

УДК 616.89 – 008.48 – 053.2: 616

О.В. ЧЕРНИШОВ

/Миколаївська обласна психіатрична лікарня №1/

## Етіопатогенетичні фактори та клінічні особливості соматоформного синдрому болю у підлітків

### Резюме

#### Этиопатогенетические факторы и клинические особенности соматоформного болевого синдрома у подростков

О.В. Чернышев

Соматоформная вегетативная дисфункция, которая проявляется в виде синдрома цефалгии (СЦфал.) или абдоминалгии (САбдал.), часто встречаемый диагноз у подростков. Изучение механизмов его формирования позволит улучшить эффективность лечения психических расстройств в подростковом возрасте.

**Цель.** Изучить клинические особенности соматоформной вегетативной дисфункции у подростков с проявлениями хронической боли (СЦфал. и САбдал.), а также социально-психологические факторы ее формирования.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 82 подростка: 48 (58,5 %) девушек и 34 (41,5 %) юноши в возрасте 16–17 лет. Все подростки обратились за психиатрической помощью в связи с частой и интенсивной головной или абдоминальной болью. Дифференциально-диагностическое исследование проводилось согласно диагностическим критериям МКБ-10. Определение уровня депрессии проводилось с помощью шкалы депрессии А. Бека.

**Результаты исследования.** Чаще всего в подростковом возрасте этиологической основой СЦфал. и САбдал. являются различные соматоформные расстройства (в 70,8% случаев у девушек и в 58,8% – у юношей). У 32,9% обследованных пациентов в основе генеза болевого синдрома лежат различные невротические расстройства с тревожно-депрессивной симптоматикой. Соматоформная вегетативная дисфункция – наиболее распространенная причина формирования СЦфал. и САбдал. среди подростков (23,2% случаев). Среди подростков случаи СЦфал. (68,8% случаев – у девушек, 58,8% – у юношей) существенно преобладают над САбдал. (соответственно 31,2 и 41,2% случаев). При исследовании выраженности депрессии согласно шкале депрессии А. Бека выявлено, что все обследованные пациенты имели умеренный или выраженный уровень депрессивной симптоматики. Наиболее высокий уровень депрессии у юношей и девушек был зафиксирован при хроническом болевом расстройстве (F45.4). Все подростки отмечали наличие сочетанной стрессорной проблематики в их жизни. Девушки испытывали более сильное влияние психотравмирующего воздействия, чем юноши. Наибольшее количество сочетанных психотравмирующих факторов было выявлено в подгруппе девушек с СЦфал. В наименьшей степени влияние психотравмирующих факторов наблюдалось у юношей с САбдал.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, цефалгия, абдоминалгия

### Summary

#### To a Question on an Aetiology of the Pain Syndrome by Vegeto-Vascular Dystonia at Adolescent Age

O.V. Tchernyshev

**Introduction.** A somatoform vegetated dysfunction as headache (HA) and abdomen pain (AP) detected often at the adolescent age. Study of its development mechanisms will improve effective treatment of mental disturbances at child and adolescent age.

**Objective.** Study of somatoform vegetative dysfunction' clinical features at adolescent age with a chronic pain (HA syndrome and AP syndrome), and also socially-psychological factors of its formation too.

**Materials and Methods.** There are 82 teenagers have been examined in this research: 48 (58,5%) girls and 34 (41,5%) young men at the age of 16–17 years. All adolescents have addressed for the psychiatric help in connection with not stopped HAS or APS. Research will be done according to diagnostic criteria of ICD-10. Depression level was detected by Beck depression inventory.

**Results.** An aetiological basis of HAS and APS are various somatoform disorder mostly at teenage age (70,8% cases at girls and in 58,8% – at young men). 32,2% of the patients had various neurotic disturbances with anxiety-depressive symptoms in a genesis of HAS and APS. Somatoform vegetative dysfunction – the most widespread reason of HAS and APS development among teenagers (23,2% of cases). Among teenagers HAS cases (68,8% – at girls, 58,8% – at young men) essentially prevail over APS (31,2% and 41,2% cases accordingly). According to Beck depression inventory all patients had moderate or severe depression. The highest level of depression at young men and girls has been fixed at chronic painful disorder (F45.4). All adolescents had combine negative life events in their life. Girls felt psychotraumatic experience more strongly than young man. The greatest combine negative life experience has been revealed in a subgroup of girls with HAS. The least influence of psychotraumatic factors was observed at young men with APS.

**Key words:** somatoform disorder, headache, abdomen pain

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у найближчі десятиліття саме психічні розлади увійдуть до числа найбільш поширених хвороб, а економічний збиток,

пов'язаний з їх наявністю і витратами на лікування психічних порушень та їх наслідків, буде постійно зростати. Однією з найбільш поширених проблем є соматоформні порушення. Значну

їх частину становить синдром вегетативної дисфункції (СВД), що проявляється, насамперед, функціональними порушеннями серцево-судинної системи та травного каналу. Стани, що супроводжуються вегетативною дисфункцією, входять до числа найбільш поширених психопатологічних розладів юнацького віку. Рання діагностика та ефективне лікування СВД у підлітково-му віці є найважливішим завданням сучасної психіатрії, оскільки складність їх диференціальної діагностики та терапії пов'язана з тим, що істотну патогенетичну роль у розвитку даних психопатологічних розладів відіграють психологічні механізми та соціальні фактори [1, 2]. У своїх працях Ф. Александер, Ф. Данбар, М. Шур [3–6] висунули і розробили теорію про те, що формування певних соматичних розладів безпосередньо викликано психологічними причинами – патопсихологічними проблемами, що виникають у ранньому онтогенезі. Психосоматичні розлади, соматоформні порушення і СВД є станами, в патогенезі яких присутній значимий психопатологічний компонент: коли внутрішньоособистісний психологічний конфлікт не виражається порушеннями поведінки або іншими психопатологічними симптомами, а виявляється соматичними еквівалентами і дуже швидко трансформується у соматичні захворювання. Психосоціальна природа – базис даного кластеру психопатологічних порушень, коли соматична симптоматика стає основним проявом емоційних і міжособистісних проблем у підлітків. До етіопатогенетичної основи СВД відносять неспецифічну спадкову обтяженість соматичними захворюваннями, нейродинамічні порушення в процесі розвитку (різні варіанти патології центральної нервової системи – ЦНС), психологічну вразливість особистості, несприятливий фон сімейних і соціальних факторів. Отже, СВД в патогенетичному сенсі є системною реакцією вищої нервової та психічної діяльності на гострий або хронічний емоційний стрес. При цьому вегетативна дисфункція, що розвивається в результаті дисрегуляції надсегментарних вегетативних структур, виявляється, в основному, як власне вегетативними, так і емоційно-когнітивними розладами та поведінковими порушеннями, особливо у підлітково-му віці. Якщо до клінічних проявів СВД в дитячому віці відносять: прояви перезбудження, дратівливості, примхливості, підвищену стомлюваність, сльозливість, температурні реакції, спастичні порушення (перш за все, ларингоспазм), незрозумілу сонливість тощо, то у підлітково-му віці його симптоматика наближена до тієї, що виявляється у дорослих. У підлітків СВД проявляється фізичною слабкістю, підвищеною стомлюваністю, головним болем, запамороченням, порушеннями

сну, гіпергідрозом, тремором, кардіалгією, відчуттям нестачі повітря або «грудки» у горлі, алгіями різної локалізації, м'язовою скутістю, диспепсичними і дизуричними розладами, тривожністю і протестною поведінкою. Хронічний біль – стан, що супроводжує практично всі варіанти СВД у підлітків. Найбільш часто симптоматика хронічного болю проявляється у підлітків синдромом цефалгії (СЦфал.) або синдромом абдоминалгії (САбдал.). До психологічних якостей і особливостей особистості, що зумовлює формування СВД у підлітково-му віці, можна віднести: психофізичний інфантилізм, деструктивні стилі виховання, алекситимії [7–10].

**Мета дослідження:** вивчити клінічні особливості СВД у підлітків з проявами хронічного болю (СЦфал. і САбдал.), а також соціально-психологічні фактори його формування.

## Матеріали та методи дослідження

У рамках дослідження було обстежено 82 підлітка: 48 (58,5%) дівчат і 34 (41,5%) юнаки у віці 16–17 років. Всі підлітки є учнями старших класів середньої школи. Причиною звернення за психіатричною допомогою став больовий синдром, що погано купірувався знеболюючими засобами без верифікації будь-якого серйозного соматичного захворювання, здатного викликати подібні больові відчуття. Диференційно-діагностичне дослідження пацієнтів проводилося згідно з діагностичними критеріями психічних і поведінкових розладів у рамках МКХ-10 [11], статистична обробка даних – методами варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel.

**Таблиця 1.** Розподіл підлітків за статтю і нозологічними формами розладів – основному больовому синдрому (СЦфал. и САбдал.)

Нозологічні форми розладів	Обстежені пацієнти								Всього в групах	
	юнаки (n=34)				дівчата (n=48)					
	СЦфал.		САбдал.		СЦфал.		САбдал.		абс.	%
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Соматоформна вегетативна дисфункція з СЦфал., F45.30	6**	30,0	–	–	13**	39,4	–	–	19	23,2
Іпохондричний розлад, F45.2	1	5,0	3*	21,4	2	6,1	6**	40,0	12	14,6
Панічний розлад F41	3*	15,0	–	–	7*	21,2	–	–	10	12,2
Легкий депресивний епізод з соматичними симптомами, F32.01	2	10,0	3	21,4	3	9,1	2	13,3	10	12,2
Хронічний больовий розлад, F45.4	2	10,0	4*	28,6	1	3,0	3*	20,0	10	12,2
Соматоформна вегетативна дисфункція з САбдал., F45.31	–	–	4**	28,6	–	–	4**	26,7	8	9,8
Розлад адаптації: депресивна реакція з СЦфал., F43.21	2	10,0	–	–	5*	15,2	–	–	7	8,5
Астенічний органічний розлад ЦНС з СЦфал., F06.6	4*	20,0	–	–	2	6,1	–	–	6	7,3
Всього (% до загальної кількості пацієнтів)	20	24,3	14	17,1	33*	40,2	15	18,3	82	100

Примітки (табл. 1–4): ЦНС – центральна нервова система; \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

## Результати та їх обговорення

Розподіл підлітків за статтю, а також за виявленими психопатологічними нозологіями та відповідно з наявністю СЦфал. і САБдал. показано у таблиці 1. Було встановлено, що найчастіше в групі обстежених підлітків спостерігалася соматоформна вегетативна дисфункція з цефалгічним синдромом (F45.30) – 23,2% випадків. У цілому, серед обстежених пацієнтів більше ніж у половині випадків СВД був провідним клінічним проявом різних соматоформних розладів (60,9%): у 29 (60,4%) дівчат і у 20 (58,8%) юнаків. Тривожно-депресивна симптоматика в рамках різних розладів була зафіксована в цілому в 32,9% випадків: у 17 (35,4%) дівчат і у 10 (29,4%) юнаків. Найбільш рідко причиною формування СВД була астенична симптоматика в рамках органічного розладу ЦНС, яка переважно виявлялася у юнаків. Аналіз даних щодо локалізації больового синдрому як провідного прояву СВД у обстежених підлітків дозволив зробити такі висновки. І серед дівчат, і серед хлопців істотно переважала СЦфал. порівняно з кількістю випадків, в яких абдомінальний біль був провідною скаргою. Проте якщо у юнаків кількість випадків СЦфал. на 17,7% перевищувала кількість пацієнтів з САБдал. ( $p < 0,05$ ), то серед дівчат така різниця становила вже 37,5% – практично вдвічі більше ( $p < 0,01$ ). Важливим результатом стали дані про те, що і у дівчат, і у хлопців при виявленні іпохондричного розладу (F45.2) і хронічного больового розладу (F45.4) достовірно переважав САБдал. стосовно СЦфал. ( $p < 0,05$ ).

Клінічна симптоматика, виявлена у обстежених підлітків, не була специфічною. У клінічній картині переважають симптоми симпатоадреналової (ознободібний гіперкінез, збудження, прискорене серцебиття, головний біль із підвищенням артеріального тиску, кардиалгія) і вагоінсулярної спрямованості (наростання або поява нестачі повітря і «задухи», часте сечовипускання, посилення перистальтики кишечника з позивами до дефекації). Відповідно, симпатоадреналові прояви частіше спостерігалися при СЦфал., а вагоінсулярні симптоми – при САБдал. Тобто при СЦфал. частіше спостерігалася симптоматика зі скаргами, що відображають об'єктивні ознаки вегетативного збудження: серцебиття, потіння, почервоніння, гіперсалівація і тремор. В обох підгрупах (СЦфал. і САБдал.) і у хлопців, і у дівчат спостерігалися ідіосинкратичні, неспецифічні симптоми, такі як відчуття швидкоплинного болю, печіння, тяжкості, напруження, відчуття тиску або розтягнення. Локалізація подібних відчуттів істотно відрізнялася залежно від характеру больового синдрому. Серед підлітків, у яких було діагностовано хронічний больовий розлад, виявлявся постійний, тяжкий і психічно гнітючий біль, походження якого не підтверджувалося порушеннями у фізіологічних процесах або соматичними захворюваннями. Порушення іпохондричного характеру іноді досягали стану вираженої тривоги і страху смерті. Наявність тривожних, панічних проявів у підлітків у поєднанні з особливостями особистості було одним із критеріїв діагностики психогенного генезу наявних симптомів. Невротична симптоматика супроводжувалася такими вегетативними проявами, як почуття загальної нестабільності, заклопотаність з приводу розумового і фізичного неблагополуччя, дратівливість, ангедонія, пригніченість. Як зазначалося, СВД є соматоформним вираженням афективного реагування на переживання хронічного чи гострого емоційного стресу. Тому СВД розглядається як конверсія депресивної симптоматики [1–3, 6, 9]. Тому авторами було проведено дослідження рівня вираженості депресії за шкалою депресії А. Бека [12], дані якого наведено в таблицях 2 і 3.

Результати дослідження за шкалою депресії серед юнаків та дівчат виявили, що всі обстежені пацієнти мали, як мінімум, помірну вираженість депресивної симптоматики. Серед пацієнтів, у яких основним проявом СВД був СЦфал., мінімальний рівень депресії було зафіксовано при астеничному органічному розладі ЦНС з СЦфал. (F06.6), а максимальний – при депресивній реакції з СЦфал. (F43.21), хронічному больовому розладі (F45.4) і легкому депресивному епізоді з соматичними симптомами (F32.01). Вираженість депресії у дівчат достовірно переважала при всіх видах нозологічних розладів ( $p < 0,05$ ). Виняток становив тільки легкий депресивний епізод, при якому у юнаків була зафіксована максимальна вираженість депресивної симптоматики ( $24,8 \pm 2,8$  бала). Така сама тенденція достовірного переважання депресивних переживань серед дівчат спостерігалася і у пацієнтів з САБдал. Тільки при хронічному больовому розладі (F45.4) у юнаків та дівчат було зафіксовано найвищий рівень депресії. Той факт, що при хронічному больовому розладі і легкому депресивному епізоді спостерігався найвищий рівень депресивної симптоматики, свідчив, що дані види психічної патології суб'єктивно найбільш тяжко переносяться підлітками. Всі підлітки (11 юнаків і 9 дівчат), у яких було діагностовано такі види патології, повідомили про проблемні відносини у сім'ї та школі протягом тривалого часу. Однак свій психічний стан вони не пов'язували з існуючими міжособистісними проблемами.

Аналіз отриманих даних показав, що хронічний стресовий вплив мав місце у кожного обстеженого пацієнта. Дані, отримані в ході діагностичного інтерв'ю пацієнтів, представлено в таблиці 4. Загалом кожен із підлітків говорив про поєднання

**Таблиця 2.** Розподіл підлітків з СЦфал. за статтю та результатами тестування за шкалою депресії А. Бека, в балах ( $M \pm m$ )

Нозологічні форми розладів	Обстежені пацієнти з СЦфал.	
	юнаки (n=20)	дівчата (n=33)
Розлад адаптації: депресивна реакція з СЦфал., F43.21	24,2±0,83	31,3±1,75**
Хронічний больовий розлад, F45.4	26,1±1,1	28,2±1,57* p=0,047
Легкий депресивний епізод з соматичними симптомами, F32.01	24,8±2,8	26,2±0,48
Соматоформна вегетативна дисфункція з САБдал., F45.31	18,8±0,32	21,5±0,48* p=0,035
Панічний розлад, F41	16,6±0,3	22,4±0,81**
Іпохондричний розлад, F45.2	17,2±0,58	21,4±1,63** p=0,017
Астеничний органічний розлад ЦНС з СЦфал., F06.6	12,1±0,54	14,3±0,35* p=0,045

**Таблиця 3.** Розподіл підлітків з САБдал. за статтю та результатами тестування за шкалою депресії А. Бека, в балах ( $M \pm m$ )

Нозологічні форми розладів	Обстежені пацієнти з САБдал.	
	юнаки (n=14)	дівчата (n=15)
Хронічний больовий розлад, F45.4	23,3±1,21	24,5±1,42
Легкий депресивний епізод з соматичними симптомами, F32.01	18,6±0,72	24,7±0,58**
Панічний розлад, F41	15,3±0,65	17,6±0,56* p=0,043
Іпохондричний розлад, F45.2	17,4±0,38	21,3±0,99* p=0,015

різних проблемних зон, стресорів у їхньому житті. Найбільшу кількість поєднаних психотравмуючих чинників було виявлено у підгрупі дівчат з СЦфал., що становило 139,1% по відношенню до загальної кількості пацієнток у цій підгрупі. В інших підгрупах юнаків і дівчат рівень стресорів був достовірно нижчим і не перевищував 90% ( $p < 0,01$ ). Отримані результати виявили, що серед дівчат переживання психогенних факторів та їх вплив на формування СВД було істотно більш сильним, ніж серед юнаків. Найменшою мірою вплив психотравмуючих чинників спостерігався у юнаків з САбдал. Найбільш поширеною проблемою серед обстежених підлітків було відчуття гіперопіки з боку батьків (65,9% випадків). При цьому спостерігалася істотна різниця у подібному стилі дитячо-батьківських взаємин між юнаками та дівчатами. Серед дівчат, що страждають СЦфал. і САбдал., гіперопіка з боку батьків спостерігалася практично у рівній кількості випадків і більше ніж у 80% пацієнток. Серед юнаків з САбдал. такий стиль поведінки батьків виявлявся достовірно частіше – в 2,6 рази ( $p < 0,01$ ).

Важливим показником підвищеної стрес-уразливості обстежених підлітків стала друга за частотою поширеності серед них проблема – переживання психологічної самотності. Більше половини пацієнтів відзначили, що відчувають подібне почуття (51,2% підлітків в цілому). Найбільшою мірою психологічну самотність переживали пацієнти з САбдал. – як юнаки, так і дівчата. При цьому дівчата підгрупи з САбдал. достовірно частіше відчували психологічну самотність порівняно з пацієнтами інших підгруп

( $p < 0,01$ ). Майже половина обстежених підлітків як психотравмуючий фактор називала часті конфлікти з батьками і почуття страху перед майбутнім – в цілому в 46,3 і 45,1% випадків відповідно. Постійні конфлікти з батьками істотно частіше виявлялися у юнаків з СЦфал., а почуття страху перед майбутнім – у юнаків і дівчат з САбдал. ( $p < 0,05$ ). Пацієнти обох статей з САбдал. також достовірно частіше як психогенний стресор називали почуття постійного нерозуміння їх переживань і стану з боку батьків, а також тривою і побоювання з приводу нездатності виправдати надії близьких ( $p < 0,05$ ). Ці психогенні чинники не були такими значущими для підлітків, які страждають на СЦфал.

Досить важливим результатом стали дані про те, що практично у кожного четвертого підлітка (загалом у 26,8% випадків) було відчуття безглуздості щодо власного життя, наявність якого безпосередньо корелювала з вираженістю депресивної симптоматики у пацієнтів (див. табл. 2 і 3). Специфічною особливістю даних порушень є те, що у дівчат з СЦфал. (18,2%) і САбдал. (26,7%) таке відчуття зустрічалося більш рідко. При САбдал. і серед юнаків, і серед дівчат відчуття безглуздя відчував кожен четвертий пацієнт. Те, що достовірно частіше переживання безглуздості життя відчували юнаки з СЦфал., свідчить про високу ймовірність коморбідності переходу СВД у депресивну патологію. Ця теза підтверджувала дані про те, що 40% юнаків з СЦфал. мали постійні конфлікти з учителями у школі. Більшість пацієнтів цієї підгрупи мали постійні конфлікти з батьками (55% випадків), переживали почуття психологічної самотності (60%) і відчували частіше за інших (30%)

необґрунтовані претензії та докори з боку батьків. Ці дані підтверджують висновок, що СЦфал. у юнаків корелює з вираженими афективними (депресивна симптоматика) і поведінковими розладами (опозиційно-протестна поведінка).

Важливим чинником розуміння характеру психогенного базису у формуванні СЦфал. і САбдал. у обстежених підлітків стало те, що фактор конфліктів з близькими друзями оцінювався пацієнтами як значимий психотравмуючий вплив найбільш рідко – в цілому в 14,6% випадків і практично у рівному співвідношенні серед всіх підгруп. Отже, наявність проблем у сімейних взаєминах і пригнічуючі внутрішньоособистісні переживання мають більш істотний патогенетичний вплив у розвитку невротичних (соматоформних) і поведінкових розладів у підлітковому віці. Ці результати підтверджувалися досить низькою значущістю конфліктних ситуацій у школі з учителями для підлітків (в цілому в 23,2% випадків).

**Таблиця 4.** Розподіл підлітків за статтю по основному больовому синдрому (СЦфал. і САбдал.), наявністю внутрішньоособистісних і міжособистісних проблем

Зміст проблеми	Обстежені пацієнти									
	юнаки (n=34)				дівчата (n=48)				Всього в групах	
	СЦфал. (n=20)		САбдал. (n=14)		СЦфал. (n=33)		САбдал. (n=15)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гіперопіка з боку батьків	5	25,0	9**	64,3	27	81,8	13	86,7	54	65,9
Психологічна самотність	12	60,0	10	71,4	8	24,2	12**	80,0	42	51,2
Часті конфлікти з батьками	11*	55,0	5	35,7	16	48,5	6	40,0	38	46,3
	p=0,023									
Страх перед майбутнім	4	20,0	11**	78,6	13	39,4	9*	60,0	37	45,1
							p=0,017			
Нерозуміння батьків	7	35,0	7*	50,0	12	36,4	10**	66,7	36	43,9
			p=0,037							
Страх не виправдати надії батьків	4	20,0	6*	42,9	15	45,5	11**	73,3	36	43,9
			p=0,021							
Відчуття безглуздості життя	8*	40,0	4	28,6	6	18,2	4	26,7	22	26,8
	p=0,044									
Конфлікти з учителями	8*	40,0	4	28,6	5	15,2	2	13,3	19	23,2
	p=0,044									
Необґрунтовані претензії батьків	6	30,0	4	28,6	6	18,2	3	20,0	19	23,2
Конфлікти з близькими друзями	3	15,0	2	14,3	5	15,2	2	13,3	12	14,6
Всього (% до загальної кількості пацієнтів)	68	82,9	62	75,6	113**	139,1	72	87,8	82	100

## Висновки

Таким чином, проведене дослідження виявило, що у всіх



обстежених підлітків СЦфал. суттєво переважають над тими, у яких провідне значення мав абдомінальний біль. Провідною етіологічною основою больового синдрому в підлітковому віці є різні варіанти соматоформних розладів: СВД (F45.30 і F45.31), іпохондричний (F45.2) і хронічний больовий розлад (F45.4). Значний внесок у генез СЦфал. і САБдал. вносять також афективні невротичні порушення, зокрема легкий депресивний епізод із соматичними симптомами (F32.01), панічний розлад (F41), депресивна реакція в рамках розладу адаптації (F43.21). Серед юнаків і дівчат генез больового синдрому істотно відрізняється з точки зору його етіології і ступеня поширеності, що також треба враховувати в тактиці терапевтичного втручання. Дослідження рівня вираженості депресії за шкалою депресії А. Бека виявило, що всі обстежені пацієнти мали, як мінімум, помірну вираженість депресивної симптоматики. У пацієнтів з СЦфал. максимальний рівень депресії було зафіксовано при депресивній реакції з СЦфал. (F43.21), хронічному больовому розладі (F45.4) і легкому депресивному епізоді з соматичними симптомами (F32.01). Вираженість депресії у дівчат достовірно переважала майже при всіх видах нозологічних розладів ( $p < 0,05$ ). Найбільш високий рівень депресії і у хлопців, і у дівчат було зафіксовано при хронічному больовому розладі (F45.4). Хронічні стресові ситуації мали місце у кожного обстеженого пацієнта. Кожен із підлітків відзначається поєднанням стресової проблематики в їхньому житті. Загалом серед дівчат вплив психотравмуючого фактора на формування СВД був істотно більш сильним, ніж серед юнаків. Найбільшу кількість поєднаних психотравмуючих чинників було виявлено у підгрупі дівчат з СЦфал. Найменшою мірою вплив психотравмуючих чинників спостерігався у юнаків з САБдал. Найбільш поширеною проблемою серед обстежених підлітків було відчуття гіперопіки з боку батьків (65,9% випадків в цілому). При цьому спостерігалася істотна різниця у подібному стилі дитячо-батьківських взаємин між юнаками та дівчатами. 51,2% підлітків відзначили, що відчувають почуття психологічної самотності, що найбільшою мірою характерно для пацієнтів з САБдал. Загалом у 46,3 і 45,1% обстежених підлітків як психотравмуючий фактор називали часті конфлікти з батьками і почуття страху перед майбутнім. Кожен четвертий підліток (загалом у 26,8% випадків) відчував почуття безглуздості щодо власного життя, що корелювало з вираженістю депресивної симптоматики у пацієнтів. У юнаків СЦфал. корелює з вираженими афективними та поведінковими розладами. Важливо відзначити, що всі обстежені пацієнти своєчасно не зверталися до психіатра, оскільки основною скаргою у підлітків був головний або абдомінальний біль, що маскувало психічні порушення. Поширеність будь-яких видів СВД у підлітків зумовлена проблемністю в дитячо-батьківських відносинах, які потенціюють розвиток психопатологічних порушень у процесі дорослішання. Тяжкість даних патологічних порушень зумовлена незрілістю когнітивно-емоційних структур і подоланням поведінкових стратегій у ранньому віці. Отже, СВД, що супроводжується вираженим больовим синдромом у підлітковому віці, – психічні порушення, які потребують одночасно психофармакологічного і психотерапевтичного втручання.

## Список використаної літератури

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 376 с.
5. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
6. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина. – С. 466–490.
7. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. – 749 с.
8. Родцевич О.Г. Соматоформная вегетативная дисфункция пищеварительной системы у детей: клиника, диагностика, лечение // Мед. новости. – 2010. – №1. – С. 40–44.
9. Тиммербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л. Невротические расстройства у детей и подростков: механизмы формирования в контексте влияния микросоциальных факторов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2008. – №2. – С. 28–33.
10. Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Социально-психологические и клинические факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2008. – №1. – С. 38–44.
11. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
12. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб., 1979. – 198 с.