

УДК 616.89-06:616.1/7[-07-085.851+615.814.1

М.С. Панченко

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДОМУ ВІЦІ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КЛІНІКО - АНАМНЕСТИЧНОГО ТА КЛІНІКО - ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО МЕТОДІВ)

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Харківський базовий медичний коледж (м. Харків)

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти – НДР кафедри психотерапії (зав.каф. – д-р мед. наук, проф. Б.В. Михайлов) «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями» (держреєстрація №0109 У 002826; 2009-2011) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

**Вступ.** Вегетативні соматоформні розлади (ВСФР) – це функціонально-синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної у пацієнта іншої психічної симптоматики. Висока поширеність [10] та визначення факторів ризику [11] ВСФР у осіб молодого віку (студентів) актуалізують розробки алгоритмів у ранньої діагностики ВСФР, насамперед серед осіб молодого віку. У системі диференційної діагностики ВСФР застосовуються нейро-фізіологічні клінічні методи [8] та клінічні показники, що дозволяє комплексно оцінювати наявну діагностичну інформацію. Саме тому, найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами залишається метод психологічного дослідження із застосуванням психометричного інструментарію, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати прояви ВСФР [6]. Для вивчення оцінки індивідуального адаптивного реагування пацієнта з вегетативними соматоформними розладами застосовується особистісний опитувальник психоневрологічного інституту імені В.М.Бехтерева [4, 5], що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І.Вассерман із співавторами [7] об'єднують в 3 блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації. За вказаною методикою вивчають рівень виразності кожного із адаптивних типів реагування.

Основними засобами диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів є спеціальні опитувальники, які здатні виявляти типи реагування пацієнта та ступінь його астенизації, спричинений наявністю соматичного захворювання та реакцією хворих на соматичні захворювання [15]. Однак ці засоби дослідження надають лише можливість одержувати попередню якісну оцінку щодо індивідуального типу реагування

пацієнта, а не її діагностувати, оскільки не враховуються всі можливі типи.

З'ясування наявності особливостей перебігу соматизованих вегетативних соматоформних розладів (сВСФР) та донозологічна діагностика – «ізолюваних» вегетативних соматоформних розладів (іВСФР) займають зв'язкове місце між профілактичною та лікувальною медициною, а це потребує впровадження в систему медичної допомоги, насамперед молоді, адекватних ризикометричних оцінок, а реалізація профілактичного підходу пов'язана із розробкою критеріїв віднесення до груп динамічного спостереження, як етапу медико - психологічного моніторингу.

Основною метою дослідження було порівняльне комплексне вивчення особливостей «внутрішньої картини» страждань, їх гносеологічної та емоційної компоненти, що безперечно здатне впливати на якість життя та рівень соціального функціонування пацієнтів.

**Об'єкт і методи дослідження.** До першої групи пацієнтів ( $n_1$ ) віднесені 65 осіб віком, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10 F 40-48). До другої групи пацієнтів ( $n_2$ ) віднесені 53 особи, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10 F 40-48) на тлі хронічної соматичної патології (ХІ клас МКХ - хвороби органів травлення: рубрики K25 – виразка шлунку, K26 – виразка дванадцятипалої кишки, K29 – гастрит (K29.3-K29.5), ХІ класу МКХ - хвороби органів дихання: рубрика J41 – хронічний бронхіт (J41.0, J41.1, J41.8).

Для вивчення особливостей психоемоційного стану хворих на соматичні захворювання, їх ставлення до хвороби, ступеня психосоціальної дезадаптації було використано психогігієнічні та клініко-психологічні методики, в тому числі модифіковані та спеціально розроблені для вирішення поставлених завдань [12, 13]. Зокрема, для вивчення оцінки хворими самопочуття, активності і настрою застосовано тест диференційної самооцінки функціонального стану, збудований на принципі полярних профілів Ч. Осгуда-СДФ [2]. Показники самопочуття нижче 5,4 б., активності - 5,0 б., настрою - 5,1 б. розцінювалися нижче норми. Для визначення рівня тривожності, як властивості психіки, використано шкалу особис-

тісної і реактивної тривожності С.Д. Spielberger, адаптовану Ю.Л. Ханіним [17]. Рівень тривожності менше 31 б. - низький, 31-45 б. - помірний, понад 45 б. - високий. Рівень нейротизму, екстра інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І.Еусенк [18]; рівень до 12 б. - низький; 12-15 б. - помірно виражений; 16-19 - виражений; понад 19 б. - значно виражений. Показники екстра/інтроверсії інтерпретувалися за шкалою: 1-13 б. - інтровертованість (1-4 - значно виражена, 5-9 - виразна, 10-13 - помірно виразна); 14-24 б. - екстравертованість (14-17 - помірна, 18-22 - виразна, 23-24 - значно виражена).

З метою вивчення і кількісної оцінки ступеня астенизації хворих застосовували методіку рахунку за Е.Крепелін у модифікації R.Schulte [8]. Згідно з методикою підраховували кількість простих арифметичних операцій та допущених при цьому помилок у виконанні пацієнтів за 8 відрізків часу тривалістю по 30 сек з побудовою відповідних графічних залежностей.

Для вивчення особливостей реагування на захворювання хворих на соматичні захворювання застосовано особистісний опитувальник ЛЮБІ [4, 5], що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І.Вассерман [7] об'єднує в три блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації: 1) Типи відношення до хвороби, при яких адаптація хворих істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний); 2) Типи дезадаптивного реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний та апатичний); 3) Типи дезадаптивного реагування з інтерпсихічною спрямованістю; адекватність використання цих методик для дослідження при різних сВСФР [1, 3, 9, 14, 16].

З метою вивчення особливостей сприйняття хвороби і впливу її на соціальне функціонування хворих (рівня соціалізації хвороби) використано спеціальний [12, 13] опитувальник, який містить 10 тверджень, що відносяться до різних сфер функціонування хворих молодого віку з ВСФР. Аналіз закономірностей формування клініко-психологічного виконано шляхом комплексного клінічного та психологічного обстеження хворих за розробленою спеціальною програмою, що дозволило з позицій доказової медицини та за рахунок порівняльного вивчення в двох клінічних групах, визначити клінічну інформативність та прогностичну значимість досліджуваних індикаторів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Для кількісної характеристики частоти та виразності факторів соматизації вегетативних соматоформних розладів серед осіб молодого віку застосовано психологічний тест диференційної самооцінки функціонального стану. Залежно від наявності поєднаної соматичної патології виявлено, що хворі першої та другої клінічних груп не відрізнялись за показниками оцінки самопочуття (відповідно  $(98,5 \pm 1,5)\%$  та  $(96,2 \pm 2,6)\%$  мали

низькі значення самооцінки). В середньому, при референтному рівні самооцінки, який становить 5,4 бали, практично абсолютна більшість обстежених хворих –  $(97,5 \pm 1,4)\%$  мали зниження самооцінки. Активність осіб молодого віку з сВСФР за даними самооцінки в середньому знижена на 19,8% у порівнянні з референтними показниками. При цьому, рівень активності пацієнтів з іВСФР в середньому становив  $(4,81 \pm 0,10)$  балів, та достовірно ( $p \leq 0,05$ ) перевищував відповідний показник пацієнтів з сВСФР –  $(p \leq 0,05)$  балів. З'ясовано, також, що достовірно більше серед пацієнтів з сВСФР мало місце зниження активності (при іСФР – у  $(64,6 \pm 5,9)\%$  осіб; при сВСФР –  $(86,8 \pm 4,7)\%$  осіб).

Вивчення рівнів настрою не виявило достовірних відмінностей, залежно від наявності соматизації ВСФР; слід зазначити, що зниження показників рівня настрою були однаковими у досліджуваних групах та в середньому становили  $(3,72 \pm 3,75)$  б., що на 17,0% нижче референтних значень.

При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано, що особи молодого віку з ВСФР характеризуються надмірною (в середньому на 49,3% вища ніж референтні значення) тривожністю, рівень якої залежить ( $p < 0,05$ ) від соматизації вегетативних розладів. Серед хворих з іВСФР найбільша частка мала помірно (у межах 31-45 б.) підвищений рівень особистісної тривожності –  $(60,0 \pm 6,1)\%$  пацієнтів, тоді як при сВСФР більшість осіб молодого віку мали високий (понад 45 б.) рівень особистісної тривожності, що зареєстрований у  $(55,8 \pm 6,9)\%$  пацієнтів. Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень на 41,9% перевищує референтні значення, а у межах цих значень – лише  $(2,5 \pm 1,4)\%$  хворих, тоді як помірний рівень (31-45 б.) реактивної тривожності у групах відповідно становить  $(61,5 \pm 6,0)\%$  та  $(56,6 \pm 6,8)\%$  хворих; більш як третина осіб молодого віку з ВСФР –  $(38,1 \pm 4,5)\%$  має високий рівень реактивної тривожності. Отже, пацієнти з сВСФР достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізняються від пацієнтів з іВСФР за рівнем особистісної тривожності (середні значення, відповідно становлять  $(42,0 \pm 2,2)$  б. та  $(49,0 \pm 3,1)$  б.); при цьому і питома вага осіб з високим рівнем особистісної тривожності серед пацієнтів з сВСФР – достовірно ( $p < 0,05$ ) вища – становить  $(55,8 \pm 6,9)\%$ .

На відміну від пацієнтів з іВСФР (у яких зареєстрований рівень особистісної тривожності досягається за рахунок більшої питомої ваги осіб з помірним підвищенням рівня тривожності), у пацієнтів з сВСФР – відбувається зростання питомої ваги осіб з високими рівнями. Водночас, зазначаємо, що питома вага осіб з реактивною тривожністю у порівнюваних клінічних групах однакова. Наведе свідчить про особливості реагування осіб молодого віку з ВСФР, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності, тоді як у

разі сВСФР особистісна тривожність додатково та достовірно ( $p < 0,001$ ) зростає, що може бути підґрунтям формування більш тяжких форм розладів.

Аналіз характерологічних особливостей осіб молодого віку з сВСФР (табл. 3), зокрема показників екстра/інтроверсії та рівня нейротизму виявив, що у цілому (14,4±3,2)% хворих мають виразний, а (32,2±4,3)% - високий рівень нейротизму, що характеризує неврівноваженість нервово-психічних та лабільність вегетативних процесів і емоційну нестійкість.

Залежно від наявності хронічної соматичної патології на тлі ВСФР виявлені достовірні ( $p < 0,05$ ) відмінності у рівні нейротизму. Так, в групі хворих з іВСФР понад 24,0% осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно - (3,1±2,1)% та (21,5±5,1)% хворих). За наявності соматичної патології невротизація пацієнтів теж достовірно ( $p < 0,001$ ) зростає, сягаючи 72,0% осіб: з високим рівнем - (28,3±6,2)% хворих з дуже високим - (45,3±6,8)% хворих. Середні значення рівня нейротизму при сВСФР зростає до (14,9±1,9) б., що достовірно ( $p < 0,05$ ) більше, ніж при іВСФР - (10,0±1,6) б.

Зважаючи на те, що показники екстра / інтравертованості хворих при іВСФР та сВСФР є співставними, а показник нейротизму, що здатен відображати стан емоційної напруженості - зростає, можна дійти висновку, що соматизація ВСФР більш властива інтравертним особам, у яких відбувається зростання рівня емоційної напруженості. Про це свідчить з одного боку - достовірно ( $p < 0,05$ ) зростання рівня нейротизму (з одночасним зростанням питомої ваги хворих, які мають його високі та дуже високі рівні), з іншого - зростання в структурі пацієнтів з сВСФР питомої ваги хворих інтровертів за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів. Отже, у осіб молодого віку з сВСФР на тлі формування психосоматичного стану, що характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів первинної реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та неврівноваженість нервово - психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що може впливати на зміну характерологічних рис пацієнта та призводити до «фіксації» у внутрішній картині хвороби психосоматичних розладів.

Застосування психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей осіб молодого віку з ВСФР дозволило визначити особливості, властивих для підвищеного ризику соматизації. З'ясовано, що при іВСФР взаємовідносини пацієнтів з оточуючими достовірно менш гармонійні ( $p < 0,027$ ) ніж при сВСФР (3,94 та 5,22 б., відповідно) та характеризується достовірно ( $p < 0,05$ ) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (відповідно у (17,0±5,2)% та у (4,6±2,6)% хворих).

Загалом, (85,3±3,6)% пацієнтів з іВСФР та (94,5±2,6)% пацієнтів з сВСФР характеризуються як психологічно дисгармонійні особи. Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення гармонійності особистості на етапах соматизації вегетативних розладів. Соматогенно зумовлений рівень тривожності - зменшується; так, якщо у пацієнтів з іВСФР висока тривожність зареєстрована у (41,5±6,8)% хворих, то у групі хворих з сВСФР - достовірно ( $p < 0,001$ ) менша - у (10,8±3,8)% хворих. При цьому рівень тривожності змінюється майже в два рази: з 3,98 б. до 1,77 б, що свідчить про зростання ризику соматизації при зниженні рівня тривожності.

Отримані нами дані дозволяють дійти висновку, що серед осіб молодого віку з соматизованими ВСФР має місце менший рівень проявів іпохондричності: при іВСФР - у (13,2±4,7)% хворих, тоді як при сВСФР - серед (6,2±3,0)% хворих. Виразність проявів іпохондричності хворих зменшується (від 2,64 б. до 1,18 б.). Водночас, апатичність, як властивість особистості незалежно від наявності/відсутності соматизації, особам молодого віку не властива та не входить до структури «внутрішньої картини» перебігу ВСФР.

Слід зазначити, що рівень неврастенічності осіб молодого віку з ВСФР не сягає діагностичних порогів ні при іВСФР, ні при сВСФР, та водночас, навіть зменшується (з 2,64 б. до 1,77 б.). При цьому, в групі пацієнтів з сВСФР питома вага хворих, яким властива неврастенічність достовірно менша (відповідно (35,4±5,9)% та (58,5±6,8)%). Загалом, прояви неврастенічності зареєстровано серед (49,6±5,1)% осіб з ВСФР. Досить показовим є трансформація показників обесивності, сенситивності та егоцентричності на етапах соматизації ВСФР. Так, якщо при іВСФР у особистісних властивостях пацієнтів переважає егоцентричність та сенситивність, то при сВСФР - обесивність.

Характерологічні особливості особистості пацієнтів з ВСФР достовірно різняться ( $p < 0,001$ ) залежно від у них соматичної патології, що може бути використано у системі скринінгової і диференційної діагностики. Слід також зазначити, що у цілому по групі хворих діагностичного рівня окремі характерологічні показники не сягають, що свідчить на користь багатого факторного впливу на процес соматизації іВСФР.

В групах порівняння середній рівень ейфоричності - однаковий (становить 1,98 б.). Однак, виявлено «розшарування» контингенту обстежених на осіб з низьким та високим рівнем ейфоричності (високий рівень при іВСФР - у (5,7±3,2)% пацієнтів, тоді як при сВСФР - у (20,0±5,0)%), що може свідчити на користь різних психогенних механізмів реагування на хворобу та недооцінку особами молодого віку власного психосоматичного стану. Односпрямованими змінами з показниками ейфоричності впродовж соматизації ВСФР характеризується рівень паранояльності (при іВСФР - 2,10 б.; при сВСФР - 1,78 б.) та зворотним - рівень

ергопатичності (при іВСФР – 2,77 б.; при сВСФР – 4,28 б.), тоді як рівень анозогнозичності достовірно збільшується за наявності соматизації.

Зважаючи на отримані у результаті порівняльного аналізу діагностичну цінність та прогностичне значення для кожного із аналізованих факторів щодо ризику соматизації вегетативних соматоформних розладів, опрацьовано табличний алгоритм для його подальшого застосування у системі медико-психологічного моніторингу. Визначення впливу соматизації ВСФР на соціальне функціонування осіб пацієнтів виконано із використанням результатів самооцінки за факторами «сила та енергія», відношення до хворого у сім'ї та у колективі, а також у спілкуванні, ступеня обмеженості у отриманні задоволень, обмеження у вільному часі, академічній успішності та інших значимих (для цієї вікової категорії обстежених) у повсякденному житті факторів.

Особистісна актуальність цих факторів споріднена з поняттям «якості життя», однак методологія клінічного застосування опитувальників – різниться, як і безпосередньо самі опитувальники. У дослідженні застосовано опитувальник, який розроблено та апробовано і верифіковано у спеціальному клініко-популяційному дослідженні при різних хронічних захворюваннях (серцево-судинні, цукровий діабет, захворювання сечостатевої системи та інші).

Значне зниження «сили та енергії» зазначили (30,2±6,3)% пацієнтів з іВСФР та (73,8±5,5)% пацієнтів з сВСФР; достовірно ( $p < 0,05$ ) більше таких осіб серед пацієнтів з сВСФР. Середня виразність цього фактору теж менша: при іВСФР – 2,74 б., при сВСФР – 3,62 б., що свідчить про психологічно більш виразний дискомфорт та дезадаптацію осіб з сВСФР. Діагностична цінність цього фактора становить 1,879 біт, а прогностичне значення полягає у тому, що зниженні «сили та енергії» є несприятливим проявом стосовно соматизації ВСФР.

За самооцінкою пацієнтів, у разі наявності соматизації ВСФР, виразно змінюється і відношення до них у сім'ї. Так (98,5±1,5)% осіб молодого віку з сВСФР зазначили зміну взаємин з близькими та рідними, тоді як у разі іВСФР частка таких осіб – достовірно ( $p = 0,012$ ) менша – (86,8±4,7)%; дещо менша, але досить значима частка пацієнтів зазначили погіршення взаємин у колективі за місцем навчання (при іВСФР – (96,2±2,6)%, при сВСФР – (87,7±4,1)%), що безперечно здатне впливати на психосоматичний стан осіб молодого віку з ВСФР.

Як з'ясовано у дослідженні, наявність сВСФР у меншій мірі обмежує повсякденне життя хворих, зокрема у отриманні різних проявів задоволення (фізичного, естетичного, інтелектуального та ін.), що зазначили (66,1-88,7)% осіб; при цьому – у разі іВСФР таких осіб – достовірно більше (88,7±4,4)%, ніж при їх соматизації (63,1±6,0)%,  $p = 0,010$ . Аналогічною тенденцією характеризується і обмеження у вільному часі; так серед об-

стежених з сВСФР (81,1±5,4)% зазначили значне обмеження у вільному часі, тоді як при іВСФР – (70,8±5,6)%,  $p = 0,204$ , що може пояснювати ревалентний (вторинний, психосоціальний) вплив на соматизацію ВСФР.

Слід зазначити, що практично всі пацієнти з ВСФР (87,7±96,2)% мають проблемні стосунки або обмеження у спілкуванні з друзями, колегами, співробітниками. Рівень цього обмеження, практично, не залежить від рівня соматизації ВСФР. Окрім того, значні матеріальні збитки, пов'язані зі станом здоров'я мають (28,3±6,2)% пацієнтів з іВСФР та ще (40,0±6,1)% осіб молодого віку з сВСФР зазначають помірний рівень матеріальних збитків, що теж не залежить ( $p > 0,05$ ) від рівня соматизації.

Інтегральний показник особистісної соціалізації пацієнтів з соматизованими ВСФР знаходиться на рівні (2,34±2,42) б., що у перерахунок на відсотки інтегрального показника якості життя, зв'язаного з хворобливим станом відповідає (46,8±49,4)%, тобто майже на 50,0% рольове соціальне функціонування пацієнтів з ВСФР знижено. Серед пацієнтів з іВСФР (67,9±6,4)% мають інтегральну оцінку на рівні 3,0 б. і нижче, тоді як у разі сВСФР таких пацієнтів достовірно ( $p < 0,05$ ) менше – (66,2±5,9)%, що свідчить про більшу соціально-рольову обмеженість пацієнтів з іВСФР та індикатором потреби таких хворих, принаймні, у психогігієнічних заходах на ранніх етапах формування ВСФР.

Із урахуванням отриманих даних клініко-психологічного вивчення, які свідчать про клінічну гетерогенність пацієнтів з ВСФР, збудовано стандартизований багатофакторний профіль особистості. Як продемонстровано на СБФО, залежно від рівня соматизації ВСФР, має місце різна рангова послідовність факторів. Так, при іВСФР актуальними є (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниження настрою пацієнтів, наявність високого рівня сенситивності, низького рівня реактивної тривожності, зниження

Ранговий розподіл факторної структури особистості осіб молодого віку з соматизованими ВСФР – відрізняється та виповнюється наступними особистісними факторами (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниження настрою, зниження активності та рівня ейфоричності – хворих, а також обмеження сили та енергії при зростанні рівня нейротизму. Наведене свідчить на користь поглиблення неспсихотичних порушень психіки, що відбуваються впродовж соматизації ВСФР і трансформацію первинних реакцій психічної дезадаптації у клінічно сталі неспсихотичні форми соматогенного астеничного симптомокомплексу.

У системі комплексного вивчення клініко-психологічних особливостей осіб молодого віку з ВСФР досліджено рівень розумової працездатності та з'ясовано, що в середньому він становить (87,2±6,6)% та визначається достатньо високим рівнем помилок при виконанні тесту – (2,92±0,55)

при середньому рівні ефективності розумової праці –  $(158,7 \pm 12,4)$  розрахункових операцій за 240 с (75,2% від можливого максимуму) Аналіз періодів розумової працездатності та хронограми працездатності пацієнтів показує, що концентрація активної уваги (II, IV, VI періоди) впродовж найближчих 30 сек переривається періодами виснаженості (зменшення кількості арифметичних операцій при одночасному збільшенні кількості помилок підрахунку), що свідчить про лабільність психоемоційного стану, а середня працездатність знаходиться на рівні  $(87,2 \pm 6,6)\%$ .

Достовірно ( $p < 0,05$ ) найбільш ефективною працездатність реєструється у 5 періоді регламентованої розумової діяльності та становить  $(88,9 \pm 3,2)\%$ , однак цей ефективний період – нетривалий та закінчується різким виснаженням хворих при одночасному зниженні працездатності. Окрім того, період найбільш ефективною діяльності значно віддалений від «референтних» значень: замість II-III періоду, найбільш ефективна діяльність зареєстрована у VI періоді експериментально - психологічного дослідження пацієнтів з ВСФР.

#### Висновки.

1. З'ясовано, що у пацієнтів з іВСФР диференційна самооцінка функціонального стану характеризується переважним зниженням показників самопочуття та настрою при менш виразному зниженні рівня активності. Водночас, у пацієнтів з сВСФР, за усіма перліченими індикаторами виявлені достовірні зміни, що проявляються їх зниженням. Наведене свідчить про достовірну ( $p < 0,05$ ) різницю у показниках та, відповідно, значне самообмеження хворими молодого віку з сВСФР своєї активності, що може бути пояснено формуванням хронічної соматичної патології

2. На відміну від пацієнтів з іВСФР (у яких зареєстрований рівень особистісної тривожності досягається за рахунок більшої питомої ваги осіб з помірним підвищенням рівня тривожності), у пацієнтів з сВСФР – відбувається зростання питомої ваги осіб з високими рівнями. Водночас, зазначаємо, що питома вага осіб з реактивною тривожністю у порівнюваних клінічних групах практично однакова. Наведе свідчить про особливості реагування осіб молодого віку з ВСФР, що проявляється формуванням психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності, тоді як у разі сВСФР особистісна тривожність додатково та достовірно ( $p < 0,001$ ) зростає, що може бути підґрунтям формування більш тяжких форм розладів.

3. У осіб молодого віку з сВСФР на тлі формування психосоматичного стану, що характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів первинної реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервово - психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що може впливати на зміну характерологічних рис пацієнта та при-

зводити до «фіксації» у внутрішній картині хвороби стійких психосоматичних розладів.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з удосконаленням диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів та вивченням рівня психо-соціального функціонування пацієнтів з ВСФР, включаючи і розробку скрипінгового інструментарію для медико-психологічного моніторингу.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вакарица О.А. К психодиагностике предболезненных психосоматических состояний / О.А. Вакарица, М.Н. Красильникова // XIII Съезд психиатров России, 10-13 окт. 2000 г.: Материалы съезда. – Москва, 2000. – С. 75.
2. Доскин В.А. Психологический тест «САН» применительно к исследованиям в области физиологии труда / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, О.М. Стронгина // Гигиена труда и проф. заболевания. – 1975. - №5. - С. 28-32.
3. Ершова-Бабенко И.В. Исследование влияния агрессивности информационно-эмоциональной среды / И.В. Ершова-Бабенко // Укр. вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, Вип.1. – С. 181-182.
4. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Ленинград: Медицина, 1983. - С. 102-115.
5. Личко А.Е. Медико - психологическое обследование соматических больных / А.Е.Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -1980.- Т.80, №8. - С. 1195–1198.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. -Москва: Медпресс, 1999. -592 с
7. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / Сост. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. - Ленинград, 1987. - 27 с.
8. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине. -Харьков. – ХМАПО, 2002. – 98 с.
9. Мороз С.М. Основные психологические характеристики больных с непсихотическими психическими расстройствами в среднем возрасте / С.М. Мороз // Укр. вісник психоневрології. –2000. -Т.8, Вип. 1. – С.31-32.
10. Панченко М.С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів (за результатами моніторингу студентів) / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2010. - №3. - С. 126-141.
11. Панченко М.С. Фактори ризику та прогнозування вегетативних соматоформних розладів у системі медико – психологічного моніторингу студентів / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології, 2010.- №4. - С.115-124.
12. Пат. 63777 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб прогнозування неспихотичних розладів психіки / Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. (UA). - №2003065826; Заявл. 24.06.2003; Опубл.15.01.2004, Бюл.№1.
13. Пат. 65317 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики реакцій психічної дезадаптації / Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. (UA). - №2003076348; Заявл.08.07.2003; Опубл.15.03.2004, Бюл.№3
14. Пшук Н.Г. Типологія внутрішньої картини хвороби при гіпофункції щитовидної залози / Н.Г. Пшук, О.М. Черній // Укр. вісник психоневрології. –2002. - Т.10, Вип. 1, дод. – С. 221.
15. Ушаков Г.К. Пограничные нервно - психические расстройства. – Москва: Медицина, 1987. – 304 с.
16. Федоренко О.Є. Динаміка зміни рівнів реактивної стривоженості при різних типах психологічного реагування на соматичну патологію / О.Є. Федоренко // Архів психіатрії. – 2000. – №.1-2. – С.41-43.
17. Ханін Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханін // Вопросы психологии. - 1978. - №5. - С.94-106.
18. Eysenck H.J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden. - Berlin: Deutsch. Verlag Wissenschaften, 1968. - 290 p.

**УДК** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**Клинико-психологические особенности течения вегетативных соматоформных расстройств в молодом возрасте (по результатам клинико-anamnestического и клинико-психопатологического методов)**

**Панченко Н.С.**

**Резюме.** По результатам использования клинико-anamnestического и клинико-психопатологического методов в клинических группах лиц молодого возраста с вегетативными соматоформными расстройствами обобщены клинико-психологические особенности их (расстройств) течения. Определена частота и характер клинических проявлений при изолированных и нозологически очерченных вегетативных соматоформных расстройствах.

**Ключевые слова:** вегетативные соматоформные расстройства, клинико-психологические особенности, медико-психологический мониторинг.

**УДК** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**Клініко-психологічні особливості перебігу вегетативних соматоформних розладів у молодому віці (за результатами клініко - анамnestичного та клініко - психопатологічного методів)**

**Панченко М.С.**

**Резюме.** За результатами застосування клініко-anamnestичного та клініко - психопатологічного методів в клінічних групах осіб молодого віку з совегетативними соматоформними розладами узагальнено клініко-психологічні особливості їх (розладів) перебігу. Визначені частота і характер клінічних проявів при «ізолюваних» та нозологічно окреслених вегетативних соматоформних розладах.

**Ключові слова:** вегетативні соматоформні розлади, клініко- психологічні особливості, медико- психологічний моніторинг.

**UDC** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**MEDICAL and PSYCHOLOGICAL MONITORING: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS and ASSESS the LEVEL of PSYCHOSOCIAL SIGNIFICANCE of VEGETATIVE SOMATOFORM DISORDERS at a YOUNG AGE**

**Panchenko N.S.**

**Summary.** According to the results of own research has mastered a way to differential diagnosis and assess the level of psycho-social significance of autonomic somatoform disorders for use in the clinical monitoring, particularly at the stages of psychological counseling, orientation psychoprophylaxis and psycho-correction, as well as to justify the psycho-hygiene measures at individual, family and group level patients with somatoform autonomic disorders. The examples of clinical applications, advantages and possible disadvantages of the algorithms.

**Key words:** autonomic somatoform disorders, differential diagnostics, psychoprophylaxis, psycho-correction.

**Стаття надійшла 9.02.2011 р.**