодії психічних розладів (розладів особистості, пограничних станів, ендогенних захворювань), функціональних кардіальних симптомокомплексів і захворювань серця, у тому числі психопатологічних проявів, що ускладнюють соматичний стан та перебіг соматичного захворювання [6].

СВД ССС можна віднести до функціональних розладів, які передують розвитку соматичної хвороби. Основним періодом ризику її формування та розвитку є саме пубертатний період, який характеризується швидкою зміною зросто-вагових показників, значними гормональними змінами, фізіологічною симпатикотонією. Зазвичай у зв'язку із впливом низки несприятливих факторів, в першу чергу психоемоційних, СВД ССС з часом продовжує прогресувати та зрештою переходить із функціонального порушення у соматичне захворювання [7].

В даний час дослідження проблеми соматоформних розладів є одним із ключових напрямків не лише клінічних дисциплін та медичної психології, але й медицини в цілому. Основним напрямком дослідження при цьому є переважно етіопатогенетичні аспекти захворювання, в той час як психоемоційний стан підлітків, особливо тих, що перебувають на стаціонарному лікуванні, частіше залишається поза увагою. Це пов'язано із недостатньою поширеністю медико-психологічної допомоги у дитячих стаціонарах та з більшою увагою лікарів-педіатрів до соматичних, а не психологічних аспектів захворювання [2, 8, 9].

Оскільки дослідженнями останніх років встановлено, що клінічною основою невротичних розладів є емоційні порушення, своєчасна та кваліфікована медико-психологічна допомога таким підліткам є необхідною. Саме тому дослідження психоемоційного стану підлітків, які перебувають на стаціонарному лікуванні, є необхідним для проведення його подальшої корекції, а також є одним із важливих факторів для наукового обґрунтування принципів медико-психологічної допомоги підліткам із зазначеними розладами та створення моделі їх медико-психологічного супроводу на етапі стаціонарного лікування [10, 11].

Мета даного дослідження — дослідити та дати оцінку психоемоційному стану підлітків, хворих на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні у порівнянні із психоемоційним станом підлітків, які є умовно здоровими, задля подальшого створення наукового обґрунтування та впровадження моделі медико-психологічного супроводу даного контингенту хворих під час перебування у стаціонарі.

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

Обстежувані були поділені на 2 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 класах профільного середнього навчального закладу (Український медичний ліцей). В ОГ було обстежено 45 пацієнтів, з яких — 32 дівчинки (середній вік склав 14,7 роки) та 13 хлопців (середній вік склав 14,8 роки). В ГП було обстежено 45 школярів, з яких — 24 дівчинки (середній вік склав 15,2 роки) та 21 хлопчик (середній вік 15,3 роки).

Клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів ОГ включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнтів на момент госпіталізації. Діагноз СВД ССС було встановлено із урахуванням анамнестичних даних та на основі скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для визначення психоемоційного стану підлітків було застосовано такі методику: методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [12], шкала депресії Зунге [13] та методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою [12]. Обстеження усіх пацієнтів було проведено в умовах стаціонару, в перші два дні після госпіталізації.

Обстеження пацієнтів ГП включало попередню бесіду із підлітками та застосування психодіагностичних методик для визначення психоемоційного стану.

Під час оброблення даних, отриманих за результатами дослідження рівнів тривожності за методикою діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера та Л. Ю. Ханіна було виявлено, що 26 підлітків основної групи мають високий рівень особистісної тривожності, 17 — помірний та лише 2 — низький рівень. При цьому більшість підлітків групи порівняння — 27 школярів мали помірний рівень особистісної тривожності, і лише 11 та 7 школярів — високий та низький рівні відповідно. Крім того, було виявлено, що 24 підлітки основної групи мають низький рівень реактивної тривожності, 13 — помірний та 8 — низький рівень. Більшість підлітків групи порівняння — 36 школярів також мали низький рівень реактивної тривожності, і у жодного не було виявлено високого рівня реактивної тривожності (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл підлітків за рівнями особистісної та реактивної тривожності, визначеної за методикою діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна

Група	Рівень реактивної тривожності			Рівень особистісної тривожності		
	високий	помірний	низький	високий	помірний	низький
ОГ	8 (17,8 %)	13 (28,9 %)	24 (53,3 %)	26 (57,8 %)	17 (37,8 %)	2 (4,4 %)
ГП	0 (0,0 %)	9 (24,3 %)	36 (66,7 %)	11 (29,7 %)	27 (61,4 %)	7 (77,9 %)
$P(\chi^2)$	$\chi^2 = 11,2$ $p = 0,0038^*$			$\chi^2 = 11,1$ $p = 0,004^*$		

Примітка. Тут і далі: * — різниця статистично значима ($p < 0,05$)

Під час оброблення даних, отриманих за результатами дослідження самопочуття, активності та настрою за методикою діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН) у 29 підлітків основної групи було виявлено знижене самопочуття. Серед підлітків групи порівняння знижене самопочуття мали 13 обстежених. Результати щодо показників низьких рівнів активності та настрою підлітків обох груп не виявилися статистично достовірними (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння із зниженими показниками самопочуття, активності та настрою за методикою діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою

Група	Самопочуття	Активність	Настрій
ОГ	29 (64,4 %)	31 (68,9 %)	19 (42,2 %)
ГП	13 (28,9 %)	32 (71,1 %)	12 (26,7 %)
$P(X^2)$	$X^2 = 11,43,$ $p = 0,0007^*$	$X^2 = 0,06$ $p = 0,818$	$X^2 = 2,41$ $p = 0,121$

Під час оброблення даних, отриманих за результатами визначення наявності депресії за шкалою депресії Зунге, було виявлено, що 10 підлітків основної групи мали депресивну симптоматику, тоді як у групі порівняння її не було визначено у жодного підлітка (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння за наявністю депресивної симптоматики за шкалою депресії Зунге

Група	Кількість пацієнтів із депресивною симптоматикою	Кількість пацієнтів без депресивної симптоматики
ОГ	10	35
ГП	0	45
$P(X^2)$	$X^2 = 10,95$ $p = 0,0009^*$	

Отримані результати можуть бути використані для створення та обґрунтування моделі медико-психологічного супроводу підлітків — як хворих на СВД ССС, що перебувають на стаціонарному лікуванні, так і тих, які належать до групи ризику щодо розвитку даного захворювання.

Порушений психоемоційний стан підлітків як такий є одним із провідних факторів, що лежать в основі

невротичних порушень, в тому числі, й розвитку СВД ССС. Цьому сприяє постійне фонове перебування підлітків у стані психоемоційного перенапруження, на появу якого впливають несприятливі соціально-економічні, екологічні та психосоціальні чинники оточуючого середовища, що зрештою призводить до стійких змін у вегетативній та гормональній сферах організму.

Одним із провідних показників психоемоційного стану підлітків є рівень особистісної тривожності, який виявився статистично достовірно вищим серед підлітків, яким було встановлено діагноз СВД ССС та вони перебували на стаціонарному лікуванні з приводу цього.

Тому як інтегративний та визначальний показник щодо подальших заходів медико-психологічного супроводу підлітків, було обрано рівень особистісної тривожності (за методикою діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна). Це також пов'язано із тим, що у підлітковому віці тривожність виникає та закріплюється як стійке особистісне утворення на основі провідної у даному віці потреби в задовільному, стабільному ставленні до себе, особливо з боку значимих інших. Адекватне ставлення до себе та «Я»-концепція, яка відповідає реальності, є важливими передумовами для нормальної адаптації підлітків до умов оточення та збереження їх фізичного і психічного здоров'я.

Для порівняння показників психоемоційного стану підлітків обох груп їх було поділено на 2 блоки в залежності від рівня особистісної тривожності, визначеної за методикою діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна. Результати такого поділу подані у табл. 4 та 5.

Такий поділ має безпосереднє прикладне значення, в першу чергу для медичних психологів, які працюють із підлітками, хворими на СВД ССС, у стаціонарі, а також для лікарів-педіатрів та шкільних психологів. Ґрунтуючись на результатах визначення психоемоційного стану підлітків, виходячи з такого розподілу, можна зробити висновки щодо подальшої тактики ведення таких пацієнтів в умовах стаціонару, а також їх амбулаторного спостереження.

Таблиця 4

Розподіл показників психоемоційного стану підлітків основної групи та групи порівняння, у яких було виявлено високий рівень особистісної тривожності

Показник	ОГ (26 підлітків)											
	низький				середній				високий			
Рівень реактивної тривожності	9				10				7			
Наявність депресивної симптоматики	наявна						відсутня					
	9						17					
САН	Самопочуття				Активність				Настрій			
	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5
	13	6	5	2	13	7	6	0	11	3	6	6
Показник	ГП (11 підлітків)											
	низький				середній				високий			
рівень реактивної тривожності	4				7				0			
наявність депресивної симптоматики	наявна						відсутня					
	0						11					
САН	Самопочуття				Активність				Настрій			
	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5
	2	5	0	4	5	4	1	1	0	6	1	4

Розподіл показників психоемоційного стану підлітків основної групи та групи порівняння, у яких було виявлено низький рівень особистісної тривожності

Показник	ОГ (4 підлітки)											
	низький				середній				високий			
Рівень реактивної тривожності	2				1				1			
Наявність депресивної симптоматики	наявна						відсутня					
	1						3					
САН	Самопочуття				Активність				Настрій			
	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5
	0	3	0	1	2	1	1	0	0	1	2	1
Показник	ГП (7 підлітків)											
Рівень реактивної тривожності	низький				середній				високий			
	7				0				0			
Наявність депресивної симптоматики	наявна						відсутня					
	0						7					
САН	Самопочуття				Активність				Настрій			
	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5	< 4	4—5	5—5,5	> 5,5
	0	0	0	7	1	1	2	3	0	0	0	7

Так, пацієнти стаціонару, у яких було виявлено високий рівень особистісної тривожності та проаналізовано інші показники психоемоційного стану, складають основну групу уваги медичного психолога. Підлітки саме цієї групи мають більш виражену як депресивну, так і астеничну симптоматику. Дана група пацієнтів потребує медико-психологічного супроводу протягом усього перебування у стаціонарі. Підлітки із вираженою тривожно-депресивною симптоматикою потребують проведення психокорекції з визначенням її мішеней та загального обсягу. В такому разі необхідне подальше дослідження особистості із застосуванням низки психодіагностичних методик. У психокорекційній роботі із підлітками на першому етапі (перші дні госпіталізації до стаціонару) можливо застосовувати арт-терапевтичні методики, елементи гештальт-терапії для встановлення більш довірливих стосунків «клієнт — терапевт», а також для зменшення інтенсивності тривожно-депресивної симптоматики. Крім того, можна рекомендувати психокорекційну роботу із батьками для отримання більш детальної анамнестичної інформації, а також виявлення можливих прихованих конфліктів у стосунках «батьки — дитина».

Досліджувані з ГП із високим рівнем тривожності належать до «групи ризику» щодо розвитку СВД ССС. Підлітки даної групи також потребують медико-психологічного супроводження. Це стосується як більш прискіпливої уваги з боку шкільного психолога до цієї групи школярів, так і лікарів-педіатрів на етапі проходження диспансеризації. Такі підлітки більш вразливі щодо впливу стресогенних чинників, тому потребують психологічного консультування, навчання способам релаксації, наприклад, аутогенному тренуванню. Крім того, такі підлітки потребують більшої уваги з боку вчителів, яких також необхідно інформувати про психоемоційний стан даної групи школярів для попередження зриву адаптаційних ресурсів та формування й поглиблення невротичної симптоматики.

Група пацієнтів стаціонару із низьким рівнем особистісної тривожності виявилась вкрай незначною. Такі підлітки в першу чергу потребують проходження основного (медикаментозного) курсу лікування. При виникненні необхідності — на прохання лікарів або при виявленні бажання з боку самого пацієнта — можливе проведення окремих консультаційних бесід із медичним психологом. В даному випадку психокорекційні заходи можуть бути спрямовані в першу чергу на роз'яснення механізмів розвитку хворобливого стану, тобто рекомендовано застосовувати елементи раціональної психотерапії, а також на навчання елементам релаксації за допомогою аутогенного тренування, залучення фітоароматерапії тощо.

Остання група пацієнтів — підлітки із ГП з низьким рівнем особистісної тривожності. Вони не потребують медико-психологічного втручання.

Підлітки, хворі на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні, мають достовірно вищий рівень особистісної тривожності у порівнянні із звичайними школярами, що свідчить як про їх несприятливий психоемоційний стан, так і вказує на певні особистісні особливості, які потребують подальшого та більш детального дослідження.

Рівень реактивної тривожності залежить від багатьох чинників оточуючого середовища у момент обстеження. Для школярів це безпосередньо ситуація обстеження, для пацієнтів стаціонару — факт госпіталізації до відділення. Так, школярі групи порівняння мають достовірно нижчий рівень реактивної тривожності у порівнянні із підлітками, які перебувають у стаціонарі, що свідчить про адекватність адаптаційних процесів та достатність адаптаційного ресурсу щодо різноманітного впливу — як сприятливого, так і несприятливого — з боку зовнішнього середовища. Треба відзначити, що підлітки, госпіталізовані у даний стаціонар повторно, мали більш низькі показники реактивної тривожності та краще адаптувалися у відділенні.

Методика діагностики самопочуття, активності та настрою не є достатньо чутливою для діагностики психоемоційного стану підлітків, хворих на СВД ССС. Окрім наявності вираженої клінічної симптоматики захворювання, підлітки у більшості випадків госпіталізуються до стаціонару із астено-невротичною симптоматикою. Методика САН потребує напруження та утримання уваги, що є непростим для них через лабільність перебігу та виснаження нервових процесів. Однак у практиці шкільного психолога дана методика може використовуватись для первинної діагностики загального самопочуття та настрою школярів. При виявленні високих показників за цією методикою можливе проведення подальшого, більш детального психологічного дослідження психоемоційного стану в залежності від отриманих результатів. Для діагностики психоемоційного стану підлітків, хворих на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні, оптимальніше одразу застосовувати більш чутливі методики для виявлення тривожно-депресивної симптоматики.

Показник активності серед підлітків обох груп не виявився достовірним, тобто її коливання можуть спостерігатись як у школярів, так і у пацієнтів із СВД ССС. Школярі групи порівняння навчаються у спеціалізованому навчальному закладі із посиленою програмою протягом 6 днів на тиждень, що потребує значних зусиль для опанування навчальної програми. Отримані результати можуть свідчити про виснаженість школярів та необхідність зменшення навчального навантаження, потребу психологічного розвантаження, а також постійного супроводу шкільного чи медичного психолога. Це дозволить виявити групу ризику щодо розвитку СВД ССС та своєчасно надати відповідну медико-психологічну допомогу.

Виявлення показників психоемоційного стану є важливою та необхідною умовою для створення та обґрунтування моделі медико-психологічного супроводу підлітків, хворих на СВД ССС, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Крім того, проведено дослідження вказує на необхідність роботи медичного психолога із школярами для раннього виявлення та своєчасного надання допомоги підліткам, які належать до групи ризику щодо розвитку СВД ССС.

Список літератури

1. Стукан Л. В. Місце соціальної фобії в загальній структурі

аспірантка кафедри сексології та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; Дитяча клінічна лікарня № 6, м. Київ; e-mail: nataly_23@ukr.net

невротичних розладів у підлітків / Л. В. Стукан // Архів психіатрії. — 2005. — № 1 (40). — С. 84—87.

2. Колядко С. П. Психологические особенности больных соматоформной вегетативной дисфункцией с пароксизмальными состояниями / С. П. Колядко // Международный медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 10—13.

3. Маринчева Л. П. Поэтапная диагностика и терапия соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков / Л. П. Маринчева, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьева // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 1 (89). — С. 87—90.

4. Burton Ch. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUS) / Ch. Burton // British Journal of General Practice. — 2003. — Vol. 53. — p. 231—239.

5. Tschudi-Madsen H. Multiple symptoms and medically unexplained symptoms — closely related concept in general practitioners' evaluation. A linked doctor-patient study / H. Tschudi-Madsen, M. Kjeldsberg, B. Natvig // Journal of Psychosomatic Research. — 2013. — Vol. 74. — p. 186—190.

6. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. — 2008. — № 243. — С. 71—74.

7. Гоженко Е. А. Соматоформная вегетативная дисфункция у лиц молодого возраста в свете современных представлений об этиопатогенезе, диагностике и методах восстановительного лечения / Е. А. Гоженко // Медична гідрологія та реабілітація. — 2008. — № 2 (6). — С. 12—26.

8. Михайлов Б. В. Клиника и дифференциальная диагностика соматоформных расстройств с позиций доказательной медицины / Б. В. Михайлов, Н. В. Мирошниченко, И. Н. Сарвир // Запорожский медицинский журнал. — 2005. — № 4 (31). — С. 125—127.

9. Самохвалов А. В. Психофизиологические особенности студентов с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы / А. В. Самохвалов // Экспериментальная і клінічна медицина. — 2006. — № 4. — С. 115—119.

10. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. А. Марута // Международный медицинский журнал. — 2004. — № 1. — С. 38—41.

11. Marshall T. Emotional disorders in children and adolescents / T. Marshall, P. Ramchandani // Medicine. — 2008. — Vol. 36. — Issue 9. — P. 478—481.

12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара : «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

13. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануилов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.

Надійшла до редакції 02.04.2014 р.

ВЕНЬОВЦЕВА Наталія Юріївна, лікар — медичний психолог,

VENOVTSOVA Nataliia Yuriivna, Physician — Medical Psychologist, Postgraduate Student of the Department of Sexology and Medical Psychology, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; Children's Hospital № 6, Kyiv; e-mail: nataly_23@ukr.net