

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Імені М.П.ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

МОЗГОВА ГАЛИНА ПЕТРІВНА

УДК 616.891.6:613.956

**ПСИХОСОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ
ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

19.00.04 – медична психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора психологічних наук

Наукові консультанти:

**доктор педагогічних наук,
професор Синьов В.М.**

**доктор медичних наук,
професор Бекетова Г.В.**

Київ – 2010

ЗМІСТ

стор.

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. ПСИХОСОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯК МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА.....	16
1.1. Психосоматична патологія, як проблема сучасності.....	16
1.2. Чинники, що впливають на розвиток психосоматичної патології....	28
1.2.1. Вроджені особливості організму та патологія раннього розвитку дитини.....	29
1.2.2. Чинники психосоціальні.....	31
1.2.3. Особистісні якості.....	35
1.3. Методи діагностики психосоматичної патології.....	38
1.4. Методи корекції психосоматичної патології.....	47
1.5. Порушення психофізичного розвитку у дітей.....	64
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ і МЕТОДИ.....	97
2.1. Матеріали дослідження.....	97
2.2. Методи дослідження.....	98
РОЗДІЛ 3. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....	147
РОЗДІЛ 4. КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....	161
4.1. Клінічний перебіг психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	161
4.2. Психологічні маркери формування психосоматичної патології у	

дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	183
4.2.1. Аналіз особистісної та реактивної тривожності у дітей з психосоматичною патологією.....	184
4.2.2. Індивідуально - психологічні особливості дітей та підлітків із психосоматичною патологією.....	190
4.2.3. Вивчення стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків за допомогою проєктивного тесту “Добро” і “ Зло” із кольоровими виборами.....	200
4.2.4. Порівняльна характеристика факторів ризику формування психосоматичної патології.....	209
4.2.5. Нейрофізіологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.....	213
4.2.6. Математична модель.....	225
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ПСИХОСОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.....	231
5.1. Медична реабілітація.....	235
5.1.1. Стимол у комплексній медикаментозній терапії психосоматичних захворювань.....	250
5.2. Психолого-педагогічна реабілітація.....	259
5.2.1. Рання реабілітація – індивідуальна психотерапія.....	263
5.2.2. Групова психотерапія на пізньому етапі реабілітації.....	284
6. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	313
7. ВИСНОВКИ.....	360
9. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	362

Перелік використаних скорочень

АД– алергічний дерматит;

АТ – аутогенне тренування;

БА – бронхіальна астма;

БЕАГМ – біоелектрична активність головного мозку;

ВВТШ – верхні відділи травного шляху;

ВНС – вегетативна нервова система;

ВХ– виразкова хвороба;

ВХШ– виразкова хвороба шлунку;

ВХ ДПК – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки;

ХГД– хронічний гастродуоденіт;

ДПК– дванадцятипала кишка;

ДК – діагностичний критерій;

ІПП – інтегральний показник патології;

ІТ – психотерапія;

ІС– імунна система;

ІЕС– імуно-ендокринна система;

ЕЕГ – електроенцефалографія;

ЕС– ендокринна система;

К – інтегральний коефіцієнт ефективності;

КІГ – кардіоінтервалографія;

МЕП ЖВШ– моторно-евакуаторні порушення жовчовивідних шляхів

ОТ – особистісна тривожність;

ПСП – психосоматична патологія;

ППФР – порушення психофізичного розвитку;

РЕГ – реоенцефалографія;

РТ – реактивна тривожність;

СВД – синдром вегетативної дисфункції;

СО – слизова оболонка;

СО ДПК – слизова оболонка дванадцятипалої кишки;

СОРП – слизова оболонка ротової порожнини;

СОШ – слизова оболонка шлунку;

СЦБ – синдром циклічного блювання;

ТШ – травний шлях;

ЦНС – центральна нервова система;

УЗД – ультразвукове дослідження;

ФР – фактори ризику;

ФЕГДС – фіброезо-гастро-дуоденоскопія;

Н.р. – *Helicobacter pylori*.

ВСТУП

Актуальність

Зміцнення психо-фізичного здоров'я, забезпечення гармонійного формування особистості дітей, як найважливіша соціальна задача цивілізованого суспільства є предметом вивчення представниками багатьох спеціальностей – медицини, психології, педагогіки, соціології [17; 40; 53; 167; 254; 272; 406; 412].

За останні роки констатується неухильне зростання частоти виникнення психосоматичної патології (ПСП) у дітей під негативною дією мінливих соціально-економічних чинників та детермінованої психологічної predisпозиції [40; 70; 71; 177; 179; 211; 216; 253; 282; 283; 354; 382].

Тому проблема медичної та психолого-педагогічної реабілітації пацієнтів з психо-соматичною патологією і, особливо, дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку (ППФР) в останні десятиріччя набула актуальності в усьому світі [158; 200; 255; 256; 268; 319; 420]. Медико-соціальне значення цієї проблеми обумовлено значною розповсюдженістю різних форм порушень психофізичного розвитку у дітей, яка згідно даних МОЗ України становила в 2009 році 179 на 1000 дитячого населення (МОЗ України, 2010). Викликає велике занепокоєння медичної, психологічної та педагогічної спільноти стабільно високий рівень інвалідності у цій групі дітей, який складав на кінець 2009 року майже 166 тисяч осіб та розвиток у значної частини їх соціально значимої психосоматичної патології.

Проблема психосоматичної патології у широкому розумінні - це проблема існування людини [8; 20; 25; 38; 52; 53; 204; 224; 263].

По суті, психосоматичні захворювання чи, так звані, хвороби адаптації – це велике коло розладів, що поєднують у собі соматичні та психологічні порушення [260; 272; 288; 310; 312; 313; 316; 319; 353]. Традиційно до психосоматичної патології відносять гіпертонічну хворобу та виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, цукровий діабет,

ревматоїдний артрит, бронхіальну астму – захворювання, які мають прогресивний перебіг та супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, що поглиблюються з часом та порушують якість життя людини [20; 25; 38; 52; 53; 224; 263; 310].

Особливо це стосується дітей, які мають вроджені та набуті порушення психо-фізичного розвитку: ураження одного чи декількох аналізаторів (глухі, слабочуючі; сліпі, слабозорі; логопати), порушення опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта чи поліомієліту); розумово відсталі та діти із затримкою психічного розвитку і психопатичними формами поведінки; особи з аутизмом.

На сьогодні з'ясовані основні фактори ризику розвитку порушень психофізичного розвитку, а також психосоматичної патології у дітей, які свідчать про існування спільних патогенетичних ланок їх формування. Переконаливо доведена роль спадкової схильності [255; 256], гострого та хронічного стресу [48; 51; 56; 61; 92; 93; 128; 130; 137; 144; 188], соціальних факторів [140; 161; 162; 189; 229] , педагогічної занедбаності [160; 201; 255], метаболічних розладів та інфекцій TORCH-комплексу (герпес, цитомегалія, токсоплазмоз) [34; 35; 109] у виникненні ППФР і ПСП та в хронізації, рецидивуванні і прогресуванні останніх у дітей [310; 353; 363].

Проте, остаточно не досягнуто консенсусу у розумінні причин виникнення, найбільш притаманного дитячому віку прогресування ПСП у пацієнтів з порушеннями психофізичного розвитку та подальшого поглиблення їх соціальної дезадаптації. На сьогодні як в Україні, так і в інших країнах світу відсутні дані щодо розповсюдженості, структури і особливостей клінічного перебігу цієї патології у дітей з ППФР.

В доступній літературі, перш за все, розглядається лише медичний аспект ведення дітей з ПСП [12; 34; 41; 109; 111; 112; 225; 297], без включення засобів психолого-педагогічної реабілітації. Що стосується дітей з ППФР та ПСП, то в літературі дані щодо їх комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації відсутні взагалі.

З урахуванням вище наведеного вважаємо за доцільне проведення клініко-експериментального вивчення патогенетичної ролі психо-соціальних факторів формування, рецидивування і прогресування ПСП та поглиблення ступеню порушень психофізичного розвитку у дітей з метою розробки диференційованих підходів до їх медико-психолого-педагогічної реабілітації. Все вищевказане свідчить як про актуальність проблеми, так і своєчасність, важливість та необхідність її вирішення.

Таким чином, актуальність, теоретичне і практичне значення проблеми зумовили вибір теми дослідження: «Психосоматична патологія у дітей із порушеннями психофізичного розвитку та їх медико-психолого-педагогічна реабілітація».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Завдання дослідження були складниками науково-дослідних робіт: Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету (НПУ) імені М.П.Драгоманова (науковий напрям “Навчання, виховання, соціальна адаптація дітей із порушеннями психофізичного розвитку”), Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: “Оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів у дітей з поєднаною патологією травної системи” (№ держреєстрації 019611010162); терміни виконання 1998-2003 роки; “Оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів у дітей з поєднаною патологією травної системи”; терміни виконання 2003-2008 роки; “Оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів у дітей з поєднаною патологією травної системи” (№ держреєстрації 0103U001028); терміни виконання 2008-2012 роки.

Мета дослідження: розробка диференційованої системи медичної і психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку та психо-соматичною патологією на основі клініко-

експериментального вивчення патогенетичної ролі медичних і психологічних факторів у виникненні та прогресуванні захворювання.

Задачі дослідження:

1. Обґрунтувати теоретичні засади дослідження щодо виникнення та прогресування психосоматичної патології і формування порушень психофізичного розвитку у дітей.

2.З'ясувати розповсюдженість і структуру ПСП у дітей з ППФР.

3.Вивчити особливості клініко-параклінічного перебігу ПСП у дітей з ППФР.

4.Визначити основні комбінації факторів ризику формування та прогресування ПСП у дітей з ППФР.

5.Створити математичні моделі прогнозування виникнення ПСП у дітей з ППФР шляхом з'ясування статистично значимих комбінацій факторів ризику.

6.Дати характеристику нейрофізіологічних особливостей у дітей з ППФР та ПСП і порівняти їх з даними у здорових дітей та пацієнтів з функціональними розладами.

7.З'ясувати психологічні особливості дітей з ППФР та ПСП.

8.Обґрунтувати та розробити диференційовану систему медичної і психолого-педагогічної реабілітації дітей з ППФР та ПСП, визначити їх ефективність і впровадити в медичну та психолого-педагогічну практику.

Об'єкт дослідження. Психосоматична патологія у дітей з порушенням психофізичного розвитку.

Предмет дослідження. Фактори ризику, особливості клініко-психологічного перебігу, психологічні та нейрофізіологічні зміни при ПСП у

дітей з ППФР, ефективність диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації ПСП у дітей.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на положенні про виникнення психосоматичних розладів та в подальшому захворювань у зв'язку із психотравмуючими ситуаціями в анамнезі хворих дітей на підставі використання принципів вивчення психічних явищ в розвитку, єдності особистісного і системного, біологічного і соціального у виникненні та формуванні психосоматичної патології і припускає, що впровадження трьохетапної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ПСП та ППФР в медичну, психологічну і педагогічну практику буде кроком до реалізації комплексного, індивідуального та мультидисциплінарного підходу у діагностиці, лікуванні та диспансерному нагляді дітей з ПСП та ППФР.

Методи дослідження. Для розв'язання визначених завдань, досягнення мети, підтвердження гіпотези, використовувались такі методи:

теоретичні - аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення медичної, психологічної та педагогічної літератури для встановлення наукових зв'язків, прогнозування виникнення ПСП у дітей з ППФР та без них;

емпіричні - анкетування, опитування, бесіда, спостереження, тестування, когортно-епідеміологічне дослідження для встановлення розповсюдженості ПСП у дітей та підлітків з ППФР та без них; соціально-демографічне дослідження для аналізу чинників, які впливали на формування психосоматичної патології. Шляхом опитування збиралась інформація про дитину, її сім'ю, матеріально-побутові умови, стан здоров'я, спадкову обтяженість, шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність і характер міжособистісних стосунків;

діагностичні - анамнестичні, клініко-параклінічні, інструментальні, психологічні дослідження для вивчення клінічних та психопатологічних особливостей у дітей і підлітків з ПСП та ППФР і без них;

статистичні - для опрацювання одержаних результатів з метою підтвердження їхньої достовірності.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше:

-визначена розповсюдженість психосоматичної патології, яка складає 89 у дітей без ППФР, а при наявності ППФР—86 на 1000 дитячого населення;

-з'ясована структура психосоматичних захворювань у дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку та без них. В обох групах дітей найчастіше виявлені дві нозологічні форми – бронхіальна астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (у пацієнтів з ППФР переважала виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, а при відсутності порушень психо-фізичного розвитку виявлена зворотня тенденція з превалюванням бронхіальної астми);

-у віковій структурі психосоматичної патології у дітей з ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без порушень психофізичного розвитку ($10,5 \pm 0,7$ років та $14,2 \pm 0,5$ відповідно);

-виявлений більш тривалий і тяжкий перебіг психосоматичної патології (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та бронхіальна астма) у переважної більшості (73%) дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку;

-вивчені статистично значущі комбінації факторів ризику формування психосоматичної патології у дітей з порушенням психофізичного розвитку та встановлена їх інформаційна цінність (високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору);

-розроблена математична модель прогнозування виникнення та прогресування психосоматичної патології у дітей з ППФР;

-створений спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків;

-встановлено, що для психосоматичної патології у дітей як з ППФР, так і без них характерні значні психологічні порушення, що потребують відповідних психологічних підходів до їх усунення;

-здійсненне теоретичне моделювання реабілітаційного процесу у дітей з психосоматичною патологією та ППФР;

-експериментально обгрунтована, розроблена та впроваджена в практику медицини, психології і педагогіки система диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ППФР та психосоматичною патологією;

-доведена медична та психолого-педагогічна ефективність диференційованої комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з психосоматичними захворюваннями та ППФР;

-розроблений спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Удосконалено:

-концепцію медико-психологічного реабілітування дітей з ПСП при наявності ППФР та їх відсутності;

-алгоритм діагностичних підходів до виявлення психо-соматичної патології у дітей;

-методи корекції стійких психологічних стереотипів у дітей з психосоматичними захворюваннями за наявності ППФР та їх відсутності.

Дістало подальшого розвитку:

-розробка комплексного підходу до проведення медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з психосоматичною патологією за наявності

ППФР та їх відсутності;

-розуміння необхідності системного та міждисциплінарного підходу до виявлення та реабілітації дітей з психосоматичною патологією.

Практичне значення роботи:

-в практику лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та психологічних та педагогічних служб впроваджено розроблені нами математичні моделі прогнозування виникнення та прогресування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку;

-впроваджена в педіатричну та психологічну практику програма диференційованої реабілітації дітей з психосоматичною патологією та порушеннями психофізичного розвитку;

-в практику закладів охорони здоров'я та педагогічних установ впроваджений скринінговий спосіб діагностики стійких психо-емоційних стереотипів реагування у дітей та підлітків;

-в педіатричну практику впроваджений спосіб корекції стійких психоемоційних стереотипів реагування у дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Особистий внесок здобувача у роботах написаних у співавторстві, полягає в визначенні особливостей розповсюдженості ПСП та клініко-анамнестичних факторів ризику формування ПСП [185], удосконаленні діагностики ПСП у дітей за рахунок створення способу діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків [181]; розробці способу корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією [182].

Апробація результатів дисертації.

Головні ідеї та окремі положення дисертації викладено в доповідях на

міжнародних науково-практичних конференціях : «Здорова дитина: здорова дитина та генетичні аспекти її розвитку» (Чернівці, 2006); «Сучасна педіатрія. Проблеми та перспективи» (Харків, 2007); «Сучасні методичні підходи до аналізу стану здоров'я» (Луганськ, 2008); «Хронічні захворювання кишечника у дітей» (Харків, 2008); «Сучасні напрямки розвитку дитячої гастроентерології» (Вінниця, 2009); «Проблемні питання лікування дітей» (Київ, 2010), «Проблемні питання дитячої гастроентерології» (м.Харків, 2010), «Психосоматична патологія» (м.Київ, 2010).

Результати дослідження доповідалися на засіданнях кафедри логопедії інституту корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П.Драгоманова та кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України.

Результати дослідження використані в системі підготовки студентів інституту корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П.Драгоманова (спеціалізований цикл «Основи психосоматики»), на передатестаційних циклах з педіатрії та дитячої гастроентерології, циклах тематичного удосконалення «Захворювання дітей та підлітків», «Актуальні питання дитячої і підліткової гастроентерології», «Актуальні питання педіатрії та підліткової медицини» на кафедрі дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, на заняттях постійно діючої школи педіатрів та дитячих гастроентерологів м.Києва та Київської області.

Публікації. Основні положення дисертації висвітлені у 31 наукових та навчально-методичних публікаціях, у тому числі: 1 монографія, 3 навчально-методичних посібники та 2 деклараційні патенти України на корисну модель.

22 статті (із них – 12 одноосібних) у провідних наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України у галузі медичної психології.

Структура й обсяг дисертації.

Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів, узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел, що включає 438 найменувань; містить 66 таблиць, 21 рисунок. Загальний обсяг дисертаційної роботи - 402 сторінки, із них 361 - основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. Психосоматична патологія у дітей та підлітків, як медико-психолого-педагогічна проблема

1.1 Психосоматична патологія, як проблема сучасності

Психосоматичними, називають вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення та загострення яких є психологічні чинники [218]. Виходячи з цього, неможливо виключити вплив психологічних факторів на виникнення захворювань взагалі. В цьому сенсі будь-яке захворювання можна назвати психосоматичним [38; 42; 52; 85; 235; 242; 260].

Психосоматика (грец. psiche – душа, soma – тіло) – напрям у медицині та психології, який займається вивченням впливу психологічних чинників на виникнення та подальшу динаміку психосоматичних хвороб. Згідно з концепцією будь-яка психосоматична хвороба не впливає окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (зокрема спадкових) властивостей індивіда, її неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей однієї підсистеми – психічної або соматичної. Тільки взаємодія між ними та навколишнім середовищем може призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматична хвороба [277; 388; 389; 260; 288].

Проблема взаємовпливу душі та тіла цікавила багатьох. Грецький філософ Платон був упевнений в самостійності душі, її безсмерті та відділенні від соми в момент смерті людини.

Проблема психосоматичних відносин – одне з найбільш складних питань сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного та соматичного встановлений та вивчається ще з часів Гіппократа, Платона, Аристотеля.

Ще у «Хармідах» Платон писав: «...величайшей ошибкой в лечении болезней является то, что есть врачи для тела и врачи для души, поскольку одно неотделимо от другого...Ибо там, где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой» [119-122; 224; 287; 288; 426].

Понад 2000 років потому школа Коса протиставила динамічно-гуморальну (за своєю суттю – психосоматичну) концепцію механічно – органному спрямуванню школи Кнідоса. [132; 147; 162; 163; 437].

Знамениті філософи Декарт, Спіноза, Лейбніц підтвердили перспективність поглядів Платона, Коса та їхніх послідовників. Так, Декарт розвинув теорію психофізичного дуалізму, створивши вчення про взаємозв'язок тіла та свідомості. Спіноза в антропологічній теорії стверджував, що все, що відбувається з тілом, має відповідність у душі, а власне душа є нічим іншим, як «ідеєю тіла». Лейбніц підґрунтям психофізичної взаємодії вважав гармонію тілесних і душевних процесів. [1; 14; 120; 121; 162; 388; 389].

У процесі розвитку медицини питання впливу психіки на перебіг соматичного захворювання спочатку не розглядався. В теперішній час, час стрімкого інформаційного потоку, зниження рухової активності, впливу несприятливих факторів навколишнього середовища стає актуальним розгляд питань психічного та соматичного здоров'я у єдності їх впливу один на одного, тобто, психосоматики. Термін «психосоматика» був запропонованим Heinroth J. у 1818 році, а «психосоматична медицина» - Deutsch F. у 1922 році [162; 218; 224; 437].

Дія природного відбору значно змінюється через соціальність людини. В психосоматиці більше спільних моментів, ніж суттєвих відмінностей під час вивчення окремих захворювань. Психосоматична патологія як загально патологічний процес має наступні особливості: існує лише у людини, оскільки психіка виступає як значущий компонент об'єктивних порушень життєдіяльності; має нестереотипну відповідь на дію причинних факторів; та

відрізняється відсутністю генетично детермінованих уніфікованих захисно пристосувальних механізмів [260; 271; 278; 288].

Особистість можна представити у вигляді трихотомічної структури. Тіло (сома) – те, що людина являє собою у просторі. Душа – це інтелект, почуття (емоції), воля, увага, пам'ять. Дух – світогляд, морально-етичні принципи, настанови, що визначають поведінку людини. Формування духу відбувається під впливом соціуму. Усе єдине та взаємопов'язане. Умовно можна передбачити наявність психосоматичного континууму, на одному полюсі знаходяться психічні захворювання, на другому соматичні, між ними – психосоматичні, з різною питомою вагою психічних та соматичних компонентів у походженні конкретного страждання [162; 218; 260; 302; 368].

Існування такого континууму пояснює наявність двох протилежних точок зору на пусковий момент розвитку психосоматичної патології: терапевтична модель – соматоцентрична парадигма патогенезу (основа захворювання – латентні або субклінічні форми патології внутрішніх органів), психіатрична модель – психоцентрична парадигма (основа – психічні захворювання, а соматичні симптоми є еквівалент або складова частина психопатологічних симптомів) [162; 218; 224].

У період створення психосоматичної медицини як науки, що намагалася перебороти розрив між тілесним та психічним, була створена однолінійна модель психосоматичних хвороб. Спочатку виділяли 7 психосоматозів: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертензія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз.

Сучасні дослідники вважають можливим виникнення будь-якої хвороби при взаємодії як фізичних, так і психосоціальних факторів, що призвело до створення багатофакторної відкритої моделі хвороби. В силу цього на зміну вузькому поняттю психосоматичних розладів прийшов інтегральний психосоматичний підхід [38; 42; 45; 52; 67; 310; 426; 437].

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути лише «носієм хворого органа» і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний

напряв можна розглядати і як можливість «відходу» від деперсоналізованої медицини.

Першим найповнішу класифікацію психосоматичних розладів запропонував М.Блейлер (1981) [119-121; 162; 388; 389], який поділив їх на три види:

1. Так звані класичні психосоматози, тобто психосоматична патологія чи психосоматичні захворювання, які супроводжуються органічною патологією внутрішніх органів і систем. В основі їх первинна тілесна реакція на конфлікти переживань, пов'язана з морфологічно установами змінами та патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання пов'язані з органічними змінами, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозами. До них належать виділяють 7 психосоматозів (“holy sever”): бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз.

2. Функціональні психосоматичні розлади, які спостерігаються найчастіше. Вони мають стійкий перебіг. У деяких випадках їх відносять до так званих системних неврозів. Йдеться тут про функціональні кардіальні реакції (деякі різновиди аритмії, стенокардії, коронарних спазмів), синкопе (непритомність), гіпотензію, головний біль, хворобу Рейно, заїкання, енурез, невротичний тик, неврогенне блювання, синдром подразненої товстої кишки тощо.

3. Психосоматичні розлади в ширшому (непрямому) розумінні, коли здоров'я порушується через особливості поведінки людини, що пояснюється характером особистості та її переживаннями. Тут слід назвати схильність до фізичних травм, опіків, так званого психогенного ожиріння, алкоголізму, токсикоманії та ін.

В. Любан – Плоцца і співавтори [159] розрізняють такі групи психосоматичних розладів:

1. психосоматози;
2. функціональні синдроми (аналогічно Блейлеру);
3. конверсійні симптоми.

Останні виникають у відповідь на невротичний конфлікт, мають символічний характер і проявляються, головним чином, патологічними феноменами, що зачіпають діяльність органів чуття (амаврозом, сурдомутизмом, бодем, анестезією) або порушують моторику (параліч, парези, судоми, астазія, абазія, блювання, афонія, істеричний клубок) та інші [119; 120; 122; 305; 306].

Класифікуючи психосоматичні розлади у дітей, Arribas L.M., Martinez Fernandez F.S. , [364] в першу групу поєднали психосоматичні функціональні порушення, тобто ті соматичні синдроми, при яких не виявляються органічні ураження органів та систем – психогенні порушення у грудних дітей та дітей раннього віку (порушення сну, енурез, енкопрез, запор), конверсійні неврози. В другу групу ними включені психосоматичні захворювання (бронхіальна астма, нейродерміти, виразковий коліт, хвороба Крона, виразка шлунка, нервова анорексія, булімія, ожиріння).

Аналіз літератури, присвяченої проблемам психосоматичних захворювань, дозволив виділити два основних підходи, в рамках яких по-різному вирішується питання про роль, яку відіграють психологічні чинники в етіології психосоматики. У рамках першого з них, який може бути названий специфічним, кожному захворюванню відповідає свій власний тип психологічних особливостей, свій паттерн емоційних проявів, окрема конфігурація рис особистості [21; 23; 27; 43; 75; 118; 267].

Другий підхід (загальний) більшу увагу приділяє вивченню психологічних факторів, що мають вплив на всі без винятку психосоматичні захворювання. Багато авторів висвітлюють механізми формування психосоматичної патології, та в числі факторів патогенезу, поряд з наведеними іншими дослідниками, виділяє особистісні, поведінкові та спадково-конституційні особливості, наявність місця найменшого опору,

пролонгування емоційного стресу [18; 19; 27; 39; 118; 270]. Окрім цього, дослідник відмічає значну роль імпринтингу (збереження), умовно-рефлекторної фіксації та повторного переривання природної активізації відповідної вісцеральної системи. Автор підкреслює, що моделі і невротичної, і психосоматичної патології включають однакові елементи (психогенний та біологічний), проте суттєво відрізняються за співвідношенням останніх. Якщо при неврозі психогенний фактор відіграє визначальну роль, а фактори ризику лише сприятливу, то при психосоматичних захворюваннях саме біологічні фактори визначають специфіку клінічних проявів, тоді як на долю психогенних факторів у значній більшості випадків припадає лише ініціююча, дозволяюча, проте, як правило, неспецифічна для конкретного захворювання роль [8; 19; 40; 43; 52; 218].

Академік О.К.Напреєнко [218] розглянувши етіологію і патогенез психосоматичних захворювань, підкреслює, що вони й досі з'ясовані не остаточно. Автор підкреслює, що стресогенними чинниками, або стресорами, можуть бути фізичні, хімічні, біологічні, соціальні та психологічні впливи.

В звичайних умовах реакція організму на стресор має адаптаційно-приспосувальний характер, що є універсальним фізіологічним механізмом взаємодії системи організм – оточення [11; 63; 119; 163; 227; 276]. Тут вплив ситуацій, тобто стресорів, має певне позитивне значення: підтримує визначений функціональний тонус організму та запобігає детренованості. Патогенного характеру стресори набувають за неадекватної реакції на них. У такому разі йдеться про дистрес. Дистрес розвивається за умови надмірної тривалості дії стресора, посилення його інтенсивності або набуття несприятливої модальності. Він може спричинити насамперед когнітивний або емоційний вплив на психічну сферу людини [11; 49; 62; 67; 251; 275; 276; 2774 279]. Але перевищення адаптаційних можливостей ЦНС призводить до психосоматичних розладів, а в подальшому – психосоматичних захворювань. Психосоматичні захворювання частіше розвиваються у акцентуйованих, інфантильних та психопатичних особистостей [26; 27; 29; 31].

Таким чином, можна зробити висновок, що у виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють два основних компоненти: психотравмуючий чинник та стан суб'єкта, який зазнає його впливу.

Феномен стресу, відкритий Сельє (1953), відноситься до числа фундаментальних проявів життя, тому що дозволяє організмам пристосовуватися до різноманітних факторів середовища за рахунок універсального комплексу нейрогуморальних реакцій. Це в свою чергу, забезпечує умови найбільшого сприяння у боротьбі із небезпекою [251].

Якщо сам засновник вчення про стрес спочатку розглядав його гормональні та біохімічні аспекти, то згодом все більше число дослідників стали звертати увагу на психологічну складову стресу [1; 4; 14; 25; 43; 61; 72; 75; 150; 162; 218]. З'ясувалося, що надзвичайно складна та чутлива психіка людини здатна серйозно модифікувати характер «класичного» стресу, описаного в роботах Г.Сельє. Емоційний стрес – це стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які гостро або тривало обмежують можливість задоволення соціальних чи біологічних потреб [122; 128; 130].

Надзвичайно важливий і його стимулюючий, формуючий вплив у складних процесах роботи і навчання [51; 94; 137; 234; 235-237; 253]. Проте стресові впливи не повинні перевищувати пристосувальні можливості людини, інакше може виникнути погіршення самопочуття і навіть захворювання – соматичне або невротичне [129; 139; 215].

У дітей приводів для стресу не менше, ніж у дорослих. Слід назвати такі, як фізичне покарання, образа, відчуття шкільної неспроможності, хвороба, тяжка травма, труднощі у спілкуванні або зрада друзів. Стресом є також події у родині: розлучення батьків, хвороба одного з членів родини, переїзд на нове місце проживання, алкоголізм батька або матері. На жаль, грубе поводження з дітьми є надзвичайно розповсюдженим явищем. У деяких родинях фізичне покарання вважається допустимим у виховних цілях,

хоча виховання за допомогою ременя призводить до серйозних фізичних травм та тяжких наслідків для психічного здоров'я дітей [136; 140; 144; 436; 437]. Під час вивчення впливів батьківської жорстокості психологи з'ясовують, що часто основним мотивом поганого поводження з дітьми є бажання дорослих скинути власний стрес. Як людина реагує на стрес, викликаний горем, залежить від його особистості [248; 252; 254].

Якщо дитина відрізняється впевненим, рішучим, товаришким характером, то після надання психотерапевтичної допомоги та необхідного лікування вона швидко прийде до норми. При наявності тривожності, вразливості та заниженій самооцінці повернення до звичного способу життя відбувається не так безболісно – у дитини можуть розвинутися важкі неврози, посиляться підозрілість та агресивність або розпочатися так званий регрес, тобто повернення до форм поведінки раннього дитинства [95; 129; 253; 254]. Наслідки стресу у дітей та підлітків проявляються дещо інакше, ніж у дорослих, найчастіше невротичними та емоційними розладами, порушеннями поведінки. Симптомами стресу у дітей є втомлюваність, незібраність, байдужість, заїкання, нічні страхи, нетримання сечі, ходіння чи говоріння уві сні, втрата апетиту. Нерідко психічне напруження призводить до розвитку депресії – патологічно зниженого настрою, що в свою чергу може стати причиною різноманітних психосоматичних захворювань [136; 147; 150].

Тривалий стрес призводить до незворотніх аномалій поведінки, зокрема, деструктивної. Так звана, дивна дитина, неслухняна, надто жорстока, некерована, пасивна та в'яла, надто загальмована тощо – все це значить, що особливість в певний момент «зламалася». І навпаки, дитина, що перебуває в гармонійних відносинах зі своїм середовищем може перенести навіть екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. [100; 105; 106; 117].

Якщо емоційний стрес призводить до стійких порушень психічної адаптації, вони проявляються клінічно вираженими розладами. Сильний або

відносно слабкий, але тривалий емоційний стрес порушуючи механізми саморегуляції вегетативних функцій, є причиною становлення початкових стадій соматичних хвороб [113; 130; 141; 215].

Дослідники давно звернули увагу на зв'язок переважання конкретних емоцій зі схильністю до певних захворювань. Так, наприклад, серце найчастіше вражає страх, печінку – гнів та лют, шлунок – апатія та пригнічений стан [8; 45; 52; 388; 389].

У ході еволюції людина набула властиві їй як біологічному виду силу, гнучкість, здатність до терморегуляції, певні характеристики органів відчуттів. Давні інстинктивні програми поведінки людини допомагали протистояти голоду, нападу ворогів, хижаків. В ході людської історії з'явилися навантаження, до яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини в багато разів більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток, сухожиль, швидкості бігу. Небезпечним стала не зброя ворога, а слово. Емоції людини, споконвічно покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше придушуються, вбудовуються в соціальний контекст, а згодом перекручуються, перестають визнаватися їхнім господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі. Доведено, що у людини, яка постійно придушує напади гніву, розвиваються різноманітні психосоматичні симптоми [118; 162; 218; 426].

Придушений гнів сприяє розвитку ревматоїдного артриту, кропивниці, псоріазу, виразки шлунку, гіпертонії, хоча і не є єдиною причиною цих захворювань. [118; 288; 292].

Цікавий погляд на стрес та причини виникнення психосоматичних захворювань викладає В.С.Ротенберг [239]. Автор зазначає, що певні успіхи медицини в лікуванні конкретних психосоматичних захворювань постійно відстають від неухильного зростання загальної захворюваності населення цими формами патології [229; 239]. Звідси очевидно, що психосоматика не лише і, можливо, навіть не стільки медична, скільки соціально-психологічна

проблема, фундаментальне остаточне розв'язання якої лежить в площині зміни умов виховання та соціального клімату [217; 229; 289; 308]. Але для цього, перш за все, слід зрозуміти найбільш загальні механізми виникнення та розвитку психосоматозів.

В наш час існує дві основні теоретичні парадигми, що претендують на пояснення патогенезу психосоматичних захворювань. Відповідно до однієї з них, психосоматичні захворювання є наслідком стресу. Інша теорія зв'язує виникнення психосоматичних захворювань із внутрішнім конфліктом між однаковими по інтенсивності, але різнонаправленими мотивами індивіда [207; 218; 242; 289].

Перша з них – це концепція стресу. Проте, багато фактів свідчить про те, що відношення між стресом та захворюваністю не такі прості й однозначні. Деякі дослідники наводять приклади зменшення кількості психосоматичних захворювань під час екстремальних ситуацій [239].

Таким чином, стрес у ряді випадків не лише сприяє розвитку захворювань, але і їх попередженню та ліквідації. Навпаки, так звані хвороби досягнення свідчать про те, що різке зменшення емоційного напруження після досягнення бажаної мети може стати причиною соматичних та психічних розладів. Це буває у тих випадках, коли бажана мета сприймається самою людиною як найвища та кінцева [236; 239; 240; 243].

Узагальнення даних літератури дозволяє зробити висновок, що вирішальним фактором у збереженні здоров'я в умовах стресу є пошукова активність. Під цим терміном розуміється активність, спрямована на зміну ситуації (або свого ставлення до неї) за відсутності певного прогнозу результатів такої активності, але при постійному врахуванні цих результатів. Протилежний стан – відмова від пошуку – є неспецифічною умовою, що спонукає розвиток найрізноманітніших захворювань, визначає перехід від стресу до дистресу та зміну фази підвищеної опірності фазою виснаження. Відмова від пошуку найчастіше виникає в ситуації, коли будь-яка пошукова

поведінка тягне за собою покарання, коли негативне підкріплення стає перманентною умовою існування [234; 235; 239; 240; 254].

В світлі викладеної концепції, хвороба – це результат добровільної відмови від пошуку в умовах, коли ця відмова ніби заохочується зовнішніми умовами. Ось чому з раннього дитинства необхідно формувати потребу в пошуці, за якої сам процес активної зміни ситуації не менш привабливий для людини, ніж навіть самий бажаний результат діяльності. Задоволення від процесу подолання перешкоди може стати могутнім стимулом пошуку, але для цього потрібно, щоб дитина відчула смак подолання [318; 319; 323; 325]. А для цього завдання мають бути не надто легкими і не занадто складними: на кожному етапі розвитку вони повинні ледь-ледь перевищувати наявні можливості дитини, спонукаючи її для досягнення успіху - весь час ніби «вставати навшпиньки». І заохочуватися має не стільки результат, скільки готовність не відступати у випадку невдачі, все починати спочатку, відшукувати усе нові способи розв'язання проблеми, нехай навіть недостатньо ефективні. На думку науковця, завдання, що стимулюють творчу жилку, завдання, що надихають на пошук нетривіального рішення, - це важливий внесок у скарбничку фізичного та психічного здоров'я [239; 240; 307; 312; 325].

Друга парадигма, що претендує на пояснення патогенезу психосоматичних захворювань - це психодинамічна концепція інтрапсихічного мотиваційного конфлікту.

Як вважають багаточисельні дослідники [8; 334; 368; 369; 377; 387; 435; 438], хвороби є продуктом неусвідомленого конфлікту і, таким чином, представляють собою неусвідомлений вибір самої людини. При цьому психосоматичні хвороби завжди мають неусвідомлену самим хворим «вторинну вигоду». Іншими словами, хвороба зручна для підсвідомості, яка, таким чином, або «допомагає» дитині виправдати свої помилки, вчинки або бездіяльність, або ... «карає» її. Тому більш правильно (хоча дещо спрощено) психосоматичні захворювання називати психосоматизованими. На відміну

від хвороб, в розвитку яких провідна роль належить зовнішнім несприятливим факторам (наприклад, збудникам інфекційних хвороб), в походженні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють внутрішні фактори, в першу чергу, психологічні [302; 312; 318; 329].

Назва подібних розладів психосоматизованими має на меті підкреслити, що людина сама, активно (переважно підсвідомо) соматизує, буквально «отілеснює» свої невідредаговані емоції та психологічні проблеми, що спочатку «застряють» в її тілі у вигляді дискомфортних відчуттів, а потім внутрішні органи виходять з ладу, внаслідок викликаних цим «застряганням» збоїв нормальної регуляції їх роботи. Простіше кажучи, коли людина не виражає свої емоції назовні, вона «заморожує» їх у вигляді тілесних відчуттів існування [8; 334; 335].

Як підкреслюють А. Холмогорова та Н.Гаранян [310] , соматизація – це не лише схильність до переживання психологічного стресу на фізіологічному рівні. В основі соматизації лежить так зване соматосенсорне посилення – певний особистісний стиль сприйняття природних тілесних відчуттів, що тривожать, потенційно небезпечних та неприємних.

Соматизація багато в чому пов'язана також з інфантильними особистісними особливостями, такими як залежність, завищений рівень домагань та пасивність, особливо пасивна (стримувана) агресивність [162; 218].

Об'єктивно в умовах сучасного життя усі люди знаходяться в однаковому становищі: кожний отримує приблизно однакову «дозу» стресів. Розрізняється лише їх індивідуальне сприймання, суб'єктивна оцінка важкості стресу, а значить, і відповідна реакція на нього [278; 291].

До розвитку психосоматичних захворювань причетні і такі фізіологічні механізми, як миттєве та стійке (на все життя) запам'ятовування значущих подій у ранньому дитинстві (імпринтинг) та психологічне повернення (регресія) у відповідний дитячий віковий період. Звідси і запропонований

спосіб корекції психосоматичних розладів – тимчасове повернення пацієнта «в дитинство» та виправлення недоліків його власного минулого [305; 306].

Отже, психосоматичні захворювання – це хвороби, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори. Класичний набір психосоматичних захворювань включає в себе бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, тиреотоксикоз, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит та ряд інших хвороб. Психологічні фактори відіграють неабияку роль і при інших захворюваннях: мігренях, ендокринних розладах, злоякісних новоутвореннях. Проте слід розрізняти дійсні психосоматози, виникнення яких визначається психічними факторами та лікування яких має бути спрямоване, перш за все, на їх усунення та корекцію (психотерапія та психофармакологія), та інші хвороби, включаючи інфекційні, на динаміку яких психічні та поведінкові фактори мають суттєвий вплив, змінюючи неспецифічну резистентність організму, не будучи при цьому першопричиною їх виникнення [147; 162; 218; 254; 288].

Таким чином, можна зробити висновок, що стресові ситуації та інтрапсихічні конфлікти будуть завжди, тому вирішальним фактором стає стиль поведінки в цих ситуаціях. У людини орієнтованої на пошук в різних сферах діяльності, яка має високий рівень креативності, набагато більше шансів визначити характер взаємодії зі світом та соціальним оточенням. Саме тому велике значення в лікуванні та профілактиці психосоматичних захворювань має орієнтація хворого на його максимальну творчу самореалізацію.

1.2 Чинники, що впливають на розвиток психосоматичної патології

Чинники, які сприяють виникненню психосоматичних розладів у дітей можна поділити на дві великі групи. Це група біологічних чинників, в яку входять вроджені особливості організму, резидуально-органічна

недостатність та патологія раннього дитинства. Друга група психосоціальних чинників, яка відображає особливості особистості та соціального середовища.

1.2.1 Вроджені особливості організму та патологія раннього розвитку дитини

Велике значення мають вади розвитку мозку, пов'язані з ураженням генетичного матеріалу, внутрішньоутробними порушеннями (токсикоз вагітності, інфекції, різноманітні інтоксикації гормонального та лікарського походження), патологія пологів, інфекції, інтоксикації і травмами раннього постнатального періоду, наслідком яких є резидуально- органічна недостатність головного мозку – мінімальна мозкова дисфункція [19; 20; 50; 53; 118;119].

До числа найважливіших факторів відноситься біологічно обумовлений дизонтогенез, в основі якого можуть бути різноманітні шкідливі чинники, що впливають на організм дитини на окремих етапах розвитку – антенатальному, натальному та постнатальному періодах. Фактор онтогенезу, який враховує особливості періоду розвитку індивідуума та морфо-функціональні особливості організму та переважно нервово-психічного реагування, не сформованість або порушення адаптаційних механізмів, особливо в період вікових криз, підтверджуються більшістю виявом психосоматичних розладів у молодшому шкільному (друга вікова криза) та пубертатному (третья вікова криза) віці, а також відхилення в соматичному стані.

Онтогенетичний характер формування психосоматичних розладів у дітей та підлітків підтверджується виникненням цих розладів в окремих системах, які дозрівають в певний період і відповідно значні функціональні перевантаження, а також частотою виникнення та ступеню вираження психосоматичних розладів в окремі вікові періоди [75; 89; 120;152; 147; 148; 150].

Із числа значних екзогенних факторів ризику виникнення психосоматичних розладів на ранніх вікових етапах онтогенезу можна виділити пізні антенатальні та ранні постнатальні впливи з імпрінтингом, травми, інтоксикації, перенапруження вісцеральних систем та інші фактори [218; 310].

В останній час знаходить все більше підтвердження факт, що стреси у вагітної жінки підвищують вірогідність розвитку стресу у дитини. Так, дослідження багатьох вчених [19; 20; 21; 105] показали, що хвилювання матері під час вагітності відображаються на психіці дитини навіть через декілька років після народження. Отримані результати дають підстави рахувати, що термін гестації 12–22 тижні є найбільш небезпечними для психіки майбутньої дитини, тому, що для цього періоду кореляція між неспокоєм матері та майбутніми розладами дитини виявилася найбільш сильною. За даними деяких авторів [105; 162], більшість дітей, яких «не чекали», в подальшому хворіють неврозом страху, оскільки первинна невпевненість в їх народженні з боку батьків, в якійсь мірі, згодом відображалася на появі у них невпевненості у собі. Напевно, неспокій пережитий дітьми в період внутрішньоутробного розвитку, створює передумови для наступних більш легких проявів неспокою на психологічному рівні, починаючи з другої половини першого року життя.

Що стосується онтогенезу, то в дитячому віці відзначається певна періодизація психічного реагування. В.В.Ковальов (1985) виділив період соматовегетативного реагування - у віці від 0 до 3-х років всі психічні розлади виступають у вигляді соматовегетативних проявів. З 4-х до 7 років психічні розлади проявляються у вигляді рухових порушень. Далі з 5 до 10 років визначаються афективні, а з 11 до 17 років – емоційно-ідеаторні прояви психічних розладів.

При адекватному проходженні дитиною основних фаз розвитку, об’єктивних відносин та сприятливому вирішенні центральних конфліктів формуються такі основні характеристики особистості як довір’я, автономія,

ініціативність, соціальна активність та ідентифікація ролей, що ведуть до соціально-адаптивних форм поведінки.

У випадку несприятливого проходження однієї з фаз розвитку об'єктних відносин та загострення центрального конфлікту, формуються такі особистісні характеристики як недовіра, сором'язливість та сумніви у власних силах, почуття агресії чи провини, почуття власної неповноцінності, яке призводить до розладів міжособистісних стосунків, суспільно-дезадаптивних форм поведінки, порушень адаптації, а також і до психопатологічних розладів.

Кожній фазі розвитку відповідають різні рівні нервово-психічного реагування та, відповідно, домінуючі психопатологічні синдроми і дисморфні розлади [105; 165; 214].

Психотравмуючі переживання перших семи років ускладнюють перебіг стресових реакцій на протязі подальшого життя. Сучасні методи психотерапії дозволяють частково «виправити» та «переписати» хворобливий дитячий досвід, проте такі процедури вимагають участі кваліфікованого спеціаліста. Одна з таких технік так і називається – «Зміна особистої історії». Вона дозволяє виявляти в минулому людини події, котрі не лише в свій час викликали сильний стрес, але й призвели до підвищення сенситивності до даного типу стресорів в наступному [250; 251].

1.2.2 Чинники психосоціальні

Із психогенетичних чинників ризику найбільш значними є особистісні властивості хворих – акцентуйовані риси характеру (емоційно-лабільний, істеричний та лабільно-істеричний типи), які відмічаються в переважній більшості (більше 90%) випадків, декілька рідше виявляються паталогічні властивості особистості у батьків, причому у матерів відхилення в характері відмічається в два рази частіше, чим у батька, майже половина родичів хворих страждає психосоматичними розладами. Згідно психогенетичних

досліджень, реакція людей на ті чи інші фактори середовища на 30 – 40% визначаються генами, отриманими від батьків [20; 21; 224].

Психосоціальні фактори ризику найбільш представлені патологічним вихованням (гіперпротекція або кумир сім'ї), порушенням системи мати-дитина, присутність братів та сестер, відвідуванням дитячих установ, неповна сім'я, алкоголізація батьків та конфлікти в сім'ї, смерть батьків або родичів, хвороба близьких, зміна стереотипу спілкування.

Чим більше родичів та знайомих у людини, тим більш вона стійка до стресу. Це пов'язане не лише з тим, що друзі реально захищають таку людину від стресорів, але і з тим, що близькі люди ніби приймають частину удару на себе. Людина, що знаходиться в привітному оточенні, відчуває підтримку інших людей та легше сприймає загрозові фактори середовища. На противагу цьому люди, що живуть самотньо або мають постійні проблеми в родині, більш схильні до стресу та частіше хворіють [37; 40; 44; 312].

Детальний аналіз окремих факторів ризику виникнення психосоматичних розладів у дітей та підлітків проводився багатьма дослідниками. В першу чергу звертається увага на питому вагу порушень внутрішньосімейних відносин. На значну роль сім'ї вказують у своїх працях багато вчених [105; 300; 308; 325-327]. Особливо велике значення надається несприятливим сімейним умовам, зокрема, патологічному стереотипу виховання.

Е.Г. Ейдемільер [325] виділяє наступні види невірного виховання в сім'ї:

- вседозволяюча гіперпротекція (сполучення гіперпротекції та потурання потребам дитини з недоліком обмежень та заборон);
- домінуюча гіперпротекція (сполучення гіперпротекції з численними обмеженнями та заборонами);
- емоційне відторгнення (сполучення гіпопротекції та ігнорування потреб підлітка із суворістю санкцій за недотримання вимог та заборон);
- підвищена моральна відповідальність (сполучення гіпопротекції, ігнорування потреб підлітка та надмірності вимог-обов'язків);
- гіпопротекція (підліток все вирішує сам).

У відповідності з вищевказаним, з самого раннього дитинства у вихованні дитини насаджується невпевненість у своїх силах, що може бути досягнуто певними стереотипами виховання. До того ж, з самого раннього дитинства обмежується здатність приймати самостійні рішення, рішення приймаються дорослими, або ж старшими братами чи сестрами, максимально зменшуючи можливість розвитку власної точки зору. Батьки максимально обмежують соціальні контакти такої дитини, тим самим формуючи загальну реакцію недовіри по відношенню до “чужих”, “інших”. Також відбувається маніпуляція поведінкою дитини з використанням перш за все надмірного почуття обов’язку та провини. Всі вище перераховані фактори в сумі призводять до появи так званого “вітального страху”, який проявляється тривожністю. В якийсь момент життя людини виникає особливо напружена ситуація, або ж відрізок часу, протягом яких “плаваючі страхи” пов’язуються з випадковими предметами або ж групою предметів, тобто об’єктивізуються, і до них людина починає відчувати сильний страх, який може призводити до психосоматичної патології у подальшому [305; 306; 327].

Слід відмітити, що у кожної людини є свій індивідуальний сценарій стресової поведінки. Про це писав Ерік Берн у своїх книгах, і життя підтверджує його гіпотезу [45]. Цей сценарій засвоюється в дитинстві, коли батьки, переживаючи стреси, конфліктують на очах у дитини, поволі втягуючи її у свої проблеми.

При цьому дитина на 60 – 70% залежать від виховання, життєвого досвіду батьків, тренування отриманих навичок призводить до вироблення умовних рефлексів. Дитина вбирає в себе приклади батьків, а потім не усвідомлено копіює їх у своєму дорослому житті [19; 20; 105].

Тому одні люди виплескують свої стреси на інших людей у вигляді агресивних імпульсів або б’ють посуд, інші мовчки переживають своє горе та плачуть, а треті намагаються розв’язати проблеми за допомогою алкоголю чи наркотків. Одні звинувачують в усьому самого себе та шукають перш за все свої власні помилки. Інші обвинувачують усіх навколо, але тільки не себе.

Засвоєний в дитинстві стресовий сценарій «запускається» майже автоматично. В цих випадках достатньо незначного погіршення звичного ритму життя, виникнення, здавалося б, дрібної проблеми, як включається та починає розкручуватися маховик механізму запуску стресу [48; 52 162].

Причому наслідки від реалізації стресорної програми можуть бути більш згубними, ніж причини, що її запустили. Відмічено, що найбільш успішними людьми, як в професії, так і в особистому житті, є люди, що навчилися володіти собою, мають розвинену психотехніку особистої саморегуляції. Такі особистості, зазвичай, знаходять оптимальну стратегію в стресі. Вони інтуїтивно розуміють, що «скидати» стресову енергію на інших – не лише неетично, але й не вигідно. З іншого боку, вони розуміють, що спрямовувати руйнівну стресову енергію на самих себе, - теж не конструктивно. Ці люди намагаються перевести стресову енергію в інші форми діяльності, т.б. використовувати більш безпечні способи її «скидання» - не на інших, і не на себе [218].

На жаль, також відомий і той факт, що порушені сімейні відносини стають такою ж психотравмуючою подією в житті дитини, як і саме захворювання, і можуть не тільки спровокувати порушення психосоматичного розвитку здорової дитини, але також стати несприятливим фактором у патогенезі захворювання.

Роль порушених сімейних взаємин у виникненні психосоматичного захворювання визнавалася більшістю теоретичних концепцій на всіх етапах розвитку психосоматичної медицини [52; 72; 326; 327].

Багатьма авторами зізнається той факт, що батьківська родина відіграє провідну роль у формуванні таких патогенетичних факторів як конверсія, профіль особистості й алекситимія [430; 431; 436].

Особистісні риси дитини формуються під впливом нерозумних виховних підходів з боку батьків: материнської гіперопіки й схованого відторгнення батьками. Домінуюча гіперопіка матері перешкоджає розвитку самостійності дитини, сприяє фіксації стереотипу безпорадності й боязкості.

Твердий контроль із боку батьків - «домінуюча гіперпротекція» й «симбіотичий зв'язок» - сприяє розвитку рис інфантильності, слабкості спонукальних мотивів до діяльності, замкнутості й безініціативності дітей.

Одним з механізмів виникнення психосоматичного захворювання дитини, на думку ряду авторів, є «вторинна вигода», що грає роль стабілізатора емоційного мікроклімату в дисфункціональній, психологічно неблагополучній родині. У цьому випадку мова йде про, так звану, «сімейну вигоду» від хвороби дитини [52; 162].

Вищенаведені факти зайвий раз доводять необхідність та важливість досліджень сімейних умов розвитку дитини та його внутрішнього світу.

1.2.3 Особистісні якості

Фізіологічним базисом для особистості є тип вищої нервової діяльності людини, який відображає силу та динаміку нервових процесів в мозку та мало піддається будь – яким змінам [68; 69].

Виділяють 4 типи темпераменту, розходження яких у цей час трактується відповідно до типів вищої нервової діяльності за І. П. Павловим (1903).

Меланхолійний темперамент (такі особистості становлять більшість у популяції) визначається перевагою слабкості збуджувального процесу. Це люди із проявами пригніченого настрою, песимістичною самооцінкою, зневірою у власні сили, схильні до дратівливості.

Холеричний темперамент визначається вродженою слабкістю гальмування, що, як правило, поєднується з неврівноваженістю при досить високій рухливості нервових процесів. Зовнішні прояви у них - легка збудливість, непосидючість, квапливість у діях, поривчастість, швидкість виникнення афективних реакцій.

Обидва ці типи темпераменту проявляються схильністю до підвищеного нейротизму (по Г.Айзенку), але якщо меланхолійний тип відноситься до інтравертного, то холеричний - до екстравертного варіанту особистості [3; 4].

Сангвінічний темперамент характеризується значною силою як збуджувального так і гальмівного процесів, а також їхньою врівноваженістю. Таких людей у популяції менше, ніж представників всіх інших типів (11-12%). Це особистості активні, живі, оптимісти, що не втрачають настрою в складних ситуаціях. Вони люди справи, вольові, рішучі, емоційні й урівноважені. Сангвініки є екстравертами з низьким показником нейротизму.

Флегматичний темперамент на відміну від сангвінічного характеризується малою рухливістю збуджувального процесу, тому такі люди мляві, не активні, мало залежні від зовнішніх впливів, інертні, малоемоційні, повільні, неговіркі. По Г.Айзенку - це тип інтравертний, стабільний [3; 4].

За П.В.Симоновим [55] різні темпераменти виявляють специфічну для них емоційну спрямованість - лють для холерика, смуток для меланхоліка, променисту веселість для сангвініка, «олімпійський спокій» для флегматика.

Природно, що картина соматичного захворювання, особливо хронічного характеру, буде мати різні оцінки залежно від темпераменту пацієнта.

Якщо провести паралель між гіпократівською та павлівською класифікаціями темпераменту, то не викликає сумнівів, що меланхоліки («слабкий тип» за Павловим) безперечно більше піддатливі стресу, ніж флегматики («сильний, врівноважений, інертний тип вищої нервової діяльності»). Що стосується холериків, то тут не все зрозуміло. З одного боку, слабка вираженість процесу гальмування в ЦНС у холериків може призводити до значних емоційних проявів та агресії, проте мала тривалість таких періодів не доводить організм до стресу [246; 247; 274; 275; 276].

Схильні до гніву, ворожості, цинізму, роздратованості люди частіше страждають від стресу, а відкриті, привітні люди, з гарним почуттям гумору,

навпаки, більш стійкі до нього, окрім того ці люди живуть довше [265; 278; 280; 281; 360; 414; 415].

Дослідження багатьох вчених довели, що особистість психосоматичного хворого має свої особливості [266; 367; 430; 438]. Вони не здатні до розвитку, відношенню переносу, фантазування. У критичних ситуаціях замість висказувань вони реагують рухами. Тобто в них превалює соматична інервація замість гри уявлень. Автори ввели термін “ la pense operateire”, який означає неспроможність осіб з психосоматичними захворюваннями до вільного фантазування, їх конкретність, ригідність ціннісних орієнтацій.

L. Abramson та P.E.Sifneos підтвердили, що такі пацієнти не здатні описувати свої почуття, а зміст їх думок характеризується зосередженістю “на дрібницях” навколишнього середовища та відсутністю фантазій, пов’язаних з почуттями та потягами [332; 431].

Ідеї впливу регресії дефекту розвитку Его на психосоматичну патологію лежать у основі сучасних концепцій алекситимії. У 1967 році P.E.Sifneos ввів цей термін, який означає “відсутність або недостатність слів для вираження емоцій”. Мислення таких людей носить конкретно-побутовий характер, для них характерна бідність уявлень та нездатність пам’ятати сновидіння [341; 342; 343; 431].

Механізм “алекситимії” – недостатньої вербалізації емоцій, розглядається як ведучий психологічний розлад, який лежить в основі психосоматичного захворювання [341; 342]. .

Багато дослідників зазначають, що великий вплив на характер реакцій, які демонструє людина в умовах емоційного стресу, має структура самооцінки особистості. Вважається, що люди із заниженою самооцінкою, зазвичай, в більшій мірі проявляють ознаки тривожності, ніж люди з адекватною самооцінкою [337; 339; 340; 354; 401; 431].

Науковцями доведено, що адаптація до стресових умов краще здійснюється в осіб, для яких характерна висока мотивація досягнення успіху та низька мотивація уникнення невдачі [247; 252; 318; 333; 339; 353].

Проте не слід забувати і про фізіологічну ціну успіху: активні, нетерплячі, неспокійні, орієнтовані на успіх люди більше схильні до стресу, ніж люди з низьким рівнем домагань, ті, що не претендують на високе положення в суспільстві та високий фінансовий прибуток. Існує думка, що віруючі люди легше переносять стрес, ніж атеїсти [316; 317].

Дуже часто стрес людини пов'язаний з аналізом минулих психотравмуючих подій, причому в цьому випадку суто когнітивні процеси тісно пов'язані з процесами емоційними. Прикладами подібних стресів, заснованих на емоційно – логічному аналізі минулого, є страхи та фобії, переживання, пов'язані з ревнощами, явища посттравматичного стресу тощо [318; 321 - 223; 324].

Негативний прогноз майбутнього також може бути джерелом стресу. При цьому людина створює в своїй уяві картину небажаних подій, а потім починає випробовувати стрес з приводу придуманої нею самою ж події, якої ще немає і можливо ніколи не буде [324].

Таким чином, на розвиток психосоматичної патології впливають безліч факторів: спадковість, хід індивідуального розвитку, життєві події, фактори навколишнього середовища, захисні фактори самого пацієнта. Вони можуть різним чином взаємодіяти: підсумовуватися, взаємно підсилюватися, взаємно виключатися або доповнювати один одного. Фактори патогенезу виступають як умови, що сприяють виникненню психосоматичних відхилень їх соматизації за рахунок пошкоджених органів та систем.

Але адекватне вирішення проблеми розвитку психосоматичної патології, як і здоров'я людини взагалі, вимагає інтеграції знань із різних галузей науки і практики, системного мислення.

1.3 Методи діагностики психосоматичної патології

Основа людського буття, таємниця взаємин у їхній діалектичній єдності - це невичерпне джерело наукового пошуку, у якому інтегруються знання й

зусилля фахівців різного профілю у вирішенні конкретних медико-соціальних і психолого – педагогічних завдань. Людина організм якої, уражений хворобою, перетворюється в особистість із її суб'єктивною оцінкою ступеня фізичного, психологічного, соціального й духовного благополуччя. Значимість цього явища стає усе більше очевидним [22; 31; 67; 69; 162; 262; 268].

Підґрунтям для діагностики психосоматичних захворювань була певна резистентність до основних видів медикаментозної терапії та, в деяких випадках, невідповідність скарг результатам об'єктивних досліджень, невідповідна до важкості соматичної патології, поведінкова та соціальна дезадаптація [52; 130; 258; 278; 279].

Розвиток психічних функцій дитини відбувається при тісній взаємодії біологічних і психосоціальних факторів, при визначальній ролі останніх. Ця закономірність проявляється як в умовах нормального, так і аномальною розвитку. Саме соціально-психічний розвиток впливає на виявлення й використання потенційних можливостей мозку, його компенсаторних механізмів, що має першорядне значення в соціальній адаптації дитини. Особливості розвитку психічних функцій визначаються закономірностями формування функціональних систем. Відомо, що функціональна система - це об'єднання різних нервових елементів, що беруть участь у забезпеченні певної функції. Основу розвитку дитини становить формування міжсистемних зв'язків, що у нормальному онтогенезі починається рано, уже в перші місяця життя [4; 14; 18; 25; 288].

Закономірності формування функціональних систем визначають наступність етапів нервово-психічного розвитку дитини. Діагностика порушень нервово-психічного розвитку в дітей є комплексною клініко-генетичною й психолого-педагогічною проблемою. У її завдання входить визначення не тільки ступеня виразності психосоматичної недостатності, але й оцінка якісної структури дефекту з виділенням основного психопатологічного клінічного синдрому захворювання, визначення зв'язку

його з іншими клінічними проявами, віком, соматичним і неврологічним станом дитини й даними інших параклінічних і психолого-педагогічних методів обстеження, а також умовами оточення й виховання [2; 12; 15; 17; 20; 147].

Для того щоб не потрапити під вплив якої-небудь однієї точки зору або теорії, дотримуються принципу мультимодальності. Цей принцип включає й клінічну багатоосьову діагностику, і багатомірну постановку гіпотез, що полегшує наступне планування й проведення терапії [22; 25; 37; 38; 65; 218].

Під мультимодальністю, або багатогранною діагностикою мають на увазі вміння інтегрувати інформацію, отриману різними методами, при цьому людина, яка діагностує має у своєму розпорядженні певні фундаментальні знання в діагностиці, добре ознайоmlена з різнобічними методами та вмiє інтегрувати дані діагностики й використати їх для терапії [147;148].

Для аналізу інформації, отриманої в пацієнта використовуються наступні площини:

- біологічна, соматична площина: вона часто підрозділяється на біохімічну, нейрофізіологічну, психофізіологічну сфери; на першому плані стоять соматичні процеси, які можна зафіксувати фізичними або хімічними способами;
- психічна, психологічна площина: акцент ставиться на індивідуальному переживанні й поведінці ;
- соціальна площина: у центрі уваги перебувають міжособистісні системи (соціальні умови, сімейна ситуація);
- екологічна площина: у цьому ракурсі розглядаються умови проживання, матеріальні умови, якість життя.

Дослідження можуть проводитися в різних сферах. Наявність таких понять, як нейропсихологія, психоімунологія, психосоматика й т.д. говорить про те, що окремі площини не являють собою закриті системи, але пов'язані

одна з одною. Абсолютизація якоїсь однієї площини не може дати повної картини при роботі з пацієнтом; крім того, метою дослідження не можуть бути об'єднані висловлювання, які відносяться до різних областей, в одній - єдиній площині даних. У теперішній час запропоновано безліч варіантів для системного аналізу проблем [143; 146; 147; 278].

Найбільш відомі з них, це мультимодальний профіль Лазаруса — специфічно організований варіант системного аналізу, проведений по сімох напрямках — BASIC-ID (по перших англійських буквах: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, grugs — поведінка, афект, відчуття, уявлення, когніції, інтерперсональні відносини, ліки й біологічні фактори). Використання мультимодального профілю дозволяє краще увійти в проблему пацієнта, він співвідноситься із багатогранною діагностикою психічних розладів, дає можливість одночасно намітити варіанти психотерапевтичної роботи.

Мультимодальний підхід Оудсхоорна. Для планування сімейної психотерапії Оудсхоорном була розроблена схема стратегічної моделі Оудсхоорна (1993). При її використанні будь-яку проблему можна представити у вигляді «листяного пирога» з 6 рівнів. Кожний рівень відбиває відповідні біопсихосоціальні теорії, які служать для висування певних гіпотез і підбору психотерапевтичних втручань. Підхід Оудсхоорна є мультимодальним, співвідноситься із багатограними класифікаціями психічних розладів, при його застосуванні психоаналітичні, поведінкові, когнітивні, комунікативні й системні сімейні теорії не суперечать одна одній. Скарги й дані клініко - психологічного дослідження розподіляються на рівні.

Рівень 1. Проблеми із зовнішнім соціальним оточенням. Цей рівень розглядає проблеми членів сім'ї в контексті соціальних зв'язків.

Рівень 2. Проблеми в сім'ї. Розглядаються проблеми сім'ї як природної групи. Симптоматична поведінка «ідентифікованого пацієнта» аналізується як наслідок порушень функціонування всієї сім'ї або окремих її підсистем.

Рівень 3. Когнітивні й поведінкові проблеми. Вони охоплюють порушення або труднощі в області емоцій, когнітивних функцій або поведінки пацієнта.

Рівень 4. Емоційні конфлікти. Емоційні розлади мають усвідомлювану й неусвідомлювану сторони (подвійне дно); афекти (такі афекти, як тривога, депресія, страх, почуття провини, апатія, депресія); захисні системи (наявність захисту можна вивчати по наявності або відсутності фобій, obsесивно - компульсивної поведінки); невротичні механізми захисту - несвідомі способи редукції емоційної напруги. Варто також ураховувати фази й періоди психічного розвитку (по Ковальову й Ельконину, Фрейдіві, Еріксону, Кернбергу й ін.), своєчасне їхнє проходження дитиною, відповідність симптоматики віку.

Рівень 5. Порушення розвитку й особистісні розлади. На цьому рівні формуються тривалі й глибинні відхилення. Це стосується різних аспектів як «перекрученого», так і «ушкодженого» розвитку: аутизм, ядерні психопатії, психогенні патологічні формування особистості (крайові психопатії), а також специфічні аномалії розвитку.

Рівень 6. Біологічні порушення. Формулюється гіпотеза, відповідно до якої біологічні фактори (обтяжена спадковість, пре-, пери-, і постнатальні ураження ЦНС) є ведучими в походженні симптоматичної поведінки.

Багатофакторний підхід до діагностики психосоматичних захворювань особливо важливий саме для дитячого і підліткового віку. Для діагностики психосоматичних захворювань необхідно виявити соматичний розлад і психологічні фактори, що його викликали. Соматичний стан пацієнта повинен бути відмічений вираженим органічним порушенням або можливим для ідентифікації патофізіологічним процесом [20; 21; 22; 25; 37; 66; 73; 147; 162].

В психологічній діагностиці вирішуються питання діагностики, загальні для всіх сфер діагностики. Крім того, у дослідженні психосоматичних захворювань вирішуються приватні проблеми, наприклад дослідження рівня

організації особистості й виявлення провідного афекту в об'єктних відносинах [147; 148; 314; 315].

Діагностика психосоматичної патології — це діагностика індивідуальної пристосовності хворого, його буття у хворобі, вона відбиває взаємодію хворого із соціальним оточенням і суспільством. У формуванні діагнозу поряд із критеріями біологічного значення важливу роль грають психологічний і соціальний аспекти, що відбивають психологічні фактори функціональної недостатності й зовнішні умови адаптації, пов'язані з особливостями психосоціальних впливів оточення на хворого [1; 5; 14; 21; 25; 224; 227; 232; 266; 328].

Психологічна діагностика має основні напрямки :

I. Діагностика характерологічних особливостей:

- методика експрес – діагностики характерологічних особливостей (опитувальник Айзенка);
- тест незакінчених речень, який дає можливість конкретизувати життєву проблематику дитини, зумовлену акцентуацією;
- тести на виявлення типу акцентуацій (опитувальник Леонгарда – Шмішека, МПДО, ПДО);
- проєктивні методики: «Малюнок неіснуючої тварини», тести «Дерево», «Будинок»;
- тести на виявлення типу темпераменту;
- методики вивчення самооцінювання.

II. Діагностика психологічного клімату сім'ї :

- анкетування дітей - анкета «Ти і твої батьки» — вивчення емоційної атмосфери в сім'ї;
- проєктивні методики (методика ТАТ Г.Мюррея, методика Рене – Жіля);
- методика «Малюнок сім'ї».

III. Вивчення статусу дитини у колективі, особливостей спілкування з оточуючими:

- соціометричні дослідження — виявляють характер взаємин у колективі, рівень згуртованості колективу, статус учня у класі;
- анкетування для дітей (анкета «Ти і твої вчителі»);
- діагностика міжособистісних стосунків Т. Лірі;
- зовнішньогрупова референтометрія дає можливість виявити, хто з найближчого контактного соціального оточення є взірцем.

IV. Вивчення інтересів, ідеалів, нахилів, здібностей:

- анкетування — «Мій вільний час», «Що мені подобається», «Духовні цінності»;
- тестування — «Карта інтересів», ДДО, «Карта самооцінювання схильностей».

V. Особливості пізнавальних процесів: пам'яті, уваги, мислення, мовлення:

- тестування — тест Равена; тести на вербально – логічне мислення, «Коректурна проба».

VI. Діагностика емоційного стану дитини :

- шкала самооцінювання особистісної тривожності Спілбергера;
- кольоровий тест М. Люшера;
- виявлення рівня тривожності ;
- діагностика стану агресії у дітей Баса – Дарки.

Психосоматична терапія в своєму розвитку використовує всі вищеперелічені підходи, але необхідно відзначити наступне: у дітей і підлітків психосоматичні розлади є значними, якщо не найбільшу частину соматичної патології (за даними різних авторів число хворих дітей з функціональними (психосоматичними) порушеннями складає від 49% до 68%. Все більше лікарів різних спеціальностей починає приходити до усвідомлення того факту, що більшість соматичних (тілесних) проблем в своїй основі мають психогенне походження. І тут найважливішим завданням є вивчення тілесної симптоматики психічних процесів, яку буває дуже складно перекласти вербальною мовою.

Таким чином, розглянувши основні напрямки психологічної діагностики психосоматичної патології, і зважаючи на те, що діти з психосоматичною патологією відрізняються недостатньою вербалізацією емоцій, хочеться зокрема зупинитися на проєктивних методах діагностики.

Застосування рисувальних тестів для виявлення особливостей людини засноване на принципі проєкції, тобто на винесенні зовні своїх переживань, уявлень, прагнень і т.п. Малюючи той або інший об'єкт, людина мимоволі, а іноді і свідомо передає своє відношення до нього. Навряд чи він забуде намалювати те, що здається йому найбільш важливим і значущим; а ось тому, що він вважає другорядним, буде приділено значно менше уваги. Якщо якась тема його особливо хвилює, то при її зображенні виявляться ознаки тривоги [298; 311; 329].

Малюнок - це завжди якийсь повідомлення, зашифроване в образах. Завдання психолога полягає в тому, щоб розшифрувати його, зрозуміти, що говорить йому обстежуваний [87; 90; 181; 238; 269].

Для діагностичного використання малюнків дуже важливо, що вони відображають, в першу чергу, не свідомі установки людини, а його несвідомі імпульси і переживання. Саме тому рисувальні тести так важко “підроблювати”, представивши в них себе не таким, який ти є насправді.

Як і інші проєктивні тести, рисувальні методики дуже інформативні, тобто дозволяють виявити безліч психологічних особливостей людини. При цьому вони прості в проведенні, займають небагато часу і не вимагають ніяких спеціальних матеріалів, окрім олівця і паперу [156; 269].

Додатковою гідністю рисувальних методів є їх природність, близькість до звичайних видів людської діяльності. Той або інший досвід малювання є практично у кожної людини. Найближче це заняття дітям, тому при обстеженні дітей рисувальні методи застосовуються особливо часто. Дитині легко зрозуміти тестову інструкцію, для виконання методик не потрібен високий рівень розвитку мови. Разом з тим, малюнки - зручний привід для того, щоб невимушено зав'язати клінічну бесіду [160; 269; 298; 311].

На відміну від більшості інших тестів, рисуночні методики можуть проводитися багато разів і скільки завгодно часто, не втрачаючи свого діагностичного значення. Вони застосовні до пацієнтів самого різного віку - від дошкільного до дорослого включно. Це дозволяє використовувати їх для контролю динаміки стану і для спостереження за ходом психічного розвитку протягом тривалого періоду [329; 269].

Встановити автора, який першим запропонував використовувати малюнки для виявлення психологічних особливостей людини, не представляється можливим. Спроби реалізувати цю ідею робилися багатьма дослідниками в різних країнах, але до Ф. Гуденаф, що створила в кінці 20-х років першу стандартизовану рисуночную методику - тест “Намалюй людину”, - ніхто не розробив досить однозначних і обґрунтованих критеріїв оцінки малюнків. [269; 298; 311].

Згодом діагностична інтерпретація тих або інших показників виконання завдань переглядалася і істотно видозмінювалася. Було виявлено багато нових критеріїв оцінки малюнка. Разом з тлумаченнями, розробленими раніше, став розвиватися підхід, що спирається на більш загальні уявлення про форми самовираження людини в художній діяльності, зокрема в малюванні. Починаючи з 50-х років ХХ століття і до теперішнього часу розробляється безліч різних рисуночних тестів. Як нові, так і раніше створені методики постійно удосконалюються. Пропонуються оригінальні варіанти процедури проведення тестів, доповнення і поправки до принципів інтерпретації результатів. [90; 95; 238; 311; 329].

З робіт, проведених в цьому напрямі вітчизняними дослідниками, потрібно особливо виділити створений М.З.Дукаревич оригінальний і надзвичайно інформативний тест “Неіснуюча тварина”. Останніми роками він набуває все більш широкого визнання як в нашій країні, так і за кордоном [232; 311].

Зрозуміло, рисуночні методи не позбавлені недоліків. Головний з них - відносно низька надійність одержуваних результатів, пов'язана з суб'єктивністю інтерпретації. На відміну від більш формалізованих тестів, таких як тести інтелекту або особові опитувальники, рисуночні тести, як правило, не дозволяють кількісно зміряти оцінювані психічні властивості. Терміни, в яких проводиться інтерпретація малюнків, звичайно позбавлені тієї строгості і однозначності, яка характерна для формалізованих тестів. Але, як показує досвід застосування проєктивних тестів, він вельми чутливий до великого числа різних психологічних особливостей. Це і рівень загального розумового розвитку, і переважання раціонального або емоційного підходу до дійсності. Це рівень психомоторного тону, підвищена або знижена активність, підвищена емоційна лабільність або, навпаки, ригідність. Це тривожність (як особова риса) і тривога (як стан на момент обстеження), особливості реакції на стрес, екстравертність або, навпаки, інтровертність, аутизація, уникнення спілкування та багато іншого.

Останніми роками все більше підкреслюється психотерапевтичне значення малювання, як і художньої діяльності взагалі [162; 232; 238; 269; 311; 329].

Таким чином, завдяки застосуванню рисуночних методик стирається грань між психологічним обстеженням і психотерапевтичним сеансом. Все це і зробило рисуночні методики найпоширенішим інструментом в роботі практичного психолога.

1.4 Методи корекції психосоматичної патології

Дуже важливо, на наш погляд, на початку розгляду існуючих методів корекції психосоматичної патології у дітей, зупинитись на заходах профілактики вище вказаної проблеми.

В даний час виділяють три групи заходів щодо профілактики психосоматичних розладів: первинні, вторинні і третинні [54; 66; 97; 99; 179; 180].

Первинна профілактика спрямована на запобігання виникнення цих захворювань у здорових осіб шляхом проведення соціально-гігієнічних і медичних заходів щодо зміцнення здоров'я населення. Сюди ж відноситься організація раннього виявлення хворих з психосоматичними розладами, особливо з їх доклінічними формами. Відмічається, що це дозволяє істотно знизити терміни лікування, прискорити реадaptaцію й зменшити імовірність рецидивів хвороби [2; 16; 25; 26; 72].

Тим самим досягаються і цілі вторинної профілактики – запобігання повторення захворювання в осіб, які раніше його перенесли. Ведучу роль тут відіграють комплексні медичні і соціально-гігієнічні заходи, що повинні починатись вже на етапі лікування. Необхідно щоб воно було не тільки симптоматичним, але і патогенетичним, тобто спрямованим на усі ланки процесу захворювання, як соматобіологічні, так і індивідуально-психологічні. Тут використовуються психотерапевтичні, фармакологічні і не медикаментозні (рефлексотерапія, лікувальна фізкультура й ін) методи [72; 175; 179; 180; 217].

Третинна профілактика спрямована на запобігання переходу психосоматичних розладів в психосоматичноу патологію. Ведучу роль у цій роботі грають психотерапевтичні заходи.

Терапія психосоматичних розладів, на думку всіх авторів, повинна носити комплексний характер. Вона повинна проводитися з урахуванням усіх основних факторів патогенезу. Найбільш значущим, вірніше, етіологічним фактором є психологічний, тоді як біологічні (резидуально-органічна недостатність ЦНС), соціальні (набуті патологічні особливості особистості) та генетичні (спадкові) фактори патогенезу виступають як умови, що сприяють виникненню афективних відхилень їх соматизації за рахунок пошкоджених органів та систем [130; 162; 218].

Психологічний фактор має корегуватися вже на перших етапах розвитку дитини, оскільки він сприяє не лише безпосередньому виникненню функціональних соматичних розладів, але може при тривалому існуванні призвести до зниження імунітету та виникненню різноманітних, у тому числі психосоматичних захворювань.

Корекція психосоматичних захворювань повинно проводитися в три етапи:

- 1 етап – невідкладний (усунення загострення захворювання);
- 2 етап – опосередкований (психотерапія особистості);
- 3 етап – тривалий (корекція поведінки оточуючих).

Власне кажучи, у вітчизняній медицині медична допомога дітям та підліткам починається й закінчується одним пунктом – медикаментозною терапією загострення захворювання, що зумовлює її недостатню ефективність. Незважаючи на великі успіхи щодо створення нових засобів медикаментозної терапії психосоматичних захворювань, їх ефективність не може вважатися достатньою, тому що вона не завжди забезпечує повну та тривалу ремісію і не запобігає хронізації патологічного процесу [12; 19; 20; 259; 261; 366; 367].

Соціалізація середовища, яка веде не тільки до прогресу і становлення колективної самосвідомості, але і до перенавантаження людини психотравмуючими впливами з посиленням частоти емоціонального реагування та ступеня його вразливості, у більшій мірі, чим інші фактори, призводить до підвищення частоти психосоматичних розладів. В той же час індустріалізація, поряд із збільшенням числа різних негативних факторів, сприяла створенню психотропних препаратів, які відрізняються високою ефективністю при ряді психічних захворювань, в тому числі і при психосоматичних розладах. При цьому стиралася межа між розладами різного психопатологічного рівня та порушувався принцип адекватної терапії, тобто нерідко при лікуванні незначних порушень використовувалися настільки “сильні” лікувальні засоби, що в кінцевому результаті призводило

не довилікування, а до фіксації а також до посилення психосоматичних розладів [119-121].

Тому, ведуче місце більшість дослідників відводить психотерапевтичним заходам. А.І. Захаров [113; 114] підкреслює, що транквілізатори й антидепресанти часто створюють видимість поліпшення штучно пригнічуючи або стимулюючи активність хворого, але не впливають при цьому на сутність невротичного захворювання, не усувають психологічну мотивацію внутрішнього конфлікту.

Психотерапію, як основний метод лікування психосоматичних розладів, можна визначити як процес спрямованого психологічного (психічного) впливу лікаря на хворого з метою відновлення порушених психічних функцій, їхнього зміцнення і розвитку [32; 46; 47; 145; 178; 179; 180; 231].

В цьому розумінні вона послідовно виступає як єдиний процес лікувальних і педагогічних заходів, не допускаючи заміни лікувального аспекту педагогічним, що загрожує застосуванням виховних заходів там, де потрібно усунення хворобливих проявів.

Психотерапія – процес психологічної взаємодії лікаря з пацієнтом, метою якої є:

- нормалізація психічних, емоційно-афективних і вегетативних розладів невротичного регістру, а також порушених відносин особи, зміна установок, звичок, поглядів, світогляду, позбавлення від патологічних залежностей;

- мобілізація ресурсів особи та адаптаційних психологічних та фізичних можливостей людини.

Виділяють основні напрями психотерапії :

- психотерапія з використанням пізнавально-поведінкових механізмів психологічного захисту – раціональна, когнітивна, поведінкова, патогенетична, психоаналіз, функціональне тренування ;

психотерапія з використанням психофізіологічного захисту зміненої свідомості (гіпноз, гіпнокатарсис, навіювання, автотренінг, медитація) - емоційне стимулювання (творче самовираження) [6; 7; 9; 13; 38; 57].

За даними М.І. Буянова, в даний час можна виділити більш 250 прийомів психотерапії, із яких в роботі з дітьми та підлітками найбільш часто використовується приблизно третина [54].

При проведенні психотерапії відмічається необхідність дотримання ряду принципів. Перший з них полягає в необхідності враховувати вікові рівні переважного нервово-психічного реагування у дітей та підлітків [64;106;118; 132; 138; 150; 315].

Так, підлітковому віку відповідає емоційно - ідеаторний рівень, що вимагає переходу від симптому - до особистісно - орієнтованих методів психотерапії [142; 147; 162]. Інший принцип пов'язаний з вимогами обліку глибини і тривалості наявних у пацієнта психопатологічних розладів. При невротичних реакціях може бути цілком достатнім короткий курс лікування, що складається з елементів сугестивної та раціональної психотерапії. У хворих із хронічним перебігом невротичних розладів і несприятливими особистісними змінами психотерапія, як правило, містить у собі всі основні розділи і триває кілька місяців [113; 114].

Наступний дуже важливий принцип сучасної психотерапії полягає в зміні її спрямованості від нозоцентричної (орієнтація на хворобу) до антропоцентричної (орієнтація на людину) і далі до соціоцентричної (орієнтація на зв'язок особистості з навколишнім середовищем) установки [143; 148; 161].

Нарешті, вибір психотерапії повинний бути підпорядкованим особистому стилю психотерапевта, якому необхідно володіти широким арсеналом методів і вміти творчо варіювати їхнє використання з урахуванням ситуації.

На думку С. Ледера і Т. Високинської-Гонсер [129] у психотерапевтичному процесі з погляду на його сутність можна виділити дві протилежні фази. У першій основним механізмом лікувальної дії є пасивне навчання через надання пацієнту необхідної інформації й емоційної підтримки. Це дозволяє задовольнити потреби і сподівання пацієнта, поліпшити його самопочуття. На відміну від цього, у другій фазі зміна особистості і її установок відбувається в основному свідомо, шляхом активного переучування.

Однак не всі наукові школи згодні з таким трактуванням психотерапевтичного процесу. Кожна з них пропонує свої методи лікування, виходить з певного розуміння сутності не тільки відносин «лікар-хворий» і «пацієнт – терапевтична група», але і етіопатогенетичних механізмів невротичних розладів. Навіть використовуючи подібні техніки, ці школи вкладають у них різний зміст і оцінюють їхню ефективність за різними критеріями [292]. Вказуючи на необхідність реформування психотерапевтичної допомоги на Україні, більшість авторів акцентують увагу на адаптацію та впровадження в практику методик, які раніше не використовувались в нашій країні [31; 167; 163].

Головними поняттями в психоаналізі, як лікувальному методі, є вільні асоціації, трансфер і опір. На думку З. Фрейда [305; 306] патогенез невротичних розладів полягає у витісненні зі свідомості в сферу несвідомого афективно забарвлених сексуальних переживань перших років дитинства, представлених «Едиповим комплексом» і внутрішнім конфліктом між інстинктивними і соціальними вимогами. Пояснюючи симптоми як непряме вираження несвідомих і несумісних потреб, він вважає задачею психоаналізу розкриття в «беззмістовних» ідеях і «необґрунтованих» діях сьогодення тієї минулої ситуації в якій ці ідеї були виправдані і дії служили меті [305; 306; 368].

В ході аналізу хворий несвідомо переносить на лікаря свої почуття любові і ненависті, що він колись виявляв до батьків чи інших осіб, які грали

важливу роль у його житті. Аналітик своєю позицією нейтральності дозволяє процесу переносу розвинути в максимальному ступені і допомагає пацієнту усвідомити його природу. Саме тому відносинам «лікар-хворий» приділяється в психоаналізі центральне місце, а головними терапевтичними механізмами тут вважаються усвідомлення сутності проблеми і її емоційне відреагування (катарсис). Психоаналітично орієнтована терапія, направлена на вирішення несвідомих конфліктів, з'явилася однією з перших. Психоаналіз відрізняється від інших форм психологічної роботи, перш за все своєю особовою орієнтованістю. Як правило, людина необ'єктивно оцінює власні особові якості, психоаналіз не ставить як свою основну мету просто позбавитися того або іншого симптому, оскільки, як свідчить практика, через деякий час він може виявитися знов в тому ж або іншому вигляді. Головне завдання - встановити психологічну природу проблеми, виявити її джерело і зрозуміти динаміку її розвитку [133; 160; 218; 313].

Самоаналіз і саморозуміння - ось два найважливіші ключі до зміни стереотипів в поведінці людини, до подолання відчуття тривоги і страху, до формування адекватної реакції на ту або іншу проблему. Дитяча психоаналітично орієнтована терапія має свої особливості: оскільки можливості вербалізації (промовляння) у разі маленької дитини вельми обмежені, розвиток одержали ігрові форми дії. Ігрова психотерапія звільняє стримувані емоції і дозволяє дитині виразити відчуття, які інакше залишилися б прихованими [162].

Пропонуючи дитині малювати, грати в іграшки, ролеві ігри або складати казки, історії, психолог обережно і дбайливо вивчає внутрішній світ дитини, виявляючи і допомагаючи дитині поступово переробляти внутрішні конфлікти, травматичний матеріал, психофізичні блокування, які і з'явилися причиною поведінкових, психо-емоціональних і психосоматичних порушень [165; 168; 187; 194].

В індивідуальній психології А. Адлера [314] психосоматичний симптом розглядається, як результат конфлікту бажань дитини і її фізичних

можливостей. На думку Адлера мотивація поведінки, яка базується на почутті неповноцінності, є центром невротичної особистості. Почуття неповноцінності може підкріплюватись реальними чи уявними недоліками, що сприймаються як життєві перешкоди, а також неправильним типом виховання: зніженістю і гіперопікою чи, навпаки, знехтуванням. Важливу роль у цих процесах грає сімейна констеляція, тобто склад родини, кількість і порядок народження дітей. Адлер стверджував, що єдина чи перша дитина психологічно більш нестабільна [313; 314].

Переживання почуття неповноцінності може призвести або до формування комплексу неповноцінності і неврозу, або до компенсації і зверхкомпенсації.

Характер вирішення конфлікту залежить від ступеню розвитку в індивіда соціального інтересу, тобто потреби належати родині, суспільству, людству в цілому. Таке розуміння сутності неврозу обумовило характер адлеровського аналізу. Крім усвідомлення пацієнтом суті конфлікту, помилкового сприйняття і цінностей, що сформувалися в результаті переживання почуття неповноцінності, лікар прагне допомогти хворому поставити перед собою нові життєві цілі і реалізувати потенціал особистості.

З погляду клієнт – центрованої терапії К. Роджерса [233] невротичні розлади пояснюються як наслідок нереалізованих життєво важливих потреб, психогенного блокування («закупорки») досвіду і втрати його конгруентності з «я». Причиною неконгруентності між цими психічними структурами часто є вимоги й оцінки навколишнього середовища. Основна увага приділяється зниженому в невротика уявленню про самого себе та почуття самоповаги. Відношення між лікарем і пацієнтом будуються на рівні «людина-людина», а не «лікар-пацієнт», як у психоаналітичному підході.

Основоположник раціональної психотерапії Дюбуа вважав, що неврози є наслідком неправильних уявлень, помилкових умовиводів, а тому виліковуються переважно за допомогою логічних доказів і переконань хворого [334; 347]. Основою раціональної психотерапії є логічна

аргументація. Крім того, метод містить у собі роз'яснення, навчання, емоційний вплив, вивчення і корекцію особистості, дидактичні і риторичні прийоми. Стрижнем раціональної психотерапії є правильне, доступне розумінню хворого трактування характеру, причин виникнення і прогнозу захворювання. Це у свою чергу сприяє формуванню у хворого адекватного відношення до своєї хвороби.

Когнітивна психологія, продовжуючи традиції раціональної психотерапії, розглядає індивіда, як активного суб'єкта, свідомо взаємодіючого зі своїм внутрішнім і зовнішнім світом [421; 424]. Ця взаємодія здійснюється через оцінки, інтерпретації й умовиводи, що робить особистість. Значення, яке ми надаємо ситуації, визначається когнітивними структурами, що керують нашими розумовими процесами. Психосоматичні порушення, з цих позицій, можуть бути розглянуті, як порушення процесів інтерпретації й оцінки досвіду [194; 209; 213]. Виходячи з цього, когнітивна терапія ставить своєю метою усунення психосоматичної симптоматики через розкриття і зміну тих уявлень і переконань пацієнта, які підтримують не адаптивну поведінку й емоції. Вона заперечує не тільки сугестію, але і переконання прагнути, щоб пацієнт сам виявив активність у цьому процесі. Таким чином, когнітивна терапія використовує такі лікувальні механізми, як усвідомлення, знаходження нового корективного досвіду, зміна відношення до людей і навколишнього світу. Когнітивно-поведінкова психотерапія ставить за мету навчити людину адаптивним способам поведінки. Для цього психолог забезпечує людині можливість освоїти нові зразки поведінки і попрактикувати в них, підтримуючи і підбадьорюючи в ході психологічної роботи [162; 421].

Даний підхід орієнтований на процес діяльності, в ході якого є можливість освоїти нові поведінкові навички, переробити страхи, напругу, депресію, дати можливість спробувати себе у встановленні контактів, як з собою, так і з іншими. Це допомагає надалі полегшити соціальні взаємодії. Наприклад, страх говорити на людях, можна подолати, якщо підготуватися

до мовного спілкування і дістати можливість попрактикувати. Психолог в процесі роботи спостерігає за діями дитину або дорослого і забезпечує зворотний зв'язок, оцінюючи його результати і забезпечуючи постійно адекватну підтримку. В процесі такої роботи максимально враховуються когнітивні процеси, тобто особливості пізнавальної сфери (сприйняття, мислення, пам'ять, відчуття, воля, емоції і т.д.) даної людини. Іншими словами, увага приділяється тому, як сприймається і переробляється одержувана в ході психотерапії інформація [37; 49; 54; 231].

Когнітивно-поведінковий підхід орієнтований на процес навчання, психологічну підготовку людини до різних непередбачених обставин і на підбір такої ролевої поведінки, якою він міг би слідувати; одночасно цей підхід припускає спостереження за тим, як йде осмислення даного виду навчання.

Теоретичною основою патогенетичної психотерапії по В.Н. Мясищеву є психологія відносин [188; 189]. Характеризуючи особистість вона аналізує в першу чергу, її відносини до інших людей, навколишнього світу предметів і явищ та самого себе. У кожному з цих відносин можна виділити емоційний, поведінковий і когнітивний компоненти. Система відносин, яка формується в процесі діяльності, пізнання і спілкування, задає визначені способи поведінки людини.

Психосоматичний розлад в рамках патогенетичної концепції розглядається як порушення найбільш значимих ланок у системі відносин чи порушення цілісності цієї системи. При цьому виникає конфлікт між потребами і можливостями їх задоволення. Якщо він не вирішується, наростає психологічна і фізична напруга, особистість дезінтегрується і втрачає самоконтроль. Патогенетична психотерапія полягає в перебудові особистості хворого невротичним розладом на підставі діючого усвідомлення причин і процесу розвитку хвороби та перебудови відносини хворого до патогенних факторів захворювання. Ця перебудова спрямована на формування у хворого вірного відношення до неї [188; 189].

У лікуванні психосоматичних розладів, в тому числі і соціальних страхів, опираючись на свідчення в численних літературних джерелах, досить часто використовуються та приносять добрі результати методи когнітивно-поведінкової психотерапії [231; 421; 424]. Когнітивно-поведінкова психотерапія відноситься до короткочасних методів психотерапії. Вона інтегрує когнітивні, поведінкові та емоційні стратегії для змін особистості; підкреслює вплив когніцій та поведінки на емоційну сферу та функціонування організму в широкому соціальному контексті. Термін „когнітивний” використовується через те, що виявлення специфічних порушень емоцій та поведінки нерідко залежить від помилок в пізнавальному процесі, дефіциту в мисленні. „Когніції” включають в себе переконання, інформацію про особистість та середовище, прогнозування та оцінку майбутніх подій. Пацієнти можуть невірно інтерпретувати життєві події, оцінювати себе дуже суворо, прийти до невірних висновків, мати про себе хибні уявлення. Когнітивно-поведінковий психотерапевт, працюючи з пацієнтом, застосовує та використовує логічні прийоми та поведінкові техніки для вирішення проблем сумісними зусиллями психотерапевта та пацієнта. У пацієнтів з психосоматичними розладами здійснюються наступні лікувальні цілі:

- повна елімінація або ж редукція нав'язливої симптоматики (думки, остерігання, дії); переведення її в соціально сприйнятливі форми;
- усунення індивідуальних факторів (відчуття малоцінності, недостатньої впевненості), а також порушень контактів по горизонталі або ж по вертикалі, потреби контролю з боку значущого мікросоціального оточення і т.д.;
- усунення вторинних проявів хвороби, таких як соціальна ізоляція, шкільна дезадаптація і т. ін. [58; 129; 132].

У відповідності з роботами Джозефа Вольпе [65], який запропонував такий метод поведінкової психотерапії, як систематична десенсибілізація невротична поведінка найчастіше визначається тривогою. Дії, які виконуються в уяві, можна прирівняти до дій людини в реальному житті.

Уявлення в стані релаксації не є виключенням із цього положення. Страх, тривога можуть бути пригнічені, коли в один і той же час діють протилежні стимули, наприклад гнів або релаксація. Відбувається згасання патологічного рефлексу. Для терапії соціальних страхів Вольпе почав використовувати також так звані „асертивні” реакції – поведінку, яка спрямована на наполегливе відстоювання своїх прав та поглядів [129; 132; 231].

Формуючи стратегію психотерапевтичного втручання, лікар здійснює вибір між основними його варіантами:

- Директивна чи не директивна стратегія психотерапії. У відповідності до першої, лікар задає тон, темп і напрямок психотерапії. Прикладом є більшість варіантів раціональної психотерапії. Однак, досвід практичної діяльності показує, що ефективність методу раціональної терапії при психосоматичних розладах не завжди настільки висока як хотілося б [322]. Це пов'язано з тим, що переконання хворого являють собою більш стійку структуру ніж раціональне представлення за допомогою якого терапевт прагне ці переконання змінити. Хворий відкидає логічні доводи, які суперечать власним обмежуючим переконанням, чи навіть трактує їх у протилежному значенні. До директивних відносяться і сугестивні методи. При лікуванні психосоматичних розладів використовується наркопсихотерапія, методи самонавіювання, у тому числі аутогенне тренування [6; 7; 9; 13; 63; 83; 106 250].

В основі методу самонавіювання, запропонованого Джекобсоном, лежить уявлення про те, що між мозком і м'язами існує тісний взаємозв'язок, при якому психічна напруга відразу відбивається у вигляді підвищеного тону мускулатури, а напруга м'язів підсилює емоційну напругу [129]. Коли людина налякана, вона інстинктивно напружується, а усвідомлення цього факту ще більше підсилює тривогу і страх. На думку Джекобсона, замкнене коло, що утворюється при цьому, можна розірвати тільки з «периферичного кінця», тобто шляхом спеціальних вправ, спрямованих на повне розслаблення скелетної мускулатури [129; 132; 231].

Є. Куе пропонує прямий вплив на настрій і емоції людини шляхом свідомого формування існуючих уявних образів. Існують дані, що при застосуванні методу Куе в сполученні з раціональною психотерапією можливий позитивний ефект при наявності психосоматичних розладів [250].

Аутогенне тренування може значно допомогти людині, яка відчуває страх чи занепокоєння. А. М. Свядоц [250] вказує, що аутотренінг дуже ефективний при легких чи недавно виниклих випадках страху, а от важкі, триваючі роками нав'язливі страхи рідко вдається лікувати аутогенним тренуванням. У подібних випадках можна очікувати лише зменшення тривоги й емоційної напруженості.

Друга недирективна стратегія пов'язана з передачею значної частини ініціативи і відповідальності за перебіг терапевтичного процесу самому пацієнту. К. Роджерс [233] автор концепції, «клієнтцентрованої» психотерапії думає, що такий підхід прискорює процес реалістичного усвідомлення пацієнтом сутності своїх проблем і «каталізує» його просування до головної мети психотерапії – самоактуалізації клієнта і досягненню ним внутрішньої гармонії.

У переліку різних методів психотерапії не можливо, не відмітити тілесно-орієнтовану психотерапію. Діти володіють природною грацією і свободою тіла - енергійні, спритні, вони всі свою поведінку проявляють через рух. Чим молодше дитина, тим більше мір свободи і легкості має його тіло. Спочатку майже всю інформацію про навколишній світ дитина одержує через тілесні відчуття, тому на різних ділянках тіла є зони, позитивні і негативні відбитки його спілкування, що “запам'ятовують” на все життя, з світом. Не дарма вважається, що пам'ять тіла найміцніша. Тому дуже важливо при розвитку дитини постаратися залишити на його тілі якомога менше негативних “відбитків”, напруг і затисків. Маються на увазі не тільки фізичні покарання, рани і травми, але і психологічні затиски на тілі, що утворюються в результаті переживань і емоційних проблем [80; 129; 132; 231; 233].

Тривожна, боязка, скритна дитина до 5 - 6 років виглядає; сприяти ігровій ініціативі, стимулювати моторне і емоційне сутулою, “зігнутою”, малорухливою і пасивною. У багатьох агресивних, гіперактивних дітей часто спостерігаються хвороби внутрішніх органів, з'являються травми і переломи. Взаємозв'язок психіки і тіла очевидний. Чим менше м'язових затисків і негативних відмітин на телі людини, тим здоровіше, вільніше і благополучнее він себе відчуває. Саме тому в тілесно-орієнтованій терапії використовуються спеціальні вправи, відволікаючі контроль свідомості над тілом, тобто тілесні і танцевальні методи, які дозволяють розвивати пластику, гнучкість, легкість тіла, знімати м'язові затиски і давати людині відчуття свободи і радості самовираження, розвивати товариськість і давати вихід агресії і страхам, тим самим, знімаючи психо-емоціональне напруження [231; 245; 233].

- Індивідуальна чи групова психотерапія. Якщо в першому варіанті, як уже відзначалося, одним з найважливіших терапевтичних агентів є відносини між пацієнтом і терапевтом, то в другому мабуть, велику лікувальну роль грають відносини між самими пацієнтами в групі, груповий процес.

У сучасній психотерапії приблизно в однаковій мірі використовуються як індивідуальні, так і групові методи . Проте більшість психотерапевтичних шкіл (в першу чергу, когнітивна, патогенетична) на сьогоднішній день все більше починають використовувати групову психотерапію для роботи з підлітками з психосоматичними розладами. Вона використовується і як ведучий метод лікування, так і в комплексі з іншими.

Е.Г. Ейдеміллер [325; 326; 327] визначає групову психотерапію у підлітків як серію міжособистісних взаємодій, які направлені на створення адекватної самооцінки та цілісної концепції Я, усвідомлення причин девіантної поведінки та реагування, розкриття своїх переживань та їх вербалізація, набуття досвіду побудови відносин з іншими людьми у взаємно вигідній формі. Підкреслюється, що групова психотерапія невротичних розладів у підлітків в багатьох випадках є більш ефективною, ніж

індивідуальна, пояснюючи це впливом на особистість пацієнта цілої низки додаткових факторів.

- Сімейна психотерапія. Цей вид терапії, може використовувати будь-яку з перерахованих стратегій, але в головному вона зосереджена на сім'ї як єдиному цілому, а не тільки на людині, що звернулася по допомогу. Ця людина розглядається як продукт всієї системи взаємин в сім'ї, і саме з нею зв'язуються виниклі проблеми. Лікування, таким чином, припускає взаємодія зі всіма членами сім'ї хворої людини. З огляду на виникнення багатьох фобій у дитячому, підлітковому віці, сімейна психотерапія є практично обов'язковим елементом у їхньому лікуванні, оскільки останні є звичайно сімейною проблемою, винуватці якої – старші [58; 113; 114; 300].

В цілі сімейної психотерапії входить: домогтися від батьків розуміння проблем дитини, виправити їхні помилки у вихованні, залучити їх до участі в лікувальному процесі, надати лікувальну допомогу самим батькам. У такий спосіб у процесі сімейної психотерапії послідовно зважаються проблеми родини за допомогою корекції відносин між батьками, взаємин дітей і батьків і надання їм всебічної психотерапевтичної допомоги. Успішність лікування пов'язується з наявністю ряду попередніх умов, що в якості явних і незримих розпоряджень впливають на динаміку подружніх і батьківських відносин [80; 83; 84; 93; 300; 327].

Видячи з вище перерахованого, можна виділити проблеми, рішення яких дозволяє істотно підвищити ефективність лікування дітей з психосоматичними розладами.

Перша заключається у відсутності можливості своєчасного надання психотерапевтичної допомоги на рівні первинної ланки (дитячої поліклініки) і педіатричних стаціонарів. Для цього потребується наявність необхідних спеціалістів – дитячого психотерапевта та дитячого медичного психолога, які здійснюють бригадну взаємодію з педіатрами та дитячими психіатрами, могли б взяти на себе відповідальність за даний аспект поліклінічного лікування.

Друга проблема – перевага в психотерапії чисто симптоматичного підходу (представлена тілесно-орієнтованими, сугестивними та біхевіоральними методиками), або загально-корекційного впливу, мало співвіднесеного з психогенезом розглянутих станів (різні форми арт-терапії, ігрові методики тощо). Клінічна психотерапія припускає вияв (в тому числі з допомогою проєктивних тестів) зміст скритого психотравмуючого конфлікту, який лежить в основі формування психосоматичної патології.

Тому ми вважаємо за потрібне акцентувати увагу на такому різновиді психотерапії, як арт-терапія. [155; 231; 325; 327].

Цей вид терапії в нашій країні виник порівняно недавно. З англійської мови це поняття можна перевести як “лікування, засноване на заняттях художньою (образотворчим) творчістю”. Проте на практиці арт-терапія далеко не завжди пов'язана з лікуванням в строгому медичному сенсі слова. Хоча її лікувальні властивості поза сумнівом. Існує багато прикладів застосування арт-терапії, як засобу психічної гармонізації і розвитку людини, як шлях до подолання внутрішніх та зовнішніх конфліктів людини. Особливу цінність арт-терапевтична робота може мати для дітей, що випробовують певні утруднення у вербалізації (промовляння) своїх переживань, наприклад, з-за мовних порушень, аутизму або малоконтактності, а також складнощі цих переживань і їх “невимовності”, наприклад, у дітей з посттравматичними стресовими розладами [57; 87; 155; 231].

Поступово, у міру того, як формуються довірчі психотерапевтичні відносини з психологом, у дитини виникає відчуття захищеності, внутрішнього комфорту і свободи - він починає працювати все більш природно, сміливо і захоплено, а це, у свою чергу, інтенсифікує найрізноманітніші асоціації, відчуття, спогади. Починають все більше виявлятися сильні переживання, зокрема негативного характеру, такі як відчуття гніву, провини, втрати, сорому, образи. Все це дає можливість поступово, враховуючи можливості і ресурси дитини, переробляти

травматичний досвід, звільняючи психофізіологію дитини від пережитого у минулому [57; 155; 231; 300].

Вперше цей термін був використаний Адріаном Хіллом у 1938 році. В теперішній час він відображає всі види занять мистецтвом. Ефективність застосування мистецтва у контексті лікування базується на тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати та відображати їх на символічному рівні. Психотерапевти відмічають позитивний вплив арт-терапії не тільки на покращенні фізичного та психічного стану, а також на подоланні психосоматичних порушень [87; 162].

Образотворча діяльність дозволяє набути стану психічного комфорту. При цьому “художник” перетворюється на “глядача”, який ніби відходить від проблеми та спостерігає її на відстані [162; 238].

Таким чином, техніка “розповіді у малюнках” допомагає розглянути будь-яку проблему у динаміці, відтворюючи ланцюжок обставин та вчинків. Пацієнт усвідомлює своє відношення до того, що відбулось і може змінити це відношення.

Ця техніка має особливу цінність у роботі з особами, які мають певні проблеми з вербалізацією подій та почуттів [80; 87; 231; 269].

Зазвичай, діти залюбки описують словами те, що вони намалювали. Головна задача психолога в образотворчій грі – допомогти пацієнту у вербалізації усвідомленого матеріалу та зв’язаних з ним почуттів, в усвідомленні тих символічних образів, які відчуваються ним як загроза для нього, у формуванні в нього нових інтересів, значущих для його подальшого психосоціального розвитку. Творчість, як відомо, зцілює.

Аналіз сучасних досліджень з терапії мистецтвом пояснює корисність цього методу для лікування тим, що він:

1. Дає можливість для відтворення почуттів у соціально прийнятній манері. Малювання є безпечним методом розрядження напруги.
2. Воно прискорює прогрес у терапії. Підсвідомі конфлікти та внутрішні переживання краще відтворити за допомогою зорових образів, чим у розмові

під час вербальної психотерапії. Невербальні форми комунікації можуть з більшою вірогідністю обійти свідому цензуру.

3. Дає підстави для інтерпретацій у діагностичній роботі. Зміст та стиль художньої роботи дають лікарю велику інформацію.

4. Дає можливість працювати з думками та почуттями, які здаються нездоланими. Іноді невербальний метод залишається єдиним інструментом, за допомогою якого, пояснюються інтенсивні почуття та переконання.

Одже, одним з найбільш ефективних сучасних методів лікування психосоматичних захворювань є психотерапія і, зокрема, такий її різновид, як арт-терапія. Численні закордонні та вітчизняні автори вважають її найбільш результативною в лікуванні психосоматичних розладів, хоча в медичній практиці вона ще не знайшла широкого застосування.

1.5. Діти з порушенням психофізичного розвитку

Людина оволодіває досвідом, засвоює знання в процесі спілкування з людьми в процесі предметної діяльності. У зв'язку з цією важливою умовою формування вищих психічних функцій дитини є його діяльність у предметному світі, яка протікає у процесі спілкування та співробітництва з оточуючими людьми [255; 256; 282].

Сучасні уявлення про розвиток дитини базується на безумовному визнанні ролі повноцінних соціальних та біологічних умов.

Серед умов, необхідних для нормального розвитку дитини, виділяють такі, як: нормальна робота головного мозку та його кори; нормальний фізичний розвиток дитини та пов'язане з ним збереження нормальної працездатності та нормального тонуусу нервових процесів; збереження органів чуття, які забезпечують зв'язок дитини з зовнішнім середовищем; сприятливий соціальний контекст життя, до складу якого входить систематичність та послідовність навчання дитини у сім'ї, дитячому садочку та школі [216; 239; 293; 300].

Порушення розвитку – універсальна форма реакції організму на будь-який негативний вплив не тільки біологічних, а й несприятливих соціально-психологічних факторів.

Для визначення порушень розвитку у дітей у вітчизняній дефектології використовують різні терміни: аномалії розвитку, діти з особливими потребами, діти зі спеціальними освітніми потребами, діти з особливостями психофізичного розвитку та ін. Усі перераховані поняття відображають різні сторони проявів порушеного розвитку, але найбільш загальні ознаки таких порушень характеризуються терміном „дизонтогенез” [17; 19; 165; 168; 187].

Поняття „дизонтогеній” запропонував Є. Швальбе у 1927 році для визначення відхилень внутрішньоутробного формування структур організму від нормального розвитку. В теперішній час під цим поняттям розуміють різні форми порушень онтогенезу, які охоплюють пренатальний (період до пологів), натальний (період пологів) та постнатальний (період від народження до 3 років) періоди розвитку, коли морфологічні системи організму, ще не досягли зрілості [187; 201; 217; 256].

Порушення нервової системи можуть бути зумовлені біологічними та соціальними чинниками, які можуть діяти як окремо, так і поєднуватися, ускладнюючи розвиток дитини. Чим раніше будуть впливати несприятливі біологічні та соціальні чинники на розвиток дитини, тим грубішими та стійкими будуть порушення розвитку. Найгрубіший недорозвиток психічних функцій виникає внаслідок впливу негативних чинників у період інтенсивної клітинної диференціації структур головного мозку, тобто на ранніх етапах ембріогенезу [20; 23; 40; 42; 43; 152; 164].

Аномальними (від гр. *anomalos* – неправильний) називають дітей, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку, що спричинено наявністю фізичного або психічного дефекту. Проте наявність дефекту призводить до аномального розвитку лише за певних умов.

Наприклад, у дитини, яка не чує на одне вухо, не виявляють ніяких відхилень у розвитку тому, що в цілому слухова функція дозволяє їй досить

повноцінно сприймати звукові (зокрема й мовленнєві) сигнали та оволодівати мовленням без якихось вад. Оскільки у цьому випадку дефект не викликає серйозних порушень у загальному розвитку дитини (вона може, як і інші діти, спілкуватися з оточуючими, виховуватися у дитячому садочку, навчатися у масовій школі), її не відносять до категорії аномальних.

Отже поняття „дитина з порушеннями психічного та фізичного розвитку” передбачає присутність серйозних відхилень у розвитку, які викликані хвороботворними впливами та зумовлені необхідністю створення спеціальних умов для навчання та виховання [125; 126; 216; 282].

Виділяють різні категорії дітей з відхиленнями у розвитку. До їх числа відносять дітей:

- з порушеннями одного з аналізаторів: з повною (тотальною) або частковою (парціальною) втратою слуху чи зору, нечуючі (глухі), слабочуючі;
- з важкими мовленнєвими вадами (діти-логопати);
- з порушеннями опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта або перенесеного поліомієліту);
- розумово відсталі – діти зі стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи;
- діти з затримкою психічного розвитку; психопатичними формами поведінки;
- з комплексними порушеннями ряду функцій (сліпоглухі; сліпі з порушеннями мовлення; діти, в яких тяжкі порушення слуху або зору поєднуються з розумовою відсталістю);
- аутичні (діти, які активно уникають спілкування з оточуючими).

Діти з відхиленням у розвитку створюють складну та різнохарактерну групу. Різноманітні аномалії по-різному відображаються на формуванні соціальних зв'язків дітей, на їх пізнавальних можливостях. В залежності від характеру порушення одні дефекти можуть повністю долатися у процесі розвитку дитини, інші лише корегуватися, а деякі тільки компенсуватися.

Складність та характер порушення нормального розвитку дитини визначають різні форми психолого-педагогічної роботи з нею [216; 255; 256].

В основі відхилень у розвитку лежать, в одних випадках, органічні або грубі функціональні порушення центральної нервової системи, а в інших – периферичні ураження окремого або декількох аналізаторів. Важливими є й несприятливі сімейні форми виховання дитини, які можуть призвести до „педагогічної занедбаності” [150; 187; 201; 217; 244].

Пропоную розглянути різні категорії дітей, їх особливості психофізичного розвитку.

С початку розглянемо дітей з порушеннями аналізаторів.

Слуховий аналізатор складається із периферичного відділу, тобто звукоприймального рецептора (зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо), провідних нервових шляхів та центрального відділу аналізатора (мозкових клітин у скроневої області великих півкуль головного мозку).

Залежно від стану слухової функції виділяють глухих, пізнооглухлих та з ослабленим слухом (туговухих) дітей.

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини.

Психічний розвиток дітей із порушеннями слуху відрізняється рядом характерних особливостей. У перші місяці життя у них відсутній або слабо виражений рефлекс на різкі звуки, який у нормі проявляється при здриганні та примруженні очей. Під час плачу дитина не замовкає на голос дорослого, як це робить нормально чуучий малюк. В подальшому у дітей з порушеннями слуху не формуються сукупні рефлекси на звукові стимули [44; 46; 68; 69].

Дитина, яка позбавлена слуху, навіть частково, не має можливості сприймати ті звукові сигнали, які дуже важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних та всебічних уявлень про предмети і явища дійсності (спів пташок, шелест листя, звучання музики тощо). Також, втрата слуху створює бар’єр між дитиною та суспільством, утруднює оволодіння знаннями, затримує розвиток особистості.

Найважливіша роль слуху в оволодінні дитиною мовленням. За відсутності слуху або його значного зниження дитина самотійно, без спеціального впливу ззовні, не оволодіває звуковим словесним мовленням тому, що вона позбавлена можливості сприймати мовлення оточуючих, як необхідні звуковимовні зразки для наслідування. Також дитина не здатна контролювати вимову різних звуків. Внаслідок цього, обмежуються можливості спілкування з оточуючими, а отже, і пізнання, бо усне мовлення є одним із важливих засобів передачі інформації. Недорозвинення мовлення або його відсутність, в свою чергу, призводить до порушень у розвитку інших пізнавальних процесів [102; 115; 255].

При відсутності спеціальних занять у дітей з порушеннями слуху, зазвичай, спостерігається відставання у психічному розвитку, у них затримується формування предметних дій, сюжетної гри, функції активної уваги, що в подальшому утруднює проведення з ними спеціальної сурдологічної роботи. Тому, дуже важливий ранній початок сурдологічної роботи з цими дітьми.

Багато дітей з порушеннями слуху відрізняються характерними особливостями поведінки у вигляді підвищеного психічного виснаження, емоційної збудливості, схильності до негативізму, рухової розгальмованості. Серед таких дітей є замкнуті, мало контактні діти.

У багатьох дітей з вадами слуху спостерігаються порушення функцій вестибулярного апарату, що найчастіше виникають при набутому ураженні слухової функції [126; 138; 144; 256].

Глухота, яка пов'язана причинним зв'язком з німотою, призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. Серйозні порушення усного мовлення або його відсутність, негативно впливають на зорове сприймання, на розвиток не тільки словесно-логічного, а й наочного мислення, а також на інші пізнавальні процеси.

Обсяг інформації, яку дитина дістає із оточуючого її середовища, у свідомості глухої дитини помітно звужений через неможливість впливати на

нього усним мовленням, її реакції на зовнішні впливи примітивніші та недостатньо різнобічні [126; 144; 255].

У пізнавальній діяльності дітей з порушенням слуху більшу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання, ніж словесно-логічні. Писемне мовлення набуває для глухих незрівнянно більшого значення ніж усне у розвитку словесно-мовленнєвої системи. Словниковий запас у дітей з вадами слуху ближче до норми, ніж граматичне оформлення висловлювань.

Відчуваючи потребу у спілкуванні з оточуючими, діти з порушеннями слуху використовують міміко-жестикуляторне мовлення, тобто вони користуються своєрідним засобом передачі інформації за допомогою міміки і жестів, кожен з яких має своє значення. Для того, щоб діти могли використовувати міміко-жестикуляторне мовлення, необхідно формувати у них словесне мовлення. Оволодіння словесним мовленням для таких дітей, як зазначав М. Д. Ярмаченко є „... життєвою необхідністю, єдиним засобом прилучитися до чудової скарбниці людських знань і досвіду, засвоїти велику кількість знань, які виробило людство у процесі свого розвитку. З особливою силою це відбивається на розвитку їхнього мислення, відкриваючи необмежені можливості вдосконалення і тим самим розриваючи коло соціальної ізоляції глухих. Таким чином, оволодіння звуковим словесним мовленням як засобом спілкування й мислення є одночасно й наймогутнішим фактором компенсації порушеної слухової функції” [68; 69; 225].

З анатомії ми знаємо, що зоровий аналізатор складається з трьох відділів: периферійного (око), провідникового (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення), центрального (мозкові клітини в зорових зонах кори головного мозку). Діяльність зорового аналізатора забезпечує сприйняття й аналіз візуальних подразників.

Хворобливі фактори впливають на різні відділи зорового аналізатора, спричиняючи порушення зору у дітей.

Відповідно до ступеня порушення функції зорового аналізатора дітей із стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.

У психічному розвитку дитини важливу роль відіграє оптичне сприймання, яке здійснюється завдяки зоровому аналізатору. Людина, через зоровий аналізатор, одержує найбільше вражень від навколишнього середовища. Колір, світло, розмір, форма, протяжність у просторі, ми пізнаємо, насамперед, за допомогою зору. Розвиток орієнтування у просторі також безпосередньо пов'язаний з діяльністю зорового аналізатора. Для розвитку рухів людини велике значення має зоровий контроль.

При порушенні діяльності зорового аналізатора у дитини виникають значні труднощі у пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, у здійсненні контактів з оточуючими, у різних видах діяльності [77; 88; 115; 152; 256].

Глибоке порушення зору як первинний дефект прямо або з різним ступенем опосередкованості зумовлює різноманітні особливості розвитку дітей.

Діти з порушенням зору не можуть сприймати візуальні й просторові ознаки об'єктів і явищ навколишньої дійсності, а це серйозно збіднює їх чуттєвий досвід, ускладнює орієнтування у просторі, перешкоджає образному мисленню. Також сліпота негативно впливає на формування моторно-рухової сфери дитини.

Більшість сліпих дітей мають залишковий зір. Фактор часу, коли настає зоровий дефект має суттєве значення для психічного та фізичного розвитку сліпої дитини. Чим раніше настала сліпота, тим більше помітні відхилення нервово-психічного розвитку. Воно проявляється у різноманітних вторинних порушеннях. При захворюванні з народження малюк не отримує ніякого запасу зорових уявлень. Утруднення у виникненні вертикального положення тіла, боязливість простору та нових предметів призводять до затримки в оволодінні простору та предметної діяльності. Перші спеціалізовані маніпуляції та окремі функціональні дії з предметом з'являються у сліпих дітей після двох років. Грубий недорозвиток просторової орієнтації обумовлює недорозвиток ходи, гальмує формування тіла.

Зовсім, по-інакшому, складається розвиток дитини, яка втратила зір у більш старшому віці. Дитина має попередній досвід зорових уявлень, і це полегшує розвиток моторики, предметної діяльності, формування уявлень й понять.

Велике значення для прогнозу психофізичного розвитку дитини будуть мати індивідуальні особливості інтелекту, емоційно-вольової сфери, особистість дитини у цілому, стан загальної та дрібної моторики тощо. Своєчасний початок спеціального навчання впливає на сприятливий розвиток дитини [56; 68; 77; 88; 125; 230].

У сліпої дитини недорозвиток емоційної сфери пов'язаний з обмеженням або неможливістю сприйняття таких виразних засобів, як погляд, жест, міміка. Це, у свою чергу, усугубляє недорозвиток форм спілкування на ранніх етапах розвитку дитини.

Дослідження патології сенсорної сфери підтвердило припущення Л.С. Виготського щодо нерівномірності розвитку дитини з особливостями психофізичного розвитку. Якщо у здорової дитини гетерохронія є стимулом до утворення нових функціональних систем, то у аномальної дитини з порушеннями у сенсорній сфері спостерігається невідповідність у розвитку окремих систем, яка гальмує загальний розвиток.

Така характерна нерівномірність розвитку є й у сліпої дитини. Якщо у здорової дитини в основі ігрових дій лежать добре знайомі предмети, то у сліпої, за даними Л. І. Сонцевої, ігрові дії не несуть у собі інформацію про конкретний предмет.

Бідність практичного досвіду, слабкий розвиток предметної моторики або відносно збереженого мовлення створює своєрідність ігрової діяльності сліпої дитини, яка протікає у вигляді рухів, які однорідно повторюються та супроводжується більш високим рівнем протікання словесної дії. Розрив між мовленням та дією можемо скоротити тільки завдяки спеціальному навчанню. Це є яскравим прикладом асинхронії розвитку.

Сліпі діти усвідомлюють свій дефект, неминучі невдачі у різних видах діяльності й у спілкуванні, зумовлені неможливістю практично користуватися зоровою функцією – все це часто викликає у них тяжкі переживання.

Сліпа дитина зберігає значні можливості психофізичного розвитку та можливість повноцінного пізнання. Нормальна мисленнєва діяльність сліпої дитини спирається на збережені аналізатори. У такої дитини в умовах спеціального навчання формуються прийоми та засоби використання шкіряного, слухового, рухового аналізаторів які представляють сенсорну основу, на якій розвиваються психічні процеси [43; 68; 230; 256; 282].

Відносно велику групу у порівнянні зі сліпими складають слабо зорі діти. Головна відмінність сліпих дітей від слабозорих полягає у тому, що зір слабозорих дітей залишається основним засобом сприймання предметів і явищ навколишнього середовища та просторового орієнтування. Слабозорість все ж накладає свій відбиток на психофізичний розвиток дитини. Досить глибоке порушення зорової функції зумовлює такі особливості процесу візуального сприймання, як уповільненість, звуження огляду, занижена точність. Зоровий дефект, певною мірою, утруднює процес орієнтування у просторі, знижує запас вражень, та викликає якісну своєрідність уявлень, що пов'язана із специфічністю зорового відбиття дійсності при різних формах слабозорості.

Наприклад, у слабозорої дитини з порушеним відчуттям світла формуються збіднені уявлення про кольори предметів та явищ.

Виходячи з цього, „ ... у дітей з частковою зоровою недостатністю за певних умов може бути виявлений не лише обмежений запас уявлень, а й можуть мати місце, спотворені уявлення, які виникають внаслідок використання частково збереженого, проте неповноцінного сприйняття” [126; 138; 140; 255; 256].

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, дослідники дійшли висновку, що діти з частковими дефектами, на відміну від дітей з тотальними

порушеннями не завжди цілком усвідомлюють свій дефект. Внаслідок цього дитина невірно оцінює свої невдачі й труднощі у грі, навчанні, спілкуванні з оточуючими. Дуже важливим для таких дітей є своєчасне виявлення часткового дефекту зорової функції і створення для них спеціальних умов виховання та навчання.

Наступними розглянемо дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Серед дітей з особливостями психофізичного розвитку найбільший відсоток тих, у яких спостерігаються порушення інтелекту, тобто сукупності пізнавальних здібностей. Таких дітей називають розумово відсталими.

Проте слід зазначити, що будь-яке, наприклад, тимчасове, ситуативне порушення інтелектуальної діяльності не є розумовою відсталістю.

Під розумовою відсталістю розуміють стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, яке виникло внаслідок органічного ураження головного мозку.

При розумовій відсталості має місце провідна недостатність пізнавальної діяльності, й в першу чергу, недорозвиток абстрактного мислення, процесів узагальнення у сполученні з малою рухливістю та інертністю психічних процесів [50; 53; 118; 119; 230; 239].

Виділяють дві основні форми розумової відсталості: олігофренію (форма психічної недорозвиненості, що виникла як наслідок ураження центральної нервової системи (насамперед, кори головного мозку) у пренатальний, натальний або постнатальний періоди); та деменцію (форма психічної недорозвиненості, яка уявляє собою розпад більш або менш сформованих інтелектуальних та інших психічних функцій).

При деменції має місце придбаний після народження інтелектуальний дефект.

У ранньому віці розмежування деменції та олігофренії може уявляти великі труднощі. При виникненні деменції у дітей старше трьох років її відмежування від олігофренії стає більш чітким.

Для розмежування цих форм інтелектуальних порушень важливо мати на увазі, присутність періоду нормального інтелектуального розвитку дитини. Цей період присутній у дітей з деменцією. У дітей-олігофренів такого періоду немає.

Крім того, структура інтелектуальної недостатності при деменції має свої характерні особливості. Ми можемо спостерігати невідповідність між запасом знань й вкрай обмеженими можливостями їх реалізації.

Характерними ознаками деменції є виражені порушення розумової працездатності, пам'яті, уваги, регуляції поведінки, мотивації. Крім того, спостерігаються характерні особистісні та емоційні розлади: діти часто некритичні, розгальмовані, емоції їх примітивні.

У ранньому віці деменція проявляється у вигляді втрати пізно набутих навичок. Наприклад, якщо деменція виникла до трьох років, то, насамперед, втрачається мовлення, зникають перші навички самообслуговування, потім можуть втрачатися й раніше набуті навички – ходьба та інші.

При олігофренії має місце раннє, зазвичай, внутрішньоутробне недорозвинення головного мозку, яке обумовлене спадковистими впливами або різноманітними ушкоджуючими факторами навколишнього середовища, які діють у період внутрішньоутробного розвитку плоду, під час пологів та в період першого року життя [164; 255; 256].

При олігофренії відсутнє зростання інтелектуального дефекту. Особливості прояву інтелектуальної недостатності пов'язані лише з віковими закономірностями розвитку дитини.

Для олігофренії характерний тотальний недорозвиток усіх психічних функцій з переважною недостатністю абстрактних форм мислення. Інтелектуальний дефект поєднується з порушеннями моторики, сприймання, мовлення, уваги, пам'яті, емоційної сфери, довільних форм поведінки.

Все це зумовлює характерне для дітей-олігофренів значне порушення здатності до розуміння та засвоєння інформації. Найбільші труднощі виникають у олігофренів під час передачі інформації у словесній формі, а

також у тих випадках, коли треба зробити відносно самостійні висновки, встановити зв'язки між окремими об'єктами та явищами.

Загальна недорозвиненість пізнавальної діяльності у різних категорія дітей-олігофренів може поєднуватися із порушенням працездатності, цілеспрямованості розумової та практичної діяльності, своєрідністю поведінки. Одним дітям притаманна імпульсивність, патологічна збудженість; іншим – надмірна загальмованість, в'ялість, інертність. Ці відмінності спричинені неврівноваженістю нервових процесів гальмування та збудження, патологічним переваженням одного над іншим.

Для всіх дітей-олігофренів характерна певна недорозвиненість емоційно-вольової сфери, якостей особистості: слабкість вольових зусиль, зниження критичності та самокритичності, самостійність, бідність емоційних переживань. Дослідивши ці порушення, вітчизняні спеціалісти дійшли висновку, що „... здебільшого ці недоліки, є вторинними відхиленнями у розвитку, але окремі з них при деяких якісно своєрідних формах олігофренії можуть бути спричинені безпосередньо додатковими локальними ураженнями у тих чи інших кіркових та підкіркових зонах головного мозку. Так, поєднання дифузного ураження кори з підкорковими призводить до таких форм олігофренії, за яких загальна інтелектуальна недорозвиненість ускладнюється психопатичними виявами у поведінці: грубістю, нестриманістю, розгальмованістю намірів, неспроможністю контролювати власну поведінку. А якщо на фоні дифузного ураження кори головного мозку переважно недорозвинені її лобні долі, спостерігається своєрідна картина патологічного розвитку з особливо яскравими порушеннями якостей особистості: нестійкістю мотивів поведінки, різким зниженням критичності та самокритичності. Ураження лобних долей мозку зумовлює й своєрідні грубі порушення моторної сфери – діти дуже незграбні, у них дуже утруднене виконання рухів довільно та за інструкцією” [50; 115; 164; 255]. Ті або інші порушення моторики та загального фізичного розвитку характерні для більшості дітей-олігофренів.

За глибиною дефекту розумової відсталості при олігофренії виділяють три ступені: дебільність, імбецильність та ідіотія.

Дебільність є легкою за ступенем та найбільш поширеною формою олігофренії (коефіцієнт інтелекту 50-69). Внаслідок вираженої недорозвиненості вищих психічних процесів у таких дітей обмежені можливості свідомого засвоєння понять, узагальнених правил, закономірностей, теоретичного матеріалу, перенесення здобутих знань на нові ситуації. Обсяг навчального матеріалу, який такі діти можуть засвоїти значно менший тому, що у них порушена пам'ять, особливо процес логічного запам'ятовування. Уповільненість темпу сприймання та осмислення інформації призводить до того, що дітям з дебільністю треба більше часу, ніж дітям того ж віку, які розвиваються нормально, для усвідомлення знань, що їм подаються.

Більш важким ступенем олігофренії є імбецильність (коефіцієнт інтелекту 20-49). Деякі діти-олігофрени цієї категорії спроможні засвоювати деякі елементарні навички практичної та розумової діяльності, тому вони можуть оволодіти окремими нескладними навичками самообслуговування та механічними видами фізичної праці. За наявності важких дефектів сприймання, мислення, пам'яті, мовленнєвого розвитку, які поєднуються з порушеннями моторики та емоційно-вольової сфери таких дітей, зазвичай, навчають у спеціальних дитячих будинках або вдома.

Сама тяжка ступень олігофренії – ідіотія (коефіцієнт інтелекту менший за 20). Це найглибший, крайній ступень інтелектуальної недорозвиненості . Ці діти не здатні усвідомлювати оточення; їхнє мовлення вкрай обмежене; для них характерні важкі порушення моторики з особливою недорозвиненістю координації рухів та цілеспрямованих рухових актів. У ідіотів дуже важко сформувати, навіть, найелементарніші навички самообслуговування. Ці діти не підлягають навчанню. Їх направляють до спеціальних закладів для спостереження та догляду.

Наступною розглянемо категорію дітей з затримкою психічного розвитку.

Особливістю затримки психічного розвитку (ЗПР) є якісно інша структура інтелектуальної недостатності у порівнянні з розумовою відсталістю. Психічний розвиток відрізняється нерівномірністю порушень різних психічних функцій; при цьому логічне мислення може бути більш збереженим у порівнянні з увагою, пам'яттю, розумовою працездатністю.

Крім того, у порівнянні з олігофренією, у дітей з затримкою психічного розвитку відсутня інертність психічних процесів; діти здатні не тільки приймати та використовувати допомогу, а й переносити засвоєні навички розумової діяльності в інші ситуації. Діти з затримкою психічного розвитку за допомогою дорослого можуть виконувати запропоновані їм інтелектуальні завдання. Цим вони якісно відрізняються від дітей з розумовою відсталістю.

Категорія дітей з затримкою психічного розвитку є досить різномірною за складом. До неї відносять дітей з психічним та психофізичним інфантилізмом, який часто поєднується з деяким недорозвиненням пізнавальної діяльності, а також дітей з астенічними та церебрастенічними станами, що виникли на ранніх етапах розвитку [50; 115; 125; 126; 293].

Для дітей з ЗПР характерна низька пізнавальна активність.

Особливістю психічного розвитку таких дітей у дошкільному віці є недостатність у них процесів сприймання, пам'яті, уваги.

У зв'язку з недостатністю інтегральної діяльності мозку діти з затримкою психічного розвитку утруднюються в упізнанні незвично поданих предметів та зображень, їм важко з'єднати окремі деталі малюнку в єдине ціле зі змістовним значенням.

Ці специфічні порушення сприймання у дітей з затримкою психічного розвитку визначають обмеженість та фрагментарність їх уявлень про навколишнє середовище.

Недостатність інтегративної діяльності мозку при затримці психічного розвитку проявляється й у так званих сенсомоторних порушеннях, які накладають свій відбиток у малюнках дітей.

Виходячи з цього, однією з головних особливостей дітей з затримкою психічного розвитку є недостатність утворення зв'язків між окремими перцептивними та руховими функціями.

Характерними особливостями таких дітей є відставання у формуванні у них просторових уявлень, недостатнє орієнтування у частинах свого тіла, недостатність у них дрібної моторики. Часто спостерігається відставання у розвитку мовлення, а також достатньо стійке фонетико-фонематичне порушення та розлади артикуляції.

У дітей з затримкою психічного розвитку спостерігається виражене порушення функції активної уваги. Характерною особливістю порушення уваги є її недостатня концентрація на суттєвих ознаках. У цих випадках при відсутності відповідної корекційної роботи може відмічатися відставання у розвитку мовленнєвих операцій [50; 115; 126; 255; 256].

Порушення уваги особливо виражені при руховій розгальмованості, підвищеній афективній збудливості, тобто у дітей з гіперактивною поведінкою. Ці діти мають великі труднощі в оволодінні навичками читання та письма.

Для більшості дітей з затримкою психічного розвитку характерна своєрідна структура пам'яті. Це, іноді, проявляється у більшій продуктивності мимовільного запам'ятовування.

Недостатність довільної пам'яті у дітей з ЗПР у значному ступені пов'язана із слабкістю регуляції довільної діяльності, недостатністю її цілеспрямованості, не сформованістю функції самоконтролю. Цими ж факторами пояснюються характерні порушення поведінки у даної категорії дітей.

Діти з затримкою психічного розвитку вкрай неоднорідні. В одних, на перший план виступає уповільненість становлення емоційно-особистісних

характеристик та довільної регуляції поведінки. Це діти з різними формами інфантилізму. Найбільш чітко інфантилізм проявляється у кінці дошкільного віку та на початку шкільного віку. У цих дітей затримано формування особистісної готовності до навчання.

При інших формах затримки психічного розвитку переважає затриманий розвиток різних сторін пізнавальної діяльності.

Тепер розглянемо категорію дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку.

Мовлення – основний засіб спілкування між людьми. Воно є однією з найважливіших психічних функцій людини. За допомогою мовлення людина передає іншим людям свої бажання, почуття, думки, досвід. Мовленнєве збагачення у пізнавальному й особистісному розвитку дитини має першочергову роль. На основі мовлення формуються та розвиваються такі психічні процеси, як пам'ять, увага, сприймання.

Л. С. Виготський неодноразово вказував, що мовлення має велике значення для розвитку мислення та формування особистості. Він писав, що

„ ... развитие устной речи наиболее удобное явление для того, чтобы проследить механизм формирования поведения и сопоставить подход к этим явлениям, типичный для учения про условные рефлексы, с психологическим подходом к ним” [68; 69].

Розвиток мислення, значною мірою, зумовлений розвитком мовлення та, навпаки, розвиток мовлення залежить від розвитку мислення.

Формування мовленнєвої функції є складним процесом, в якому, крім слухового аналізатора, що забезпечує сприймання та аналіз звукових сигналів, приймає участь також мовленнєворухових аналізатор. Він складається з периферійної частини (периферичний мовленнєвий апарат, який включає три відділи – дихальний, голосовий та артикуляційний), провідних шляхів та клітин у центральній частині кори головного мозку [50; 102; 115; 256].

Мовленнєві порушення можуть мати як периферичний характер, так і центральний. Якщо хвороботворні фактори впливають на той чи інший відділи центральної нервової системи та спричиняють порушення мовлення, тог вони розглядаються як центральні. У тих випадках, коли виявляються аномалії у будові периферичного мовленнєвого апарату, то ми говоримо, про периферичне порушення мовлення.

Категорія дітей з порушеннями мовлення достатньо поліморфна, але загальною їх особливістю є стійкий системний недорозвиток мовлення.

Мовленнєві порушення проявляються у недостатності розвитку усіх сторін мовлення, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та, особливо, зв'язного мовлення. Недостатня сформованість усного мовлення поєднується з недорозвитком фонематичного аналізу, у зв'язку з цим, діти відчувають виражені труднощі у засвоєнні навичок читання та письма.

Найскладніші мовленнєві порушення впливають як на фонетико-фонематичну, так і на лексико-граматичну сторону мовлення, призводять до загального недорозвинення його – від повної відсутності або лепетного стану до розгорнутого мовлення, але з елементами фонетичного та лексико-граматичного недорозвинення [255; 256].

Недорозвиток мовлення, зазвичай, поєднується з неврологічною та психопатологічною симптоматикою. Неврологічна симптоматика говорить не тільки про затримку дозрівання центральної нервової системи, а й не грубі порушення окремих мозкових структур, тобто найбільш часто має місце дизонтогенетично-енцефалопатичний симптомокомплекс порушень.

Серед характерних нервово-психічних порушень найбільше значення мають наступні: гіпертензійно-гідроцефальний синдром та церебрастенічний.

Гіпертензійно-гідроцефальний синдром – це синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску. Цей синдром проявляється у порушеннях розумової працездатності, довільній діяльності та поведінці дітей, а також у швидкій виснаженості та перенасиченні любими видами діяльності, підвищеною збудженістю, роздратованістю, руховою розгальмованістю. Ці

діти погано переносять спеку, задуху, поїздки у транспорті, іноді скаржаться на запаморочення та головний біль.

Церебрастенічний синдром проявляється у вигляді підвищеної нервово-психічної виснаженості, емоційної нестійкості, порушень функцій активної уваги та пам'яті [50; 125; 126; 256].

В одних випадках синдром поєднується з проявами гіперзбудливості – ознаками загальної емоційної та рухової тривожності, в інших – з проявами загальмованості, в'ялості, пасивності.

У багатьох дітей з тяжкими порушеннями мовлення при неврологічному обстеженні виявляються різноманітні, зазвичай, не різко виражені рухові порушення. Вони характеризуються змінами м'язового тону, легкими гемі- та монопарезами, порушеннями рівноваги та координації рухів, недостатністю диференційованої моторики пальців рук, не сформованістю загального та орального праксису. Також, у цих дітей часто виявляються порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів, тремору та насильницьких рухів язика.

Мовленнєва діяльність формується та функціонує у тісному зв'язку з психікою дитини в цілому, з різноманітними її процесами, які протікають у сенсорній, інтелектуальній, емоційно-вольовій сферах [124; 126; 164; 256; 343; 431].

Серед дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку виділяють категорію дітей з тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату.

До таких порушень призводять різні захворювання, серед яких м'язова дистрофія, поліомієліт, дитячій церебральний параліч тощо.

Стисло розглянемо категорію дітей, у яких виникли порушення опорно-рухового апарату внаслідок м'язової дистрофії та поліомієліту.

М'язова дистрофія – це захворювання, яке поступово веде до наростаючої атрофії м'язів без ураження нервової системи. Атрофія – це патологічні зміни у будові м'язової тканини організму, пов'язані з порушеннями обміну речовин у них, що, у свою чергу, призводить до

розладу їх функцій. В залежності від того, в якій групі м'язів переважно розвивається патологічний процес, м'язова дистрофія викликає різноманітні порушення опорно-рухового апарату – ураження м'язів спини та тазового поясу, м'язів верхніх або нижніх кінцівок тощо.

Поліомієліт – це одне з тяжких захворювань, що викликає глибокі порушення опорно-рухового апарату. Це гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи, що уражує переважно сіру речовину спинного мозку. Вірус, внаслідок контакту із хворим, потрапляє до організму дитини крапельним шляхом та викликає в'ялі паралічі кінцівок, атрофію м'язів, зниження рухових рефлексів [68; 77; 152].

В окремих випадках, порушення опорно-рухового апарату у дітей зумовлені й іншими причинами. Вони виникають як наслідок артрогрипозу – ураження суглобів вірусом грипу; травм, що викликають механічні пошкодження рухового апарату; вроджених деформацій.

Більш детально розглянемо категорію дітей з дитячим церебральним паралічем, при якому уражуються рухові системи головного мозку.

Причинами виникнення церебрального паралічу можуть бути: інфекції, інтоксикації, травми, перенесені вагітною, особливо у перші 3-4 місяці. Під час пологів та після пологів паралічі пов'язані з травматичним ураженням головного мозку плода та народженої дитини, порушення мозкового кровообігу внаслідок асфіксії тощо [102].

У таких дітей спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, тулуба, голови, які зумовлені спазмом м'язової системи. При церебральних паралічах затримується загальний розвиток рухових функцій. Дитина з помітним запізненням починає тримати голову, повертатися, сидіти, стояти, ходити. Церебральні паралічі можуть поєднуватися з органічно зумовленими іншими дефектами розвитку дитини. Наприклад, з порушеннями слуху, різними мовленнєвими аномаліями, найчастіше дизартріями, тобто порушення вимови, виникають внаслідок обмеженої рухливості артикуляційного апарату.

Головним дефектом цієї категорії дітей є різні вади моторної сфери: серйозні утруднення у виконанні як спонтанних (мимовільних), так і довільних рухів, у пересуванні, значні порушення координації, швидка втомлюваність, уповільненість. Такі діти часто виявляються безпорадними, замкненими, пасивними, уникають контактів з однолітками. Вони позбавлені можливості брати повноцінну участь у рухливих та рольових іграх тощо.

Крім рухових та мовленнєвих порушень, структура дефекту при церебральному паралічу включає в себе специфічні відхилення у психічному розвитку. Вони можуть бути пов'язані як з первинним ураженням мозку, так і з затримкою його постнатального дозрівання.

Велика роль у відхиленнях психічного розвитку дітей з церебральним паралічем належить руховим, мовленнєвим та сенсорним порушенням. Отже, окорухові порушення, недорозвиток та затримка формування важливих функцій таких, як утримання голови, сидіння тощо, сприяє обмеженню полів зору, що, в свою чергу, збіднює процес сприймання оточуючого, призводить до недостатності довільної уваги, просторового сприймання та пізнавальних процесів [255; 256].

Рухові порушення обмежують предметно-практичну діяльність дитини. Це обумовлює недостатній розвиток предметного сприймання. Діти з труднощами маніпулюють з предметами, сприймають їх на дотик. Поєднання цих порушень з недорозвитком зорово-моторної координації та мовлення перешкоджають розвитку пізнавальної діяльності.

Відхилення у психічному розвитку цієї категорії дітей зумовлені недостатністю їх практичної діяльності та соціального досвіду, комунікативних зв'язків з оточуючими та неможливість повноцінної ігрової діяльності. Однією з причин недостатності вищих коркових функцій, насамперед, не сформованості просторових уявлень можуть бути рухові порушення та обмеженість практичного досвіду дитини. Також великий вплив на порушення пізнавальної діяльності дітей з церебральним паралічем мають і мовленнєві розлади [255; 256; 293].

Особливості психічних відхилень залежать від локалізації мозкового ураження [50; 68; 77; 88; 102; 115].

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату спостерігаються різні синдроми. Наприклад, порушення розумової працездатності проявляються у вигляді синдрому подразникової слабкості. Цей синдром має два основні компоненти: перший – це підвищена виснаженість психічних процесів; другий – підвищена роздратованість, плаксивість, капризність. Діти з цим синдромом стійко психічно виснажені, недостатньо працездатні, не здатні до тривалого інтелектуального навантаження. Цей синдром, зазвичай, поєднується з підвищеною чутливістю до різних зовнішніх подразників (гучним звукам, яркому світлу, різноманітним дотикам тощо).

При астеноадінамічному синдромі спостерігається недорозвиток мотиваційної основи психічної діяльності. Діти з цим синдромом в'ялі, загальмовані. Вони не активні при виконанні різних видів діяльності, з труднощами починають рухатися, говорити; їх мисленнєва процеси дуже повільні. Цей синдром спостерігається у дітей із спастичною диплегією, а також при атонічно-астатичній формі церебрального паралічу (на фоні низького м'язового тонусу відмічаються чіткі порушення координації та рівноваги).

У дітей з гіперкінетичною формою спостерігаються мимовільні рухи – гіперкінези, виявляється астеногіпердинамічний синдром з проявами рухової тривожності, підвищеної роздратованості.

Церебрастенічні синдроми найбільш виражено починають проявлятися у старшому дошкільному віці, коли з дитиною починають регулярні, систематичні заняття. У цей період різко з'являється недостатність уваги, пам'яті; більш чіткими стають специфічні особливості мисленнєвої діяльності.

Порушення мисленнєвої діяльності проявляються у затриманому формуванні понятійного та абстрактного мислення.

Особливості мислення у дітей з церебральним паралічем більш чітко спостерігається при виконанні завдань, які потребують симультанного характеру інтелектуальних процесів, тобто цілісної інтелектуальної операції, яка основана на взаємодії аналізаторних систем.

Зазвичай, у всіх випадках спостерігається взаємозв'язок порушень мислення та мовленнєвої діяльності.

За станом інтелекту діти з церебральним паралічем складають різноманітну категорію: одні мають нормальний інтелект, у багатьох спостерігається своєрідна затримка психічного розвитку, у деяких має місце олігофренія.

Для дітей з церебральним паралічем також характерним є порушення формування вищих коркових функцій. Часто відмічаються оптико-просторові порушення, затримка у формуванні просторових та часових уявлень, фонематичного аналізу та синтезу, стереогнозу. Діти з труднощами копіюють геометричні фігури, малюють, пишуть, визнають предмети на дотик.

Для дітей з церебральним паралічем характерні різні емоційні та мовленнєві порушення. Емоційні розлади можуть проявлятися у вигляді емоційної збудливості, підвищеної чутливості до звичайних подразників оточуючого середовища; діти схильні до коливань настрою [39; 91; 164; 172; 187].

Підвищена емоційна збудливість може поєднуватися як із радісним, підвищеним настроєм, так і з порушеннями поведінки у вигляді рухової розгальмованості, афективних вибухів, іноді з агресивними проявами, з реакціями протесту по відношенню до дорослих. Всі ці прояви посилюються при втомі, у новому для дитини оточенні. При надмірному фізичному та інтелектуальному навантаженні, помилках виховання ці реакції закріплюються та виникає загроза формування патологічного характеру.

Специфічні порушення діяльності та спілкування при дитячому церебральному паралічу можуть призвести до своєрідного формування особистості.

Найбільш часто, ми можемо спостерігати диспропорційний варіант розвитку особистості. Це проявляється у тому, що достатній інтелектуальний розвиток поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, підвищеному навіюванні. Особистісна незрілість проявляється в егоцентризмі, наївності суджень, слабкому орієнтуванні у побутових та практичних питаннях життя [27; 50; 91; 164].

При порушеннях інтелекту особливості розвитку особистості поєднуються з низьким пізнавальним інтересом, недостатньою критичністю.

Особливості психофізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату повинні враховуватися при підготовці цих дітей до їх навчання.

Хотілось би ще, приділити увагу категорії дітей з дитячим аутизмом.

Дитячий аутизм – це порушення психічного розвитку, яке характеризується аутистичною формою контактів з оточуючими, порушеннями мовлення та моторики, стереотипністю діяльності та поведінки, які призводять до порушень соціальної взаємодії. Він відрізняється від усіх аномалій розвитку найбільшою складністю та дисгармонійністю як клінічної картини, так і психологічної структури порушень [50; 152; 164; 302].

Клініко-психологічна структура раннього дитячого аутизму як особливої форми недорозвитку, вперше була описана Л. Канцером та характеризується наступними ознаками:

- аутизм як „екстремальна” самостійність дитини, яка формує порушення її соціального розвитку, без зв'язку з рівнем інтелектуального розвитку;
- прагнення до постійності, яке проявляється як стереотипне заняття, пристрасть до різних об'єктів, опір до змін в оточуючому середовищі;
- особлива характерна затримка та порушення мовленнєвого розвитку, також без зв'язку з рівнем інтелектуального розвитку дитини;

- ранній прояв (до 2,5 – 3 років) патології психічного розвитку (ця патологія у більшому ступеню пов'язується з особливим порушенням психічного розвитку, ніж його регресом).

Аутизм проявляється у відсутності або значному зниженні контактів, дитина „живе у своєму внутрішньому світі”, та ретельно його ховає від оточуючих. Звертає на себе увагу емоційна байдужість до близьких, яка може поєднуватися з підвищеною вразливістю. Людські обличчя часто бувають сильним подразником, тому аутична дитина уникає погляду та прямого зорового контакту. Як показують дослідження, страхи займають одне з основних місць у формуванні аутичної поведінки цих дітей. Багато звичайних оточуючих предметів, явищ та деякі люди викликають у них постійне почуття страху. Аутичні страхи деформують предметність сприймання оточуючого світу [341; 342; 343; 431].

Також, звертають на себе увагу особливості моторики. Почавши ходити, дитина ще довго зберігає незграбність та не координованість рухів, крім того, виникають труднощі в оволодінні бігом та стрибками.

Одним з головних ознак раннього дитячого аутизму є своєрідність мовлення. Нерідко при великому словарному запасі діти не користуються мовленням для спілкування. Вони не використовують особистісні займенники, аутична дитина говорить про себе від другої чи третьої особи.

Діти-аутики у порівнянні із здоровими однолітками значно менше жаліються. На конфліктну ситуацію вони, як правило, реагують криком, агресивними діями або займають пасивну позицію. Звернення за допомогою до дорослих буває вкрай рідко [341; 342; 343; 431].

Діти з рисами аутизму та дисоціації психічного розвитку ні на жодному віковому етапі не грають з однолітками у сюжетні ігри, не приймають соціальних ролей та не відтворюють в іграх ситуації, які відображають реальні життєві відносини: професійні, сімейні тощо. Інтерес та схильність до відтворення таких взаємовідносин у них відсутні [341; 342; 343; 431].

При аутизмі більш чітко проявляються ознаки асинхронії формування окремих функцій та систем: розвиток мовлення, зазвичай, випереджає розвиток моторики, абстрактне мислення випереджає розвиток наочно-дійового та наочно-образного тощо.

У всіх категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку спостерігається:

- ряд достатньо різко виражених специфічних для кожної групи особливостей, не притаманних дітям, які нормально розвиваються, тобто порушення системи психічної діяльності. Наприклад: грубе порушення просторового орієнтування та координації рухів у сліпих дітей, неповноцінність моторики у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, та багато іншого, що перешкоджає успішній адаптації дітей в оточуючому їх соціальному середовищі;

- своєрідність та труднощі в оволодінні мовленням, які ми можемо бачити у дітей зі зниженим слухом та специфічними мовленнєвими порушеннями;

відхилення у прийомі, переробці та використанні інформації, яка поступає з оточуючого середовища. Так, розумово відсталі діти, коли розглядають предмет, виділяють у ньому деякі часті й ознаки, та не завжди усвідомлюють їх значення [164; 255; 256; 293].

Підкорюючись у цілому загальним закономірностям психічного розвитку дитини, розвиток дитини з особливостями психофізичного розвитку має й ряд власних закономірностей, у визначені яких важливу роль відіграли дослідження вітчизняних дефектологів, особливо Л. С. Виготського [69; 68].

Він висунув ідею про складну структуру аномального розвитку дитини, згідно якої присутність дефекту якогось одного аналізатора або інтелектуального дефекту не викликає випадіння однієї функції, а призводить до цілого ряду відхилень, у результаті чого виникає цілісна картина своєрідного атипового розвитку. Складність структури аномального розвитку заключається у присутності первинного дефекту, який викликаний

біологічним фактором, та вторинних порушень, які виникають під впливом первинного дефекту у процесі подальшого аномального розвитку.

Розглянемо цю ідею Л. С. Виготського на прикладі. При порушенні слухового сприймання, яке виникло внаслідок пошкодження слухового апарату та яке є первинним дефектом, появлення глухоти не обмежується випадінням функції слухового сприймання. Слуховий аналізатор грає важливу роль у розвитку мовлення [256]. І якщо глухота виникла до періоду оволодіння мовленням, то як наслідок з'являється німота – вторинний дефект. Така дитина зможе оволодіти мовленням тільки в умовах спеціального навчання з використанням збережених аналізаторних систем: зору, кінестетичних відчуттів, дотиково-вібраційної чутливості, тощо.

У свою чергу, недостатність оволодіння усним мовленням, характерна для глухої або слабочуючої дитини, призводить до цілого ряду інших порушень в її психічному розвитку, оскільки мовленнєва функція має першочергове значення для формування пізнавальної діяльності людини.

При тяжких порушеннях мовлення, які виникли внаслідок недостатності слухової функції, виявляються серйозні утруднення у розвитку словесно-логічного мислення дитини, в запам'ятовуванні словесного матеріалу, в оволодінні мовленнєвими узагальненнями. Обмеженість повноцінного мовленнєвого спілкування з оточуючими може призвести до ряду відхилень у формуванні особистості глухої дитини, її характеру [255; 256].

Розумова відсталість дитини з особливостями психофізичного розвитку може бути наслідком такого первинного дефекту, як слабкість орієнтувальної діяльності, пов'язана з низькою пізнавальною активністю (пасивність у пізнанні навколишнього світу, відсутність потреби у нових враженнях), інертністю нервових процесів, низькою розумовою працездатністю, слабкістю замикаючої функції кори головного мозку (від цього залежить швидкість та міцність утворення нових умовних зв'язків). У результаті дії цих первинних ознак розумової відсталості дитина з інтелектуальним дефектом, не має змоги повноцінно «привласнювати» набутки людської

культури. Саме тому, у розумово відсталій дитині виникають вторинні відхилення розвитку: недорозвинення вищих форм пам'яті, уваги, мислення, різноманітні порушення розвитку особистості (впевненості, самооцінки, волі, самостійності, критичності) [256].

При сліпоті та слабозорості первинним дефектом є порушення функцій зорового сприймання, зумовлене хвороботворним впливом на орган зору. При цьому виникають вторинні відхилення такі, як недостатність орієнтації у просторі, порушення та обмеженість адекватності предметних уявлень про навколишній світ, міміка обличчя, своєрідність ходи, деякі особливості характеру.

У дітей-логопатів первинним є мовленнєвий дефект, який викликаний хвороботворним фактором. Внаслідок цього виникають вторинні відхилення у розвитку. Якщо у дитини з таким первинним дефектом, як недорікуватість, що виникла внаслідок порушення будови органів ротової порожнини, спостерігається недостатність в оволодінні звуковим складом слова, а також пов'язані з цим певні розлади письма, то ці ознаки відносяться до вторинних порушень мовленнєвого розвитку [256; 293; 294].

Виходячи з цього, ми бачимо, що розвиток дитини з особливостями психофізичного розвитку характеризується рядом специфічних симптомів. Одні з таких симптомів безпосередньо викликані хвороботворними факторами (первинні дефекти), інші – пов'язані з ними у різній за ступенем опосередкування мірі (вторинні ускладнення чи ознаки).

Слід звернути увагу на взаємодію первинних та вторинних дефектів. Не тільки первинний дефект може викликати вторинні відхилення, а й вторинні симптоми в окремих умовах впливають на первинний фактор.

Взаємодія неповноцінного слуху та виниклих на цій основі мовленнєвих наслідків є свідомством зворотного впливу вторинної симптоматики на первинний дефект. Дитина з частковою втратою слуху не буде використовувати свої збережені функції, якщо не розвивати усне мовлення. Тільки при умові інтенсивних занять усним мовленням, тобто подолання

вторинного дефекту мовленнєвого недорозвитку, оптимально використовуються можливості залишкового слуху.

Інший приклад. Порушення механічного запам'ятовування у розумово відсталої дитини є первинною ознакою інтелектуального дефекту, оскільки воно пов'язано з біологічно зумовленою неповноцінністю замикаючої функції кори головного мозку. Воно може бути згладжене за рахунок виправлення такої вторинної ознаки розумової відсталості, як порушення логічної пам'яті.

Необхідно широко використовувати психолого-педагогічний вплив на вторинні відхилення у дитини з особливостями психофізичного розвитку, бо вони у значному ступеню доступні корекційному впливу, оскільки їх виникнення пов'язано з дією середовищних факторів розвитку психіки. Органічний дефект веде до неможливості або великих труднощів засвоєння дитиною культури, а лише на основі такого засвоєння можуть сформуватися вищі психічні функції людини, її свідомість, її особистість. Л. С. Виготський писав, що „недостаток глаза или уха означает... прежде всего выпадение серьёзнейших социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения” [68; 69; 115; 126; 255].

Важливою закономірністю аномального розвитку є співвідношення первинного дефекту та вторинних порушень. Цю закономірність підкреслював Л. С. Виготський: „ Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем он более поддаётся воспитательному лечебному воздействию. Получается, на первый взгляд, парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющихся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, чем недоразвитие низших, или элементарных, процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребёнка как вторичное образование,

принципально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено” [68; 69; 256].

Згідно цьому положенню Л. С.Виготського, чим даліше розведені між собою першопричини (первинний дефект біологічного походження) та вторинний симптом (порушення у розвитку психічних процесів), тим більше можливостей відкривається для корекції та компенсації останнього за допомогою раціональної системи навчання та виховання.

Розглянемо приклад. У мовленнєвому розвитку глухої дитини важче за все виправити недоліки вимови звуків та слів тому, що неправильність усного мовлення, з точки зору її вимовної сторони, у даному випадку, залежить від неможливостей дитини яка говорить, повністю забезпечити слуховий контроль за власним мовлення. Разом з тим інші сторони мовлення (обмежений словарний запас, граматична сторона, семантика), які мають опосередкований зв'язок з первинним дефектом, в умовах спеціального навчання корегуються у більшому ступеню за рахунок активного використання писемного мовлення.

У процесі аномального розвитку проявляються не тільки негативні сторони, а й позитивні можливості дитини з дефектом. Вони є засобом пристосування особистості дитини до визначеного вторинного дефекту розвитку.

Джерелом пристосування дітей з особливостями у психофізичному розвитку є збережені функції. Функції порушеного аналізатора замінюються інтенсивним використанням збережених.

Візьмемо приклад з досліджень М. І. Земцової. Сліпа дитина, яка не має змоги за допомогою дотикового сприймання одразу впізнати якийсь конкретний предмет, залучає на допомогу здатність до розмірковування, використовуючи збереженні узагальненні знання. Вона спочатку не впізнає такий добре відомий предмет, як чайник. Але послідовно обмацуючи предмет і розмірковуючи при цьому, дитина фіксує словесно та враховує для подальшого визнання окремі його ознаки: «Вот носик, он для того, чтобы

вода лилась. Здесь воду наливают. А здесь – наливают в чашку или стакан. А тут за ручку держат» [234 239 256].

Такий уповільнений процес пізнання, неможливість сприйняти предмет в цілому слід розглядати, як негативну ознаку розвитку пізнавальної діяльності сліпих, але тут проявляються й позитивні фактори – виражена осмисленість та цілеспрямованість сприймання, необхідні для правильного впізнання без допомоги зору.

Для прикладу прояву вторинних симптомів розвитку, які виникають в результаті позитивного пристосування дитини з особливостями у психофізичному розвитку до соціального оточення, можна навести й факти, які говорять про розвинені способи мімічного спілкування у глухих дітей, які позбавлені можливості спілкуватися за допомогою усного мовлення. Вони, використовуючи міміку та жести, навчаються передавати один одному інформацію.

На розвиток дитини з особливостями у психофізичному розвитку суттєво впливають ступень та якість первинного дефекту [256; 293; 294].

Відомо, що при частковому порушенні зорового аналізатору функція, яка від нього залежить відіграє дещо іншу роль, ніж при повній відсутності зору. Це призводить до якісної своєрідності зору. У дітей з частковим зоровим дефектом запас уявлень, пов'язаних із зоровим сприйманням багатший, ніж у тотально сліпих, але в цих уявленнях виявляються серйозні перекручення, зумовлені тим, що діти використовують частково збережене, але неповноцінне зорове сприймання. Те саме можна сказати й про специфічність розвитку дітей із частково збереженим слухом у порівнянні з тотально глухими. Слабочуючі на відміну від глухих можуть самостійно засвоювати деякі слова, проте дуже часто ці слова перекручені.

Розумова відсталість може бути викликана різними ступенями органічного ураження центральної нервової системи, від цього залежать індивідуальні можливості розвитку пізнавальної діяльності. Якісні особливості первинного дефекту, виявлені у дітей з набутою у ранньому

дитинстві або уродженою розумовою відсталістю, різноманітні і вони багато в чому визначають специфічність картини розвитку.

Вторинні відхилення в залежності від ступеню порушення мають різний рівень виразності, тобто існує пряма залежність кількісної та якісної своєрідності вторинних порушень розвитку аномальної дитини від ступеню та якості первинного дефекту.

Своєрідність дитини з порушеним розвитком залежить також від часу виникнення первинного дефекту. Наприклад, характер аномального розвитку дітей з вродженим або рано набутих розумовим недорозвитком відрізняється від розвитку дітей, у яких розпалися психічні функції на більш пізніх етапах життя. Виникнення розумової відсталості у період, коли психіка дитини вже досягла певного рівня розвитку, дає іншу, відмінну структуру цього дефекту та специфіку аномального розвитку [256; 293].

Основна розбіжність між пізно оглухлими дітьми та глухими від народження або оглухлими у віці до трьох років полягає в тому, що у них, внаслідок відносно пізнього виникнення глухоти у тій чи іншій мірі зберігається усне мовлення. Чим пізніше виникла глухота у дитини, тим більше зберігається її мовний розвиток, який впливає й на інші особливості розвитку психіки – створює сприятливі передумови для розвитку мислення, дає змогу ширше користуватися мовленнєвими узагальненнями у пізнанні діяльності.

Відомо, що для розумово відсталої дитини постійне створення ситуацій, які пробуджують наявні в неї пізнавальні інтереси, широко залучати до її виховання різні та спеціально організовані предметно-практичні дії з їх мовленнєвим оформленням, надати їй можливість дійти елементарних, але більш-менш самостійних висновків, вчити аналізувати, порівнювати, узагальнювати – все це призведе до ефективнішого розвитку такої дитини.

Якщо сліпій дитині надати можливість активно використовувати свої збережені аналізатори, вчити її самостійно пересуватися у просторі, вона

краще пристосується до свого дефекту, і багато вторинних порушень в її розвитку будуть згладженими або повністю подоланими.

Отже умови оточуючого середовища, в яких дитина зростає та виховується, є важливим фактором, що зумовлює своєрідність розвитку дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Таким чином, психосоматичні захворювання – це хвороби, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори;

- Класичний набір психосоматичних захворювань включає в себе бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, тиреотоксикоз, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт та ревматоїдний артрит;

- Психологічні фактори відіграють неабияку роль і при інших захворюваннях. Проте слід розрізняти дійсні психосоматози, виникнення яких визначається психічними факторами та лікування яких має бути спрямоване, перш за все, на їх усунення та корекцію (психотерапія та психофармакологія), та інші хвороби, включаючи інфекційні, на динаміку яких психічні та поведінкові фактори мають суттєвий вплив, змінюючи неспецифічну резистентність організму, не будучи при цьому першопричиною їх виникнення;

- На розвиток психосоматичної патології впливають безліч факторів: спадковість, хід індивідуального розвитку, життєві події, фактори навколишнього середовища, захисні фактори самого пацієнта. Вони можуть різним чином взаємодіяти: підсумовуватися, взаємно підсилюватися, взаємно виключатися або доповнювати один одного;

- Розвиток психічних функцій дитини відбувається при тісній взаємодії біологічних і психосоціальних факторів, при визначальній ролі останніх. Ця закономірність проявляється як в умовах нормального, так і аномальною розвитку. Саме соціально-психічний розвиток впливає на виявлення й використання потенційних можливостей мозку, його

компенсаторних механізмів, що має першорядне значення в соціальній адаптації дитини;

- Механізм “алекситимії” – недостатньої вербалізації емоцій, розглядається як один з ведучих психологічних розладів, який лежить в основі психосоматичного захворювання;

- Одним з найбільш ефективних сучасних методів лікування психосоматичних захворювань є психотерапія, і зокрема, такий її різновид, як арт-терапія – лікування мистецтвом;

- Ефективність застосування мистецтва у контексті лікування базується на тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати та відображати їх на символічному рівні;

- Головною метою індивідуальної психотерапії є усвідомлення пацієнтом та психотерапевтом найбільш значущих незадоволених потреб, що призвели до психосоматичних розладів, а також пошук варіантів поведінки, які б дозволили їх задовольнити.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

2.1 Матеріали дослідження

Робота проводилась за період з 2000 по 2010 рік у 3 етапи:

I етап (2000-2003рр., 2009р.) – визначення клініко-анамнестичних особливостей психосоматичних захворювань у дітей у динаміці (клінічні бази кафедри дитячих та підліткових захворювань НМАПО ім. П.Л.Шупика МОЗ України (ДКЛ №9 Подільського району м. Києва та Обласної дитячої клінічної лікарні м.Боярка). Опрацьовано 2935 історій хворб.

II етап (2003-2007рр., 2009р.) – вивчення нейрофізіологічних особливостей у 32 здорових дітей, у 27 пацієнтів з психосоматичними розладами без ППФР та 20 пацієнтів з ППФР, а також 53 дитини із психосоматичною патологією – 30 дітей без ППФР та 23 з ППФР. Всього 130 обстежених (НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, лабораторія нейрофізіології).

Обстеження було проведено під час реалізації спільного з Всесвітнім Дитячим Фондом ЮНІСЕФ та фондом благодійної організації «Надія і житло для дітей» в Україні проекту «Проведення експертної оцінки потреб дітей, а також складання індивідуальних планів опіки кожної дитини». Здійснено медичні та психологічні огляди 265 дітей з ураженнями центральної нервової системи та опорно-рухового апарату, які виховуються в Хмельницькому, Макарівському, Харківському та Херсонському дитячих будинках.

III етап (2007-2010рр.) – вивчення розповсюдженості психосоматичної патології серед 874 дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку – когортне епідеміологічне дослідження на базі Хортицького учбово-реабілітаційного багатопрофільного центру, спеціальної школи-інтернату №15 м.Києва, школи №6 для глухих дітей м.Києва, Харківської

обласної гімназії-школи ім. Короленка для сліпих дітей (докторантура на кафедрі логопедії інституту корекційної педагогіки і психології НПУ ім. М.П. Драгоманова). Всього було відібрано та обстежено 98 дітей та підлітків з психосоматичними захворюваннями та ППФР, які склали основну групу.

З метою вивчення особливостей перебігу та розповсюдженості ПСП серед дітей та підлітків без порушення психофізичного розвитку та з ними було проведене когортне епідеміологічне дослідження на базі поліклініки №2 клінічної дитячої лікарні №9 Подільського району м.Києва з опрацюванням 12335 амбулаторних карт дітей та підлітків та 1139 історій розвитку дітей зі спеціалізованих інтернатів та дитячих будинків, а також 2935 історій хвороб з гастроентерологічного та соматичного відділень ДКЛ №9.

Таким чином, в результаті проведених досліджень визначено 3 групи: першу контрольну групу склали 108 практично здорових дітей, другу групу контролю – 111 пацієнтів з ПСП за відсутності ППФР та в основну групу увійшло 98 хворих з ППФР і ПСП у віці від 5 до 17 років.

Комплексне клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження проводилось за загальноприйнятими методами. Основні та супутні діагнози верифіковані згідно МКХ-10.

2.2 Методи дослідження

Для розв'язання поставлених завдань використовувались **методи теоретичного** (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, причинно-наслідковий, математичне моделювання, прогностичний), **емпіричного дослідження** (анкетування, опитування, бесіда, спостереження, тестування, когортно-епідеміологічне, соціально-демографічне, медико-психологічне та статистичне дослідження).

Когортно-епідеміологічний метод дозволив встановити розповсюдженість психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психо-фізичного розвитку та без них.

Всім обстеженим (n=302) проведено анкетування по розробленій нами анкеті, яка включала в себе медичний, медико-психіатричний та психолого-педагогічний блоки (таб.2.2.1) та інтерв'ювання батьків і дітей з подальшим аналізом амбулаторних карт розвитку дитини, шкільних медичних карт і історій хвороб. Школярам групи контролю (n=108) був здійснений диспансерний огляд педіатром, дитячим стоматологом, дитячим гастроентерологом, за необхідності імунологом. Проведено антропометричні обстеження, загально-клінічні та біохімічні аналізи, оцінку статевого розвитку за загальноприйнятими методиками, за необхідності вивчення імунологічного гомеостазу.

Таблиця 2.2.1

МЕДИЧНИЙ БЛОК

П.І.Б.					
Вік		дата народження			
Адреса				телефон	
Народився доношеним	Так, ні	Маса тіла		зріст	
Вагітність	перебіг: загроза зриву, токсикоз I чи II половини, набряки, анемія, ГРВІ, ангіни, загострення хронічних процесів, АД, паління, інфікування TORCH та ін.				
Пологи	перебіг: стимуляція та інші втручання, асфіксія, травма, СДР, жовтяниця - фізіологічна, патологічна та інші особливості				
Вигодування: природне до		міс.	змішане до	міс.	
Щеплення: строки		Реакції	так, ні		
Домашні умови (комунальна, окрема (1, 2, 3) квартира, кіл-ть членів сім'ї)					
дитячий колектив з		адаптація			

Продовження таблиці 2.2.1

Особливості захворювань:		вперше захворів (чим, коли)					
Частота ГРІ (за рік)		(тривалість)					
Тяжкість: легка, середня, тяжка. Температурна реакція від			до				
Перенесені захворювання (вік): кір					краснуха		
Скарлатина		Вітряна віспа		Епідемічний паротит		вірусний гепатит	
Кишкові інфекції							
ГРВІ		бронхіт			пневмонія		
Ангіна		отит		стоматит		стрептодермія	
Приймав лікування (як часто, яке):							
Антибіотики					сульфаніламід		
Жарознижувачі					Антигістамінні		
Алергологічний анамнез: висип на щоках, тілі, себорея, географічний язик							
Та інші прояви							
Непереносимість продуктів, яких							
У анамнезі: легка збудливість, звична рвота, запах ацетону з рота, гіперкінези та інше				У анамнезі: збільшення тимусу, збільшення (стійке) лімфатичних вузлів, хронічний тонзиліт, аденоїдит (компенсований, субкомпенсований, декомпенсований)			

Продовження таблиці 2.2.1

Адено- тонзило- апендектомія, вік			
У анамнезі алергічні реакції на:			
Шкіряна: (тілесного кольору, чиста, бліда, суха, волога, посилений судинний малюнок, телеангіектазія, гіперпігментація, депігментація)		Тіні під очима, носогубний трикутник (іктеричний, ціанотичний, блідий)	
Видимі слизові		Зуби	Дужки зіву
Мигдалики I, II, III ступеню (рихлі, ін»єковані, ціанотичні)		Язик (вологий, сухий, наліт - легкий, помірний, густий; колір нальоту – білий, сірий, жовтий)	
Лімфовузли (одиночні, множинні, діаметр мм): підщелепні, шийні, ін.		Щитовидна залоза	
Грудна кліка: норма, порушення постави (сколіоз, лордоз, кіфоз)	Легені: перкуторно _____ аускультативно _____	Серце: тони достатньої звучності, злегка ослаблені, послаблені, шум _____	
Границі серця (ліва, права, верхня) відповідають віковій нормі , розширені			
Живіт (активно напружує, м»який).	Печінка _____	Селезінка _____	
Неврологічна симптоматика:			
Пульс _____ АТ _____ ЧД _____ Сечовипускання _____			
Час появи перших симптомів зах.		Тривалість хвороби	

Продовження таблиці 2.2.1

Сон порушений (ні)																		
Тіки, логоневроз, енурез																		
Сноходіння, сноговоріння																		
Гіпергідроз диффузний, доленей, стоп																		
Обмороки																		
Почуття жару, зяб кість																		
Холодні кінцівки																		
Спрага																		
Болі в ногах, суглобах																		
Емоційна лабільність																		
Аналіз крові загальний: ер.	Нв	КП	л	э	Б	п	с	л	М	пл.кл.	тром.	ШОЕ						
При вступі																		
При виписці																		
Аналіз сечі загаль-ий:	л–	э–	циліндри	солі														
До лікування																		
Після лікування																		
Амілаза сечі																		

Продовження таблиці 2.2.1

Біохімічні дослідження	Альбуміни			
	Глобуліни			
Сечовина				
Холестерин				
АЛТ				
Лужна фосфатаза				
Тимолова проба				
СРБ, сіалові кислоти				
Амілаза				
Цукор				
Копрограма: нейтр. Жир				
Жирні кислоти				
М'язові волокна				
Рослинні волокна				
цукрово –амілазна крива:				
I				
II				
III				
IV				

Продовження таблиці 2.2.1

Мазок із носоглотки на флору і чутливість до антибіотиків:				
УЗД с пробним сніданком:				
ФЕГДС:				
Колоно-ректороманоскопія:				
РН – метрія:				
Дуоден.зондув.: тонус сф. Одді				
Тонус жовчного міхура				
концентраційна функція ж/м				
скоротлива функція ж/м				
ЕКГ:				
РЕГ:				
РГГ:				
КІГ: рівень функціонування ВНС				
Шлях реалізації –				
вегетативний гомеостаз –				
Стан адаптаційно-присосувальних механізмів				
M_0		ΔX	U_H	$A M_0$

Продовження таблиці 2.2.1

ІМУНОГРАМА							
IgG- a/m		К Н.р.		CMV		Герпесу	
МЕРИДІАННА ДІАГНОСТИКА							
1	права рука			лева рука			
2							
3							
4							
5							
6							
1	права нога			лева нога			
2							
3							
4							
5							
6							
ЛІКУВАННЯ:							

Продовження таблиці 2.2.1

ЗАЛЮЧЕННЯ СТОМАТОЛОГА:	<p>Хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит</p> <p>Хронічний афтозний стоматит</p> <p>Хронічний кандидозний стоматит</p> <p>Хронічна тріщина губи</p> <p>Запалення десен, губ</p> <p>Парадонтоз</p> <p>Множинний карієс зубів</p> <p>Порушення прикусу</p> <p>Патологія емалі</p>
ЗАКЛЮЧЕННЯ ЛОР - ЛІКАРЯ:	<p>Хронічний (компенсований, субкомпенсований, декомпенсований) тонзиліт</p> <p>Аденоїдні вегетації I, II, III ступеню</p> <p>Гранульоматозний фарингіт</p> <p>Хронічний гайморит (другі синусити)</p>
ЗАКЛЮЧЕННЯ ЕНДОКРИНОЛОГА (інших лікарів)	

Продовження таблиці 2.2.1

ГЕНЕТИЧНЕ СКРИНІНГ- ДОСЛІДЖЕННЯ	
1. Наявність у родині генетичних захворювань	001
2. Розумова відсталість (не пов'язана з травмою, нейроінфекцією, епілепсією)	002
3. Порушення фізичного розвитку:	
– ожиріння	003
– гіпотрофія (анорексія, синдром мальасиміляції)	004
– гіпостатура	005
4. Вроджені аномалії кістково-м'язової системи:	
– дисплазія кульшових суглобів	006
– хондродистрофія, полідактілія, адактілія	007
– кили	008
– у поєднанні з патологією ока	009
– у поєднанні з патологією ССС	010
– другая патологія	011
5. Родинні випадки хронічної бронхо-легеневої патології	012
6. Рання смертність дітей від пневмонії чи кишкової непрохідності	013
7. Поєднання хронічної легеневої та травної патології	014
8. Врождена глухота, сліпота, сімейні форми	015
9. Аномалія статевих органів (крипторхізм, анорхізм)	016
– в сполученні з наднирковою недостатністю	017
10. Родинні випадки захворювання сечової системи, зміни кольору, запаху сечі (рахітоподібні захворювання)	018
11. Порушення пігментації:	

Продовження таблиці 2.2.1

– депігментація шкіри (вітіліго)	019		
– пігментні плями, невуси	020		
– гемангіоми	021		
12. Стігми дисембріогенезу:			
– епікант	022		
– високе (“готиче”) піднебіння	023		
– прирослі мочки вух	024		
– деформація вушної раковини	025		
– пласка переносиця	026		
– порушення зрощення губ, щелеп, носа	027		
– вії	028		
– вуха	029		
Підпис лікаря			
ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ			
1. Чи були в родині генетичні захворювання	001		
2. Хворіють:	Найближчі родичі:		
	батько, брати, сестри, бабусі, дідусі	Мати	Дитина
– хронічними запальними захворюваннями (тонзиліт, аденоїдит, гранульоматозний фарингіт, холецистит, синусит)	002	011	020
– хронічним герпесом, опоясуючим лишаєм	003	012	021

Продовження таблиці 2.2.1

– ГРВІ частіше 3 х разів на рік	004	013	022
– грибковими захворюваннями шкіри, волосся, нігтів, слизових оболонок	005	014	023
– ендокринними захворюваннями	006	015	024
– алергічними захворюваннями	007	016	025
– коллагенозами	008	017	026
– пухлинними захворюваннями	009	018	027
– множинним карієсом	010	019	028
3. Чи працювала мати до народження дитини на підприємстві з професійними загрозами:			
– лаки, фарби, хлор, аміак, антибіотики			029
– СВЧ, шум, вібрації, магнітні поля			030
4. Чи проживала мати у екологічно небезпечному районі			031
5. Хворіла мати під час вагітності: – вірусними захворюваннями			032
– мікробними захворюваннями			033
– грибковими захворюваннями			034
6. Чи перенесла мати під час вагітності:			
– токсикоз першої половини			035
– токсикоз другої половини			036
7. Свідощтва у анамнезі про: – резус-конфлікт			037
– патологію плаценти			038

Продовження таблиці 2.2.1

– патологію пологів (цісарський розтин, кровотечі)							039
– пологові травми							040
– асфіксію							041
– незрілість							042
– викидні							043
– гіпотрофію плоду							044
– дистрес-синдрому							045
8. Вигодування:	– природне						046
	– змішане						047
	– раннє штучне						048
9. Хворіла дитина:	на 1 міс.	до 1р	1-3р.	4-6р.	710р	11-14 р	
– бронхіт, пневмонія, БОС	049	056	063	070	077	084	
– мікробні захворювання (гнійні хвороби шкіри, остеомієліт, отит, сепсис)	050	057	064	071	078	085	
9. Хворіє дитина:	на 1 міс.	до 1р	1-3р.	4-6р.	710р	11-14 р	
– ГРВІ	051	058	065	072	079	086	
– грибкові захворювання	052	059	066	073	080	087	
(молочниця, стоматит, опрілості)	053	060	067	074	081	088	
– мікро екологічні порушення	054	061	068	075	082	089	
– кишкові інфекції	055	062	069	076	083	090	

Продовження таблиці 2.2.1

10. Чи призначали дитині:	на 1 мес.	до 1 р.	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	11-14 р.
Рентген- дослідження	091	095	099	103	107	111
– антибіотики	092	096	100	104	108	112
– антигістаминні препарати	093	097	101	105	109	113
– кортикостероїди	094	098	102	106	110	114
11. Чи страждає дитина:						
– алергією						115
– захворюваннями ССС						116
– захворюваннями ШКТ						117
– колагенозами						118
– порушеннями постави						119
– порушеннями зору						200
Підпис лікаря				Підпис батьків		

Медико-психіатричний блок

А. Програма проведення експертної оцінки психічного стану дитини

1. Визначення наявності проявів дизонтогенезу: вад розвитку, що спостерігаються явно.

2. Визначення наявності проявів, ступеню важкості розумової відсталості, диференціюючи із затримкою психофізичного розвитку (на

підставі даних медичної документації та експериментально-психологічного дослідження).

3. Визначення наявності проявів, ступеню важкості затримки психофізичного розвитку (загального або часткового: з урахуванням специфічних розладів розвитку мовлення, функцій руху, шкільних навичок), диференціюючи з педагогічною занедбаністю (на підставі даних медичної документації та експериментально-психологічного дослідження).

4. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, тривалості, перебігу розладів органічного генезу у поєднанні з розумовою відсталістю або з затримками психофізичного розвитку (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень).

5. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, перебігу аутистичних розладів (на підставі даних медичної документації та експериментально-психологічного дослідження).

6. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, перебігу інших порушень психологічного розвитку, зокрема гармонійної чи дисгармонійної форм психічного інфантилізму (на підставі даних медичної документації та експериментально-психологічного дослідження).

7. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, тривалості, перебігу поведінкових та емоційних розладів, що розпочинаються у дитячому або підлітковому віці (з урахуванням гіперкінетичних і тікозних розладів).

8. Визначення наявності проявів зловживання або синдрому залежності від психоактивних речовин, ступеню важкості цих розладів, їх тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

9. Визначення наявності проявів психотичних розладів шизофренічного спектру (а також шизотипового розладу), ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи

призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

10. Визначення наявності проявів афективних розладів, ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

11. Визначення наявності проявів невротичних розладів (з урахуванням розладів, що пов'язані зі стресом, соматоформних розладів, розладів їжі), ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

12. Визначення висновків психопатологічного дослідження з формуванням клінічного діагнозу.

13. Формування рекомендацій для подальшого обстеження чи лікування дитини на підставі психопатологічного дослідження і основного клінічного діагнозу.

Б. Процедура проведення експертної оцінки (сумісно з експериментально-психологічним дослідженням).

1. Збір анамнестичних відомостей про дитину

– аналіз даних медичної документації;

– бесіда про дитину з дорослими, що займаються її вихованням та доглядом за нею (лікарем, психологом, вихователями тощо);

2. Клінічна бесіда з дитиною.

3. Визначення особливостей психічного стану дитину у процесі проведення експериментально-психологічного дослідження.

4. Оформлення рекомендацій для подальшого обстеження чи лікування дитини.

Таблиця 2.2.2

Методики обстеження дитини віком 6-10 років (молодший шкільний вік)

№	Сфера, методики	Примітка
	Інтелектуальний розвиток та рівень загальної підготовки	
1.	Тест „Намалюй людину”	
	Пам’ять, увага, мислення, мовлення	
2.	Визначення обсягу уваги (за чорно-білими таблицями Шульте-Горбова)	
3.	Субтест Векслера „Шифрування”	
4.	Субтест Векслера „Кмітливість”	
6.	Складання розповіді за серією малюнків (визначення осмислення та розуміння)	
7.	<i>Нейропсихологічне обстеження (за потребою)</i>	
	Особистість	
8.	Самооцінка (здоров’я, розум, товариськість, успішність в навчанні)	
	4 Я (3 дерева)	
	<i>Дитячий опитувальник неврозів (ДОН): депресія, астения, порушення поведінки, вегетативні розлади, порушення сну, тривога</i>	
11.	<i>Тест Кеттела 16 PF (дитячий)</i>	

Таблиця 2.2.3

**Методики обстеження дитини віком 11-14 років (підлітковий вік)
та 15-18 років**

№	Сфера, методики	Примітки
	Особистісні характеристики	
1.	Самооцінка (здоров'я, розум, товариськість, успішність в навчанні)	
2.	Проективна методика „3 дерева” або „4 Я”	
3.	<i>ПДО (акцентуація) (Лічко-Подмазіна)</i>	
4.	<i>Дитячий опитувальник неврозів (ДОН): депресія, астения, порушення поведінки, вегетативні розлади, порушення сну, тривога</i>	
	Інтелектуальний розвиток та рівень загальної підготовки	
5.	Матриці Равенна	
6.	<i>Нейропсихологічне обстеження (за потребою)</i>	
	Пам'ять, мислення, увага, мовлення	
7.	Субтест Векслера „Кмітливість”	
8.	Субтест Векслера „Шифрування”	
9.	Складання розповіді за серією картинок (визначення осмислення та розуміння)	
10.	<i>Піктограма</i>	
11.	<i>Тест батьківсько-дитячих стосунків (з корекцією на стосунки з вихователями)</i>	
12.	<i>Соціометрія</i>	

Таблиця 2.2.4

Експертний висновок оцінки психічного стану дитини

I. Загальні дані					
П.І.Б.					
Вік		дата народження			
Адрес				Телефон	
Народився доношен.		Масса тіла		зріст	
	(так, ні)				
II. Анамнестичні дані					
Наявність живих батьків:		Так		Ні	
Наявність відносин з батьками:		Постійні		Періодичні	ніяких відносин
Наявність відносин з іншими родичами:		Постійні		періодичні	ніяких відносин
З ким конкретно:					
Стиль виховання:					
Перенесені захворювання (вік):					
III. Стан на момент обстеження					
1	Наявність проявів дизонтогенезу			Так	Ні
Які конкретно:					
2	Наявність проявів розумової відсталості			Так	Ні
3	При наявності розумової відсталості	Легка дебільність	Важка дебільність	Імбецильність	
4	Наявність проявів затримки психофізичного розвитку			Так	Ні

Продовження таблиці 2.2.4

5	При наявності затримки психофізичного розвитку, яка сааме	Загальна		Часткова	
6	При наявності затримки психофізичного розвитку, яка ступінь	легка	Середня		Важка
7	При наявності проявів затримки психофізичного розвитку, які саме	Розладів розвитку мовлення	Функцій руху		шкільних навичок
8	Наявність проявів педагогічної занедбаності			Так	Ні
9	Наявність проявів розладів органічного генезу			так	Ні
Які конкретно:					
10	При наявності розладів органічного генезу, яка ступінь	легка	середня	Важка	
Їх тривалість :					
динаміка стану:					
Наявні результати параклінічних досліджень з цього приводу:					
11	Чи є поєднання проявів розладів органічного генезу з розумовою відсталістю			да	Ні
12	Чи є поєднання проявів органічних розладів генезу з затримками психофізичного розвитку			да	Ні
13	Наявність проявів аутистичних розладів			да	Ні
Які конкретно:					

Продовження таблиці 2.2.4

14	При наявності аутистичних розладів, який ступінь :	легкий	середній	важкий
Їх тривалість, динаміка стану:				
15	Чи є поєднання проявів аутистичних розладів з розумовою відсталістю		Так	Ні
16	Чи є сполучення аутистичних розладів генезу з затримками психофізичного розвитку		так	Ні
IV. Рекомендації по задоволенню потреб				
1	Можливість подальшого перебування дитини в інтернатному закладі		Так	Ні
2	Можливість подальшого перебування дитини в інших формах опіки та проживання.		так	Ні
В яких конкретно:				
3	Наявність потреб подальшого клінічного дослідження		Так	Ні
Які конкретно:				
4	Наявність потреб подальшої психотерапевтичної допомоги дитині		так	Ні
Які конкретно:				
5	Наявність потреб подальшої психотерапевтичної допомоги батькам дитині		Так	Ні
Які конкретно:				
6	Наявність потреб зміни в організації реабілітаційних заходів щодо дитині		Так	Ні
Які конкретно:				
7	Наявність потреб зміни в вихованні дитини		так	Ні
Які конкретно:				

5. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, перебігу інших порушень психологічного розвитку, зокрема гармонійної чи дисгармонійної форм психічного інфантилізму (на підставі наявної медичної документації та експериментально-психологічного дослідження).

6. Визначення наявності проявів, ступеню важкості, тривалості, перебігу поведінкових та емоційних розладів, що розпочинаються у дитячому або підлітковому віці (з урахуванням гіперкінетичних і тікозних розладів).

7. Визначення наявності проявів зловживання або синдрому залежності від психоактивних речовин, ступеню важкості цих розладів, їх тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

8. Визначення наявності проявів психотичних розладів шизофренічного спектру (а також шизотипового розладу), ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

9. Визначення наявності проявів афективних розладів, ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

10. Визначення наявності проявів невротичних розладів (з урахуванням розладів, що пов'язані зі стресом, соматоформних розладів, розладів їжі), ступеню їх важкості, тривалості і перебігу (у тому числі за допомогою даних медичної документації чи призначення додаткових параклінічних досліджень, а також експериментально-психологічного дослідження).

11. Визначення наявності інтенсивно функціонуючих психічних травм, їх характер, причини їх виникнення

12. Визначення наявності проявів чи схильності до автоагресивної поведінки, ступеню їх важкості, тривалості і перебігу

13. Визначення наявності проявів чи схильності до агресивної поведінки, ступеню їх важкості, тривалості і перебігу

14. Визначення загального стану психічного здоров'я дитини на момент огляду.

Психологічно – педагогічний блок

Діагностика базується на екологічній та соціальній моделі з урахуванням:

- типу огляду та виховання, що пропонують сім'я або заклад;
- порівнянням потреб дитини і стадій її розвитку з потребами й розвитком дітей її віку;
- набутий дитиною досвід;
- оточення, в якому була дитина.

Діагностика організується таким чином, щоб її могли провести й неспеціалісти.

Результатом діагностичного обстеження дитини повинні стати:

1. Коротко- або довгостроковий план підтримки у розвитку дитини в загальній підготовці, освіті, соціалізації й інтеграції в суспільство, терапія.

Таблиця 2.2.5

Психологічно – педагогічний блок

Самостійність, побутові навички						
Може	може, але важко	Не може	Дії	Самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Прання			
			Прасування			
			Приготування сніданку, обіду			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	Не може	Дії	Самостійно	Потребує підтримки й керівницт ва	Потребує постійної підтримки
			Складання бюджету особистих витрат			
			Здійснення покупок			
			Розрахунок бюджету			
			Виконує призначення лікарів			
			Користується громадськими установами – пошта, банк			
			Пише заяви, заповнює бланки			
			Складає плани на майбутнє Виконує плани			

Подовження таблиці 2.2.5

Основи навички самообслуговування						
Може	може, але важко	не може	Дії	Самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			- вибір виду й кількості їжі			
			Користування ножем та вилкою			
			Як їсть і п'є			
			- ранкові й вечірні процедури (чистить зуби, миє руки)			
			- зачіска, макіяж			
			- самостійне користування душем			
			- регулярне користування душем за власною ініціативою			
			- гігієна при менструації			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	Не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			- відхід до сну (за примусом)			
			- вибір одягу			
			- одягання та роздягання (загальна і тонка моторика)			
			Взуття – знімає – взуває			
			Розв'язує-зав'язує шнурки			
			Застилає – розстиляє постіль			
Соціальна поведінка						
			Стосунки з іншими: комунікабельний замкнений			
			Ініціює контакт			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Ставлення до вчителів: Установлює контакт			
			Має бажання допомагати персоналу			
			Дружба - ініціює дружні стосунки з іншими (ровесники, старші, молодші) - підтримує дружні стосунки			
			Партнерські стосунки			
			Стосунки з дітьми в класі, групі Ініціює стосунки Підтримує стосунки			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Особи протилежної статі Проявляє інтерес Ініціює дружні стосунки Підтримує дружні стосунки			
			Виявляє позитивну поведінку в групі			
			Надійний			
			В конфліктах - контролює себе - використовує відповідні стратегії			
			Усвідомлює себе			
			Розмірковує			
			Звертає увагу на поведінку інших			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
Участь і громадському житті						
					Да	Ні
Чи може вихованець проводити час поза закладом?						
Чи бере участь у заходах і подіях громадського життя закладу?						
Чи організує заклад зустрічі (відвідувачі)						
Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки	Потребує постійної підтримки
			Зустрічі з незнайомими особами			
			- може спілкуватися			
			- контролює себе (стрес)			
			- неконфліктний			
			Бере участь в окремих культурних заходах поза закладу			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			- Шукає інформацію о різних заходах			
			- вибирає заходи			
			- бере участь у постійно діючих гуртках (спорт тощо)			
Психомоторний розвиток						
Дії					Да	Ні
Спілкування вербальне і невербальне						
Подобається розмовляти						
Спілкується відповідного до свого віку						
Рівень спілкування вищі середнього для даного віку						
Рівень спілкування нижче середнього для даного віку						
Спілкується тільки невербально						
Може говорити, але мовчить						
Не розмовляє і не виявляє розуміння						
Підозра щодо проблем зі слухом						
Проблема з мовою (вовча щелепа)						

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	Самостійн о	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Розуміє іншу мову			
			Розуміє значення конкретних слів побутової тематики			
			Здатен назвати предмети			
			Розуміє прості команди			
			Повторює слова			
			Повторює вирази, які не пов'язані з контекстом			
			Повторює слова (за сюжетами малюнка)			
			Виразно повторює слова			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Може описати предмет або малюнок			
			Регулярно спілкується один на один з дорослими			
Емоційний розвиток						
Може	може, але важко	не може	Дії	самост ійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Прив'язаність Чи була у дитини значна прив'язаність до людини (чи домашньої тварини)			
			-адекватно адаптується до чужих людей -встановлює довготривалі стосунки			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Проявляє Радість			
			Страх			
			Співчуття			
			Почуття провини			
			Неспокій			
			Самотність			
			Є прояви апатії і відсутність інтересу			
			Усвідомлює себе			
			Проявляє самовладання (контролює свої дії та емоції)			
			Розрізняє емоції: власні та інших			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Система цінностей Розуміє правила			
			Розуміє й сприймає „правильно” – „неправильно”			
			Сприймає покарання			
			Реагує на похвалу			
			Відчуває справедливість			
Здатність до навчання						
			Проявляє інтерес до навчання			
			Відвідує школу			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Бере активну участь у навчальному процесі			
			Готується до занять			
			<i>Рівень освіти:</i> Розуміє букви			
			Уміє читати			
			Розуміє цифри від 1 до 10 Від 10 до 100 Більше 100			
			Вміє складати цілі числа			
			Вміє вичитати цілі числа			
			Вміє множити цілі числа			
			<i>Практичні навички:</i>			
			-вміє користуватися шкільним обладнанням			

Подовження таблиці 2.2.5

Може	може, але важко	не може	Дії	самостійно	Потребує підтримки й керівництва	Потребує постійної підтримки
			Вміє користуватися інструментами (голка, ножиці, молоток тощо)			
			<i>Позашкільні інтереси:</i>			
			Музика			
			Кіно			
			Образотворче мистецтво			
			Образотворче мистецтво (яке саме)			
			Спорт (який саме)			
			Інше (вказати)			

Соціально-демографічний метод використовувався для аналізу чинників, які впливали на формування психосоматичної патології. Шляхом опитування відповідно до розробленого нами опитувальника збиралась інформація про саму дитину, її сім'ю, матеріально-побутові умови, стан здоров'я, спадкову обтяженість, шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність і характер міжособистісних відносин.

Клініко-психологічний метод застосовувався для вивчення психопатологічних особливостей у дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Клініко-психологічні дослідження здійснювались за допомогою наступних методик:

-використання шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л.Ханіна дозволило визначити рівень тривожності як конституціональної особливості пацієнта чи наслідку хворобливого стану, або реакції особистості на стресові події. Метод дозволяє визначити рівень тривожності, напруженості і нервозності в даний конкретний момент (реактивна тривожність), а також стійку схильність особистості сприймати значну кількість ситуацій повсякденного характеру в якості загрозливих (особистісна тривожність).

Аналіз реактивної та особистісної тривожності визначали за допомогою шкали самооцінки Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л.Ханіна. Дітям пропонувалось відповісти на 40 запитань. Із 4-х запропонованих варіантів вони повинні були вибрати той, що найбільш точно відповідав їх почуттям в момент обстеження. Шкала самооцінки складається із 2-х частин, окремо визначаючих реактивну (РТ, запитання №1 - 20) та особистісну (ОТ, запитання № 21 - 40) тривожності.

Показники РТ та ОТ підраховувались за формулами:

$$PT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де - $\Sigma 1$ - сума закреслених цифр на бланкові по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ - сума решти закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20).

$$OT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ - сума закреслених цифр на бланці по пунктам шкали 22, 23, 24, 25, 28, 9, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ - сума решти закреслених цифр (пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

За даними авторів рівень тривоги менший 31 бал вважали низьким, 31-45 балів – помірним, більше ніж 45 – високим.

-Методика багатofакторного дослідження особистості Р. Кеттела (виявлення особливостей особистості, які утворюють в актах людських взаємовідносин своєрідну єдність спонукань, дій та переживань, що дозволило говорити про цілісність індивідуальності).

Методика містить 105 запитань (скорочений варіант). Відповіді заносяться на спеціально розроблений бланк, а потім обраховуються за допомогою спеціального "ключа". Співпадання відповідей "а" та "с" оцінюється двома балами, співпадання відповіді "в" - одним балом. Сума балів по кожній виділеній групі запитань дає в результаті значення фактора. Виключенням являється фактор В - тут кожне співпадання відповіді з "ключем" дає 1 бал. Таким чином, максимальна оцінка по кожному фактору - 12 балів, по фактору В - 8 балів; мінімальна - 0 балів.

Для інтерпретації результатів виділяються наступні фактори: Фактор А - "замкненість -товариськість"; фактор В - "інтелект"; фактор С - "емоційна нестійкість - емоційна стійкість"; фактор Е - "підлеглість - домінантність"; фактор F - "стриманість - експресивність"; фактор G - "підлеглість почуттям - висока нормативність поведінки" ; фактор Н - "нерішучість - сміливість" ; фактор І - "жорсткість - чутливість"; фактор L - "довірливість - підозрлість"; фактор М - "практичність - розвинута уява"; фактор N - "

прямолінійність - дипломатичність"; фактор O - " впевненість у собі - тривожність"; фактор Q1 - " консерватизм - радикалізм"; фактор Q2 - " конформізм - нонконформізм"; фактор Q3 - " низький самоконтроль - високий самоконтроль"; фактор Q4 - "розслабленість - напруженість"; фактор MD - "адекватність самооцінки".

На підставі якісного та кількісного аналізу змісту особистісних факторів та їх взаємозв'язків давалась характеристика індивідуально-психологічних особливостей особистості дітей.

-Для визначення загального психоемоційного стану дітей був використаний, розроблений нами **“Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків”**, пріоритетність якого підтверджена Деклараційним патентом України на корисну модель №44347 від 25.09.2009р. (Мозгова Г.П., Синьов В.М., Бекетова Г.В.), у якому проводять тестування кольорових виборів у поєднанні з проєктивними малюнками, які висвітлюють поняття “Добро” і “Зло”.

За допомогою тесту визначались свідомі та несвідомі сторони психічної структури дитячої особистості, вимірювались активність, працездатність, стабільність вибору кольору, яка свідчить про лабільність нервової системи, та відхилення від автогенної норми. Максимальні значення цих характеристик дорівнювали 100 у.о., а мінімальні - 0. Ступінь тривожності оцінювався наступним чином, до 50 у.о. тривожність вважалась нормальною, вище 50 у.о. високою.

-Для визначення ефективності реабілітації психосоматичних захворювань у дітей був використаний, розроблений нами **“Спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією”** (Деклараційний патент України на корисну модель №44346 від 25.09.2009р. Мозгова Г.П., Синьов В.М., Бекетова Г.В.), у якому при проведенні психотерапії за допомогою рисувального апперцептивного тесту використовують проєктивний малюнок «Моє майбутнє» в поєднанні з вибором кольору.

-Комплексна нейрофізіологічна діагностика із використанням топографічного картування спектральної потужності основних ритмів електроенцефалограми (ЕЕГ) та її спектрального аналізу. Реєстрація біопотенціалів мозку проводилась за допомогою 16-канального електроенцефалографа EEG-16 S, фірми «MEDICOR», в умовах затемненої, екранованої, звукоізольованої камери. Досліджували реакції біопотенціалів мозку на функціональні проби: розплющування - заплющування очей та на пробу с гіпервентиляцією (3 хвилини). Паралельно з записом ЕЕГ на папері, проводили реєстрацію та обробку ЕЕГ на комп'ютерному комплексі «Нейрокартограф 3.7 » фірми «МБН» (Росія). Автоматизований аналіз ЕЕГ проводився в монополярній системі відведень і включав в себе швидке Фур'є-перетворення, з наступним підрахунком та побудовою спектрів потужності основних ритмів ЕЕГ, для кожного із 16 відведень (Fp1, Fp2, F3, F4, C3, C4, P3, P4, O1, O2, F7, F8, T3, T4, T5, T6) та побудовою мап мозку.

Нейрофізіологічні дослідження (комп'ютерне ЕЕГ та РЕГ) у всіх хворих проводилась реєстрація фонових ЕЕГ від передніх та задніх лобних, центральних, тім'яних, потиличних та скроневих ділянок мозку по загальновідомій міжнародній схемі (10-20). Досліджували реакції біопотенціалів на функціональні проби відкривання та заплющування очей, на дискретне фотоподразнення мерехтіння світла із змінною частотою та на пробу з гіпервентиляцією.

Проводився візуальний аналіз та оцінка одержаних ЕЕГ за системою, розробленою О.О.Жирмунською [104]. В систему включалось градуальне індексоване кодування опису ЕЕГ по наступним параметрам: головні компоненти ЕЕГ, амплітуда головних компонентів, характеристика альфа-активності, зональні розбіжності, наявність бета-активності низької частоти, характеристика тета- та дельта-активності. Кожний з параметрів мав від чотирьох до семи ступенів можливих оцінок. По сукупності індексів вищезгаданих параметрів проводилось виділення групи та типів одержаних ЕЕГ. Визначався ступінь порушення ЕЕГ в виділених групах і

підраховувалось число груп та типів ЕЕГ у хворих з ПСП. Крім паперової реєстрації ЕЕГ хворих, одночасно паралельно проводили запис та обробку на комп'ютерному комплексі «Нейрокартограф» фірми МБН. Автоматизований аналіз ЕЕГ включав підраховування та побудову спектрів потужності основних ритмів ЕЕГ кожного відведення, підрахованих за допомогою Фур'є-аналізу 12 двох з половиною секундних епох ЕЕГ, у кожного хворого, з наступним будуванням графіків та гістограм спектральної потужності, карт просторового розподілу спектральної щільності ритмів та їх когерентності та внутрішньопівкульових зв'язків для основних діапазонів по поверхні скальпа. Цифрові показники параметрів фонових ЕЕГ порівнювались з тими, що були знайдені у досліджуваних хворих в різні строки під час лікування. Вірогідність відмінностей між ними визначали по критерію Стюдента.

-Для уточнення характеру та ступеню змін з боку судинної системи проведено вивчення стану церебральної та периферичної гемодинаміки. Церебральний кровообіг вивчався за допомогою методу реоенцефалографії на вітчизняному чотирьохканальному реоенцефалографі "РА-5-01". Пульсовий імпеданс реєстрували при фронто-мастоїдальному та окципіто-мастоїдальному відведеннях з обох сторін. Крім візуальної оцінки РЕГ проводили кількісний аналіз з виділенням основних реоенцефалографічних параметрів (Яруллин Х.Х., 1989).

-Стан вегетативної нервової системи вивчали шляхом аналізу серцевого ритму за допомогою кардіоінтервалографії (Р.М.Баевский, Н.А. Белоконь, 1986). Запис проведено на шестиканальному тепловому електрокардіографі "ЭК 6Т-02". Оцінювали 100 послідовних циклів ЕКГ, зареєстрованих у II стандартному відведенні із застосуванням загальноприйнятих критеріїв (Ю.В.Білоусов, М.І.Батирев, 1988).

-спеціальні інструментальні методи та загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні методи діагностики;

Дослідження (УЗО органів черевної порожнини, фіброезофагогастродуоденоскопія, за необхідності з прицільною біопсією, внутрішньошлункова рН-метрія, спірографія);

З метою об'єктивізації оцінки ефективності терапії проведено інструментальні, гістологічні, імунологічні, мікробіологічні дослідження. Об'єм і методи досліджень наведені в таблиці 2.2.6.

Таблиця 2.2.6

Об'єм та методи проведених досліджень

N	Характер досліджень	Кількість Досліджень
1	ФЕГДС	111
2	Інтрагастральна рН-метрія	153
3	УЗО органів черевної порожнини, ЩЗ, нирок, серця	197
4	Гістологічні дослідження біоптатів шлунку	61
5	Полімеразна ланцюгова реакція з біоптатів СОШ та калу на Н.р.; крові – на ВПГ-I	107
6	Бакпосів біоптатів СОШ на Н.р. та УПФ	87
7	Мазок з СО ротової порожнини та носа на флору	153
8	Аналіз кала на яйця глистів і найпростіші	154
9	Визначення клітинного та гуморального імунітету методами I-II рівнів	87
10	Імуноферментний аналіз крові на Н.р.-IgG; ВПГ-I –IgM та IgG	152
11	Визначення гормонального гомеостазу	68
12	Спірографія	90
13	Колоноскопія	14
14	Електрокардіографія	154
15	Кардіоінтервалографія	154
16	Електроенцефалографія	154

Дітям з ВХ ДПК проводили фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС) (дитячий гнучкий волоконний ендоскоп фірми “Olympus”, Japan) за необхідності з прицільною біопсією СОШ і подальшим гістологічним дослідженням біоптатів для виявлення ознак хронічного запалення та наявності Н.р. і ВПГ-I. Для цього біоптати фарбували гематоксилін-еозином та за Ван-Гізона.

Для кількісної оцінки даних ФЕГДС використовували поняття інтегрального показника ендоскопічних змін (ΣПЕЗ) (Бекетова Г.В., 2000). Означений показник представляє бальну оцінку ендоскопічних ознак ураження СОШ і ДПК (табл. 2.2.7).

ΣПЕЗ вираховують шляхом сумірування в балах ендоскопічних ознак ураження СОШ і ДПК та знаходженням середнього арифметичного показника.

Таблиця 2.2.7

Бальна оцінка ендоскопічних змін ВВТК у дітей

Ендоскопічна ознака ураження СОШ і ДПК	Бали
-поверхневі зміни антруму СОШ та цибулини ДПК	1
-поверхневі зміни всього шлунку і ДПК	2
-гіперпластичні зміни шлунку та ДПК	3
-одичні ерозії (до 5) шлунку чи ДПК	4
-одичні ерозії (до 5) шлунку і ДПК	5
-множинні ерозії (більше 5) шлунку чи ДПК	6
-множинні ерозії (більше 5) шлунку та ДПК	7
-виразка ДПК	8
-множинні виразки ДПК	9
-рубцево-виразкова деформація цибулини ДПК	10
-вогнищева атрофія СОШ чи ДПК	11
-кишкова метаплазія СОШ чи шлункова метаплазія ДПК	12

Ендоскопію кишечника проводили методом колоноскопії.

Функціональний стан кислотоутворюючої функції шлунку (КФШ) вивчали за допомогою інтрагастральної рН-метрії апаратом ІКШ-2 за методикою Чорнобрового І.І. (1996) з використанням мікрозондів. Нормальною КФШ вважалась при базальному рН-1,9-2,9 од., підвищеною-від 1,8-0,9 од., зниженою - від 3,0 до 6,0 од. і вище. Олужнювання оцінювали за шкалою по різниці значень рН в антральному відділі та тілі шлунка: декомпенсована—показники рН в діапазоні від 0,9 до 1,9; субкомпенсована—від 2,0 до 3,9 та компенсована—більше 4,0.

Вивчення стану суміжних органів травлення (печінка, жовчний міхур, підшлункова залоза), а також щитовидної залози, нирок, серця проводилось методом ультразвукового дослідження (УЗД) за допомогою апаратів: “Philips” - Germany; “Aloka-280”, “Toshiba”-Японія. Для уточнення функціонального стану жовчовивідних шляхів проводили УЗД з жовчогінним сніданком, та багатомоментне фракційне дуоденальне зондування. Функціональний стан печінки вивчали за показниками білок-синтезуючої функції (протеїнограма), пігментної функції (білірубін та його фракції), активності органоспецифічних ферментів (АлТ, осадові проби). Зовнішньосекреторну діяльність підшлункової залози оцінювали за рівнем панкреатичних ферментів (амілази, ліпази) в сироватці крові, інкреторну-характером цукрово-амілазної кривої крові. Всім хворим проводили електрокардіографію (електрокардіограф “Siemens”-Germany, ЕКТ-03-Україна) з подальшою комп’ютерною обробкою даних.

Враховуючи сучасні погляди на роль Н.р. у формуванні ВХ ДПК, інфікування цим мікроорганізмом виявляли за допомогою твердофазного імуноферментного тесту UBI MAGIWEL для кількісного визначення ІgG-антитіл до Н.р. в сироватці крові. Наявність в сироватці специфічних ІgG-антитіл до Н.р. є свідомством присутності мікроорганізму в організмі. Рівень антитіл, нижчий 30 EU/мл, розцінювали як негативний результат, 30-40 EU/мл-сумнівний, вищий 40 EU/мл-позитивний. У частини дітей проводили

дихальний 13С-уреазний тест, гістологічне виявлення Н.р. в біоптатах СОШ пофарбованих гематоксилін-еозином (кафедра патологічної анатомії НМУ–доцент Хомінська М.Б.) і ПЛР біоптатів шлунку і калу (кафедра мікробіології та імунології НМУ ім. О.О.Богомольця–к.м.н. Ніколаєнко І.В.).

Виявлення інвазивних форм грибів роду *Candida* в слизовій оболонці ротової порожнини (СОПР) здійснювали цитологічним методом (лабораторія стоматологічної поліклініки НМУ-завідувач, к.м.н. Савічук О.В.), гістологічним дослідженням біоптатів СОШ, пофарбованих по ШК, виділенням кандид в чистій культурі на середовищі Сабуро з СОПР і кишечника (ДКЛ №9 м.Києва, мікробіологічна лабораторія-зав.Н.В. Лисак; кафедра мікробіології та імунології НМУ ім. О.О. Богомольця–доцент Якименко А.І.). IgG й IgM-антитіла проти ВПГ в сироватці крові виявляли методом ІФА (клінічна лабораторія ДКЛ №9-зав.-Ніколенко Т.В.), а також ПЛР біоптатів СОШ (кафедра мікробіології і імунології НМУ-к.м.н. Ніколаєнко І.В.).

Всі хворі оглянуті стоматологом і отоларингологом, а при необхідності - ендокринологом, інфекціоністом, імунологом в Київському міському центрі профілактики патології слизової оболонки ротової порожнини та пародонту (зав.-д.м.н., професор зав. кафедрою дитячої стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика Савічук Н.О.).

-статистичні методи: обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (кореляційний аналіз) на ПК за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003», «STATISTIKA 8.0», «EPIINFO 5.0». Під час формування репрезентативних вибірок для розрахунку достатньої кількості обстежених ми використали програму STATCALC з пакету EPIINFO, V.5.0.

Проводили порівняльний аналіз частот окремих ознак в групах хворих/здорових, а також без психосоматичної патології/з реакціями дезадаптації із розрахунком діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (J) для кожної із ознак за Є.В. Гублером (1978).

При цьому оцінка зазначеного ризику за допомогою прогностичних таблиць проводилася шляхом застосування послідовної процедури Вальда-Генкіна (у модифікації Є.В. Гублера, 1978).

Визначення чутливості, специфічності, безпомилковості застосованих тестових методик проводили за допомогою відповідних формул, що спиралися на розраховані ДК та J (Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер, 1998).

-Для визначення клінічної ефективності різних терапевтичних комплексів ми використали метод бальної оцінки динаміки клінічних проявів захворювання. Використовували бальну оцінку кожного симптому захворювання в динаміці лікування з наступним обчислення інтегрального показника патології (ПП) за **методом С.М. Макєєва (1985):**

$ПП = a_1 \sum A + a_2 \sum B + a_3 \sum C + \dots + a_n \sum X$. За цим методом обчислювали частоту спостереження кожного з синдромів (a), суму балів кожного з синдромів (\sum), ступінь поліпшення клінічної картини захворювання (S), коефіцієнт ефективності удосконаленої комплексної терапії в порівнянні з базисною (K). Частота знаходження кожного з синдромів (a) визначається за формулою

$a = \frac{n}{N}$; де n-кількість дітей, у яких спостерігався хоча б один симптом даного синдрому, N-загальна кількість дітей в групі. Сума балів кожного з синдромів (\sum) обчислюється як сума балів даного синдрому у кожного хворого. Ступінь поліпшення клінічної картини (S) визначається з різниці двох показників ПП. Коефіцієнт ефективності удосконаленої терапії в порівнянні з базисною (K) визначається за формулою: $K_1 = \frac{S_1}{S_{1b}}$, де S₁-ступінь поліпшення клінічної картини захворювання в основній групі за даний етап лікування, S_{1b}-те ж саме в групі порівняння. Усереднена величина трьох коефіцієнтів ефективності (K₁, K₂, K₃) є K - інтегральний показник порівняльної ефективності лікування : $K = 1/3(K_1 + K_2 + K_3)$.

Коефіцієнт K вказує, у скільки разів удосконалена терапія ефективніша за базисну. Обчислення проводили 3 рази: до лікування, після етапу ранньої

реабілітації (через два тижні від початку застосування лікувальної програми), після етапу пізньої реабілітації (через 2 місяці після закінчення етапу ранньої реабілітації), а також в катамнезі через рік після завершення етапу пізньої реабілітації.

РОЗДІЛ 3

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Проведене когортно-епідеміологічне дослідження, яке дозволило виявити розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них, а також визначити основні фактори ризику формування та прогресування психо-соматичної патології у цих категорій хворих.

Таблиця 3.1

Психосоматична патологія у дітей без психофізичних вад розвитку (n=111)

Рейтингове місце	Нозології	Абсолютні величини	%
I	Бронхіальна астма	84	68
II	Виразкова хвороба 12-палої кишки	17	12
III	Цукровий діабет	6	5
IV	Ревматоїдний артрит	4	4
Всього	Психосоматична патологія	111	89

Результатом даного обстеження є висновки про наявність психосоматичної патології та її нозологічну приналежність. Як, видно з таблиць 3.1 та 3.2, розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них практично однакова та складає відповідно 86% та 89% ($p > 0,05$). Однак, в структурі психосоматичної патології найбільш значущими нозологіями у дітей, як без ППФР, так і з ними виявилась бронхіальна астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.

Проте у дітей без ППФР розповсюдженість БА (68‰) значно перевищила розповсюдженість ВХ ДПК (12‰) ($p < 0,001$), яка за висловом Ф.Александера [8] є «королевою психосоматики». У дітей з порушеннями психофізичного розвитку, навпаки, виявляється статистично достовірне превалювання виразкової хвороби над бронхіальною астмою – 56‰ та 26‰ відповідно ($p < 0,001$).

Таблиця 3.2

Психосоматична патологія у дітей з психофізичними вадами розвитку (n=98)

Рейтингове місце	Нозології	Абсолютні величини	‰
I	Виразкова хвороба 12-палої кишки	63	56
II	Бронхіальна астма	30	26
III	НВК	4	3
IV	Цукровий діабет	2	1
Всього	Психосоматична патологія	98	86

Співвідношення дівчаток і хлопчиків (таб.3.3) в I та II групах склало 1:1. Переважна більшість дітей в обох групах (62,2% і 73,0% відповідно) мала вік від 11 до 17 років.

Скоріш за все, це обумовлено тим, що у більшості хворих дітей початок захворювання припадає на ранній шкільний вік (7-10 років), а для формування хронічної патології, зазвичай, потрібен час у 2-4 роки. При цьому ризик хронізації захворювання значно зростає саме в пре- та пубертатний період, що пояснюється особливостями функціонування дитячого організму в ці періоди.

Гетерохронність становлення процесів регуляції різноманітних фізіологічних функцій обумовлює, так звані, критичні періоди розвитку дитячого організму, що є основою підвищеної чутливості дитини до

середовищних впливів і розвитку десинхронозу - одного з перших неспецифічних проявів багатьох патологічних станів [41].

Таблиця 3.3

Розподіл хворих з ПСП за віком і статтю (n=199)

Групи дітей	Кількість дітей	Вік, роки				Стать	
		5-6	7-10	11 – 13	14 – 17	Хлоп-чики	Дівчат-ка
І група (n = 98)	абс. число	7	30	32	29	49	49
	%	7,2	30,6*	32,7	29,5	50,0	50,0
II група (n = 111)	абс. число	6	23	41	39	55	56
	%	5,4	21,7	36,9	36,1	49,5	50,5

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-між хворими 7-10 і 14-17 років;

I група – діти з психофізичними вадами; II група – діти без психофізичних вад.

З анамнезу відомо (таб.3.4), що обстежені діти з ПСП достовірно частіше приймали антибактеріальні засоби, що, можливо, було однією з причин підвищеної контамінації ВВТК кандидами [205; 303].

Анамнестично РГІ була виявлена серед родичів I та II ступеню родинності у 9,9%, 11,5%, 3,4% дітей відповідно групового розподілу. Отримані дані свідчать про сімейну схильність до набуття герпесу у дітей I та II груп, оскільки існує певна генетична детермінованість щодо латентної та рецидивуючої форм ГІ, зокрема, генної регуляції імунної відповіді Т-клітин [225].

Зважаючи, що ПСП належить до екозалежної патології, у дітей, що зазнали екопатогенних впливів розвивається синдром гіперчутливості, а також нейровегетативні реакції зі зниженням у пацієнтів резистентності до інфекцій.

Таблиця 3.4

Дані анамнезу обстежених дітей (n=312)

Показник	I група (n=111) діти з ППФР	II група (n=98) діти без ППФР	III група (n=103) Здорові
	Абс. ч. (%)	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
Перебіг вагітності у матері			
Ранні та пізні гестози	46 (41,4)	40 (41,7)	3 (3,4) *,#
Анемія	8 (7,2)	4 (4,2)*	8 (9,0) #
ГРВІ	7 (6,3)	4 (4,2)*	11 (12,4)*
загроза зриву	14 (12,6)	9 (9,4)	10 (11,2)
Передчасне відходжен. Вод	11 (9,9)	4 (4,2)*	3 (3,4)*
Перебіг пологів у матері			
Передчасні	4 (3,6)	4 (4,2)	2 (2,2)*,#
Стрімкі	12 (10,8)	5 (5,2)*	2 (2,2)*,#
Патологічні	9 (8,1)	4 (4,2)*	4 (4,5)*
хірургічні втручання	4 (3,6)	7 (7,3)*	2 (2,2)*,#
Асфіксія новонароджених	22 (19,8)	16 (16,7)	2 (2,2)*,#
перинатальні уражен. ЦНС	16 (14,4)	12 (12,5)	8 (9,0)*,#
травми в пологах	15 (13,5) #, ^	3 (3,1)	5 (5,6)
Вроджені вади розвитку	23 (20,7)#, ^	6 (6,3)	8 (9,0)

Продовження таблиці 3.4

Показник	I група (n=111) діти з ППФР	II група (n=98) діти без ППФР	III група (n=103) Здорові
	Абс. ч. (%)	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
Патологія неонатального періоду			
затяжна жовтяниця і ГХН	5 (4,5)	5 (5,2)	4 (4,5)
ГРВІ, пневмонія	7 (6,3)	16 (16,7) *,^	4 (4,5)
гнійні захворювання шкіри	2 (1,8)	2 (2,1)	2 (2,2)
Молочниця	2 (1,8)	2 (2,1)	4 (4,5)
Патологія грудного періоду			
Часті ГРВІ	14 (12,6)	25 (26,0)*	2 (2,2)*,#
Рахіт	22 (19,8)	20 (20,8)	19 (21,3)
Анемія	17 (15,3)	16 (16,7)	16 (18,0)
Гіпотрофія	10 (9,0)	6 (6,3)*	8 (9,0)#
Штучне вигодовування	30(27,0)	20 (20,8)*	8 (9,0)*,#
Аномалії конституції			
Всього:	58 (52,3)	45 (46,0)	12 (12,8)*,#
Алергічна	39 (35,1)	30 (31,7)	9 (10,1)*,#
Нервово-артритична	7 (6,3)	12 (13,1,1)* ^	8 (9,0)
Лімфатична	12 (10,8)#, ^	3 (3,1)	2 (2,2)
травми голови і хребта	17 (15,3)	11 (11,5)	3 (3,4) *,#

Продовження таблиці 3.4

Показник	I група (n=101) діти з ППФР	II група (n=98) діти без ППФР	III група (n=103) Здорові
	Абс. ч. (%)	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
Перенесені гепато і ентеротропні інфекційні захворювання			
Вірусний гепатит	17 (15,3)	17 (17,7)	2 (2,2)*,#
Дизентерія, ГКЗ	19 (17,1)	18 (18,8)	17 (19,1)
Кількість членів у родині			
До 4	78 (70,0)	32 (33,3)*	24 (27,0)*,#
Більше 4	31 (27,9)	64 (66,7)*	65 (73,0)*
Матеріальний достаток родини			
Незадовільний	39 (35,1)	45 (46,9)	12 (13,5) *,#
Задовільний	62 (55,9)	51 (53,1)	91 (88,3) *,#
операції на імунних органах	20 (18,0)	17 (17,7)	27 (30,3)*,#
Спадкова схильність до ВХ ДПК	52 (46,8)	50 (52,1)	52 (58,4)
Інфекції у членів родини			
Хронічний кандидоз	10 (9,0)	3 (3,1)*	-
герпетична інфекція	11 (9,9)	11 (11,5)	3 (3,4)*,#
Порушення харчування	72 (64,9)	51 (53,1)	39 (43,8)*
Стрес в сім'ї та школі	70 (63,1)	49 (51,0)	27 (30,3)*,#
Неповна сім'я	17 (15,3)	17 (17,7)	8 (9,0)*,#
Прийом НПЗЗ	20 (18,5)	11(11,5)	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *- з показниками I групи; # -II групи; ^ - III групи;

За цих умов найчастіше проявляється спадкова схильність до розвитку ХГД й інфікування різноманітними інфекційними агентами [109-111].

При аналізі перебігу перинатального періоду ранні та пізні гестози виявлені у 41,4%, 41,7%, 3,4% матерів обстежених I-III груп; патологія пологів- у 26,1%, 23,6%, 11,5% матерів відповідно; несприятливий перебіг раннього неонатального періоду - у 18,4%, 26,1%, 15,7% дітей.

Все вище означене має негативний вплив на становлення імунної, нервової та гормональної системи у дітей. Відомо, що гестози супроводжуються порушеннями функцій органів і систем матері. Це призводить до змін нормальних взаємовідношень в біологічній системі "мати-плацента-плід-дитина". Токсикоз, анемія, асфіксія в пологах негативно впливають на ІС дитини, що проявляється, з одного боку, підвищеною імунною реактивністю, а з другого - зниженням бактеріцидності сироватки крові [158]. Згідно даних [12;158] обтяжена за мультифакторіальними захворюваннями спадковість, хронічна екстрагенітальна патологія матері призводять до змін в імунитеті та порушення адаптаційних можливостей дитини.

В грудному віці виявлено рахіт-у 19,8%, 20,8%, 21,3% обстежених, анемію-у 15,3%, 16,7%, 18,0%, ранній перехід на штучне і змішане вигодовування-у 27,0%, 20,8% і 9,0%. Останнє є ФР інфікування дітей, та подальшого розвитку різноманітних захворювань [158]. Доведено, що при вигодовуванні материнським молоком з високим титром анти-Н.р.-IgА-антитіл, інфікування дитини відбувається значно пізніше, ніж у дітей на штучному вигодовуванні [12].

До часто хворіючих віднесені 12,6%, 26,0% і 2,2% дітей відповідно. Відомо, що саме вірусні інфекції найбільш несприятливо впливають на імунну систему дитини, знижуючи імунобіологічну реактивність та сприяючи розвитку хронічних розладів різних систем [109-111].

Алергія виявлена у 52,2%, 46,9%, 12,8% дітей. Серед них алергічний дерматит (АД) - у 35,1%, 31,7% та 10,1%. Відомо, що АД супроводжується

недостатністю секреторного IgA, зниженням функціональної активності лімфоїдної тканини тонких кишок (GALT), схильністю до імунопатологічних реакцій I (миттєвого) типу [225].

Так званий, лімфатизм виявлений достовірно частіше у дітей з ПСП та ППФР - 10,8% проти 3,1% і 2,2% у дітей II і III груп ($p < 0,05$). Лімфатизм - це синдром вродженої імунно-ендокринної недостатності [41], яка є однією з причин розвитку та хронізації соматичної патології, в тому числі, і ВХ ДПК.

Синдром циклічного блювання (СЦБ) також достовірно частіше виявлений в I і II групах – 6,3%, 13,1% а в III- 2,2% відповідно ($p < 0,05$). СЦБ розглядається як індикатор гормонально-метаболічних зрушень атеродіабетичного напрямку і у дітей з ВХ ДПК сприяє їх частим загостренням і підтримці алергізації [41;71].

Факторами, які сприяють розвитку ПСП є інфекції, тропні до органів травлення (дизентерія, сальмонельоз, вірусний гепатит) [69; 84; 85; 356]. Серед обстежених дітей гострі кишкові захворювання мали місце найбільш часто у хворих I та II груп - 17,1% та 18,8% відповідно. Вірусний гепатит перенесли 15,3%, 17,7%, 2,2% дітей відповідно групового розподілу. Наші дані відповідають літературним [109-111].

Аліментарні фактори - порушення режиму харчування, сухоїдіння, однобоке вигодовування, недостатня кількість овочів та фруктів у раціоні, вживання маринованих та консервованих продуктів - мають велике значення у формуванні хронічної соматичної патології. Серед хворих I-II груп аліментарні ФР виявлені у 64,99% та 53,1% на відміну від здорових - 43,8%.

Одним з найважливіших факторів, які сприяють виникненню ПСП поряд зі спадковою схильністю, є стрес в сім'ї та школі [187; 303], виявлений в усіх групах, однак, найбільш часто-у дітей з ПСП та ППФР-63,1% та дітей з ПСП без ППФР – 51,0% що достовірно вище ніж у здорових дітей – 30,3%.

Конфлікти між батьками мали місце в сім'ях 46,2% та часті непорозуміння із батьками виникали у 42,1% дітей з психосоматичною

патологією з ППФР та без них , причому батьки застосовували фізичну силу стосовно до дітей у 6,8% випадків.

Атмосферу в класному колективі як доброзичливу охарактеризували 43,8% обстежених, дружні відносини з однолітками в класі мали відповідно 46,2% осіб ($p < 0,001$). 43,8% дітей та підлітків зауважили, що відчували зневагу з боку однолітків, краще почувають себе на самоті, відчують страх бути незрозумілими з боку однолітків.

Значні проблеми у представників даної групи виникали і в стосунках з однолітками (конфліктність відносин відмітили 26,2%). Беручи до уваги той факт, що за даними переважної більшості літературних джерел, величезне значення для дітей та підлітків має спілкування з ровесниками, виникнення додаткових ускладнень у взаєминах з однокласниками, товаришами, призводило до посилення відчуття безпорадності та самотності.

Отримані нами дані співпадають з багаточисельними літературними даними [165; 168; 187] стосовно того, що особам дитячого віку властиві певні особливості їх особистості. А саме, в цьому віці є характерною емоційна нестійкість, нетерпимість, холоднокривність, підвищена самооцінка. Спілкуючись, в першу чергу, із своїми ровесниками, дитина отримує необхідні йому знання про життя. Дуже важливою для нього є думка групи, до якої він належить. Сам факт належності до певної групи надає йому впевненості в собі. Вони проявляють соціальну сміливість, активність, незалежність та впертість, що особливо помітно у хлопців. Дівчата більш здатні до співчуття та переживання.

Емоційна нестійкість може проявлятися, як замкненість, відчуженість, мовчазність, що значно ускладнювало їх взаємовідносини з ровесниками. Враховуючи потребу підлітків у соціальній компетентності, здатності до соціальної взаємодії, самостійності, активному спілкуванню та дружній прихильності оточуючих, перш за все, однокласників, стає зрозумілим і наявність певних особливостей в емоційній сфері школярів, а саме

підвищеного рівня тривожності, невпевненості у собі, роздратованості, емоційної нестійкості, тощо [36; 37; 39].

Переважну більшість 46,4% дітей вчителі характеризували як “надмірно сором’язливих” і вказували на їх пасивність при залученні до шкільного життя. У відповідності із власними оцінками обстежуваних 91,2% вказали на те, що не приймають участь в різноманітних секціях та гуртках, а захоплюються переважно комп’ютерними іграми, колекціонуванням та іншими видами, які не потребують активних стосунків з іншими.

Тривожні побоювання у таких школярів концентрувались навколо надуманої власної соціальної неповноцінності, неспроможності бути цікавим оточуючим, проявляти активність при спілкуванні. Вони найбільш комфортно почували себе в звичних для них умовах (удома, в колі добрих знайомих), в той час коли будь-яка обставина, яка виходила за ці межі, викликала у них появу тривоги.

Основним був страх невиконання звичних дій на людях, побоювання стати об’єктом підвищеної уваги з боку оточуючих, тим самим створивши негативне враження про себе, осоромитись.

При аналізі соціально-гігієнічних факторів (проживання в гуртожитку та комунальній квартирі, скупченість членів родини, відсутність окремого ліжка, рушника, індивідуального посуду, незадовільний матеріальний достаток) виявлено, що ці фактори мали найбільшу частоту саме у дітей ПСП та ППФР, у яких провідною патологією була ВХДПК.

Отже, особливостями анамнезу у дітей з ПСП та ППФР була патологія інтранатального періоду (стрімкі пологи, асфіксія новонароджених, перинатальні ураження ЦНС), вроджені вади розвитку, алергія, лімфатизм та синдром циклічного блювання, порушення режиму та якості харчування, стрес в сім’ї та школі, перенесений вірусний гепатит та прийом антибактеріальних препаратів.

У дітей з ПСП без ППФР - мали місце ранні та пізні гестози у матері, патологія інтранатального періоду (хірургічні втручання, асфіксія новонароджених та перинатальні ураження ЦНС), часті ГРВІ та пневмонії у неонатальному та грудному періодах, алергія та синдром циклічного блювання, скупченість в сім'ях на тлі спадкової схильності до розвитку ПСП та стрес в сім'ї і школі.

Аналіз факторів ризику формування психосоматичної патології, враховуючи їх різнонаправленість і мультифакторіальність, обґрунтовує необхідність виявлення їх статистично значимих комбінацій. Це дозволить прогнозувати як вірогідність виникнення захворювання, так і на ранніх етапах його розвитку визначити його подальший перебіг.

При проведенні когортно-епідеміологічного дослідження були цифровані дані щодо наявності/відсутності патологічних симптомів для проведення порівняльного аналізу з оцінкою частот ознак й розрахунком величин діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності. Числове вираження симптомів здійснювали через розрахунки інтегрального показника інтенсивності симптоматики в залежності від ступеня виразності і частоти виникнення симптому. На кожну дитину заповнювалась анкета з переліком різних факторів ризику. Дані анкет сумувались у протокол.

Проведене комплексне дослідження дозволило створити прогностичну таблицю (Таб.3.5) для оцінки ризику формування психосоматичної патології у дітей. В цю таблицю були зведені всі статистично значущі фактори і розташовані в ній у порядку зменшення модулів їх діагностичних коефіцієнтів (тобто, в порядку зменшення їх «прогностичної сили»). Оцінка ризику за допомогою згаданих таблиць здійснюється шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978) [86].

Суть процедури полягає у тому, що діагностичний коефіцієнт (ДК) притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності прогнозу.

Таблиця 3.5

Прогностична таблиця оцінки ризику формування психосоматичної патології у дітей з психофізичними вадами

Фактори ризику та антиризиків	ДК	Ј
Фактори ризику		
Конфлікти у родині (між батьками)	<i>10,48</i>	<i>2,45</i>
Погана чи відсутня пошукова активність	<i>9,48</i>	<i>2,45</i>
Незадовільне харчування	<i>8,34</i>	<i>1,42</i>
Конфлікти у родині (діти – батьки)	<i>8,23</i>	<i>1,33</i>
Алекситимія	<i>7,24</i>	<i>1,12</i>
Незадовільний соціальний статус батьків	<i>3,77</i>	<i>0,68</i>
Травми голови та хребта у анамнезі	<i>3,67</i>	<i>0,57</i>
Метеочутливість	<i>3,46</i>	<i>0,51</i>
Смерть батьків	<i>2,28</i>	<i>0,41</i>
Неповна родина	<i>2,25</i>	<i>0,39</i>
Патологія у пологах	<i>2,24</i>	<i>1,23</i>
Не бере участь у творчих гуртках	<i>2,23</i>	<i>0,36</i>
Не займається спортом	<i>2,03</i>	<i>0,34</i>
Наявність в родині хронічних соматичних захворювань	<i>1,86</i>	<i>0,32</i>
Наявність в родині вроджених вад	<i>1,82</i>	<i>0,31</i>
Захворювання у матері під час вагітності	<i>1,76</i>	<i>0,28</i>
Погана успішність у школі	<i>1,66</i>	<i>0,28</i>
Конфлікти у школі	<i>1,56</i>	<i>0,22</i>
Перинатальне ураження ЦНС	<i>1,54</i>	<i>0,17</i>
Часті ГРВІ в анамнезі	<i>1,12</i>	<i>0,02</i>

Продовження таблиці 3.5

Фактори ризику	ДК	J
Аварії та катастрофи у анамнезі	<i>1,12</i>	<i>0,02</i>
Один у родині	<i>1,11</i>	<i>0,01</i>
Фактори антиризик		
Гармонійні відносини у родині	<i>-5,95</i>	<i>0,95</i>
Пошукова активність (креативність)	<i>-4,68</i>	<i>0,64</i>
Раціональне харчування	<i>-3,66</i>	<i>0,54</i>
Повна родина	<i>-3,54</i>	<i>0,45</i>
Задовільний соціальний статус батьків	<i>-1,08</i>	<i>0,24</i>
Заняття у творчих гуртках	<i>-0,98</i>	<i>0,19</i>
Необтяжена спадковість	<i>-0,89</i>	<i>0,18</i>

Так, наприклад, достовірності прогнозу на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $\Sigma_{\text{ДК}} > 13$, на рівні $p < 0,01$ – $\Sigma_{\text{ДК}} > 20$, а на рівні $p < 0,001$ – $\Sigma_{\text{ДК}} > 30$. В світлі цього стає зрозумілим, що жоден з встановлених факторів ризику не є самодостатнім для вірогідного прогнозу (зі всіх факторів поданих у таблиці ДК < 13), і тому вірогідний прогноз можливий лише при їх сукупному використанні.

В процесі дослідження встановлено також сім факторів антиризик формування психосоматичної патології. Їхня потужність коливається від малої (Необтяжена спадковість – ДК=-0,89 при J=0,18) до помірної (Гармонійні відносини у родині – ДК=-5,95 при J=0,92). Тим не менше, наявність перелічених в табл. 3.5 факторів антиризик, разом забезпечить достовірність прогнозування резистентності на рівні $p < 0,01$, оскільки у такого поєднання факторів модуль $\Sigma_{\text{ДК}} = -20,77$ більше 20 - граничного значення для цього рівня достовірності.

Важливим в дитячій практиці є пошук причинно-наслідкових зв'язків виникнення захворювання. У цьому плані оцінка частоти та інформаційної цінності, направленості і ступеню впливу окремих факторів та їх комплексів на формування ПСП може бути основою для виділення груп ризику серед дитячого населення, оскільки саме в групах підвищеного ризику проведення профілактичних заходів є найбільш доцільним.

РОЗДІЛ 4

КЛІНІКО - ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

4.1. Клінічний перебіг психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Клінічна картина ПСП (ВХ ДПК) (таб.4.1.1) у дітей з ППФР та без них характеризувалась поліморфізмом скарг і клінічних синдромів. Основними синдромами у обстежених дітей були больовий (69,1% і 51,4%), диспептичний (71,2% і 60,3%), синдром хронічної інтоксикації (45,7% і 36,6%) відповідно, які достовірно не відрізнялись в обох групах ($p>0,05$). Больовий синдром характеризувався болем різним за якістю, силою та розташуванням. Він був гострим (12,8%, 11,9%), тупим (13,8%, 12,8%), ниючим (14,9%, 13,9%), переймоподібним (14,9%, 13,9%), до їжі (13,8%, 12,8%), після їжі (18,0%, 16,7%), в умбілікальній зоні (9,6%, 11,8%), у правому підребер'ї (12,8%, 24,7%), у лівому підребер'ї (12,8%, 11,8%) та без чіткої локалізації (6,4%, 15,9%).

Для диспепсичного синдрому було характерно зниження апетиту (53,1%, 47,5%), гіркота в роті (23,4%, 16,8%), нудота (57,4%, 48,9%), відригування повітрям (50,0%, 40,6%), печія (22,3%, 13,9%), блювання (10,6%, 21,8%), метеоризм (16,9%, 13,9%) та закреп (21,4%, 15,4%).

Синдром хронічної інтоксикації характеризувався зниженням працездатності (22,3%, 16,8%), підвищенням втомлюваності і млявістю (28,7%, 29,7%), блідністю (30,9%, 15,8%), тривалим субфебрилітетом (4,3%, 2,9%), наявністю "темного кола" під очима (45,7%, 36,7%), іноді похуданням (1,1%, 0,9%) та тіками (7,4%, 5,9%).

Таблиця 4.1.1

**Клінічні синдроми та симптоми у дітей з ВХ ДПК і ППФР та без ППФР
(n=194)**

Синдроми і симптоми	I група (n= 93)	II група (n=101)
	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
1. Болізовий абдомінальний синдром:	65 (69,1)	52 (51,4)
-гострий біль	12 (12,8)	12 (11,9)
-тупий	13 (13,7)	13 (12,8)
-ниючий	14 (14,9)	14 (13,9)
-переймоподібний	14 (14,9)	14 (13,9)
-до їжі	13 (12,8)	13 (12,9)
-після їжі	17 (18,0)	17 (16,8)
-не залежить від прийому їжі	11 (11,7)	13 (12,9)
-епігастральна зона	50 (53,1)	17 (16,8)
-умбілікальна зона	9 (9,6)	12 (11,9)
-праве підребер'я	12 (12,8)	16 (15,9)
-ліве підребер'я	12 (12,8)	13 (12,8)
-без чіткої локалізації	6 (6,4)	16 (15,9)
2. Диспептичний синдром:	67 (71,2)	61 (60,3)
-зниження апетиту	50 (53,1)	48 (47,5)
-гіркота в роті	22 (23,4)	17 (16,8)
-нудота	54 (57,4)	49 (48,5)
-відригування повітрям	47 (50,0)	41 (40,6)
-печія	16 (22,4)	14 (13,9)
-блювання	10 (10,6)	22 (21,8)

Продовження таблиці 4.1.1

Синдроми і симптоми	I група (n= 93)	II група (n=101)
	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
-метеоризм	16 (16,9)	14 (13,9)
-закреп	20 (21,4)	16 (15,9)
3.Астено – вегетативний синдром:	92 (97,8) *	58 (57,4)
-головний біль	50 (53,1)	49 (48,5)
-запаморочення	33 (35,1) *	15 (14,9)
-метеочутливість	38 (40,4) *	10 (9,9)
-порушення сну	42 (44,7) *	12 (11,9)
-дражливість	35 (37,2) *	12 (11,9)
-емоційна лабільність	54 (57,4) *	19 (18,8)
4.Синдром хронічної інтоксикації:	43 (45,7)	37 (36,6)
-зниження працездатності	21 (22,3)	17 (16,8)
-підвищена втомлюваність	27 (28,7)	30 (29,7)
-млявість	27 (28,7)	30 (29,7)
-блідість	29 (30,9)	16 (15,8)
-тривалий субфебрилітет	4 (4,3)	3 (2,9)
-“кола” під очима	43 (45,7)	37 (36,6)
-похудання	1 (1,1)	1 (0,0)
-тіки	7 (7,4)	6 (5,9)
5.Порушеної вентиляції бронхів:	30(31,9)	84(83,1) **
- важкість у грудях	29(30,9)	66(65,3) **
- кашіль	27(28,7)	58(57,4) **
- розлади дихання (wheezing)	27(28,9)	72(71,2) **

Примітка: різниця достовірна ($p<0,05$) з даними: * - I групи; ** - II групи;

Що стосується астено-невротичного синдрому, то він достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП та ППФР ніж у дітей без ППФР (97,8% і 57,4%) ($p < 0,001$). Найбільше ця різниця відображалась у запамороченні (35,1%, 14,9%), метеочутливості (40,4%, 9,9%), порушенні сну (44,7%, 11,9%), дразливості (37,2%, 11,9%) та емоційній лабільності (57,4%, 18,8%). Що стосується головного болю, то його показники достовірно не відрізнялись у обох групах (53,1%, 48,5%).

Серед всіх обстежених дітей з ПСП (ВХДПК), маніфестація всіх клінічних синдромів мала місце у 68 (85,0%) хворих. У 15% обстежених дітей спостерігалась мало- чи безсимптомна форма ВХДПК. Клінічний симптомокомплекс цих дітей включав періодичні абдомінальні болі та цефалгії, які не мали зв'язку з прийомом їжі чи взагалі скарги були відсутні. Найбільше ця форма ВХДПК була розповсюджена у дітей з ПСП та ППФР – 17,5%, в той час, як у дітей з ПСП без ППФР вона дорівнювала 5,9% ($p < 0,05$).

Таблиця 4.1.2

Клініко-ендоскопічні паралелі дітей з ПСП (n=80)

Форма	ПСП з ППФР (n=63)		ПСП без ППФР (n=17)		Всього	
	абс. чис.	%	Абс. Чис.	%	абс. чис	%
Симптомна	52	82,5	16	94,1	68	85,0
Безсимптомна	11	17,5*	1	5,9	12	15,0

Примітка: *-різниця достовірна ($p < 0,05$)

Однак, при співставленні даних клінічного обстеження з результатами ФЕГДС виявлений парадоксальний факт. Чим менше був виражений

клінічний симптомокомплекс, тим більш значні деструктивні ураження відмічались на ФЕГДС (табл.4.1.2).

При опитуванні дітей, з'ясувалось, що 9 з 12 хворих звертались до лікаря з приводу цефалгій, інші-абдомінальних болів. Всі були в підлітковому віці. Троє з них проходили обстеження у зв'язку з atopічним дерматитом, у 2-одноразово був епізод мелени, а у 1 мала місце короткочасна втрата свідомості в школі.

Наводимо спостереження безсимптомного перебігу ВХ ДПК.

Саша К., 14 років, надійшов під спостереження Київського консультативного гастроентерологічного центру (ККГЕЦ) 11.03.98 року. З анамнезу захворювання відомо, що 15.12.97р. в 11⁰⁰ в школі-інтернаті для дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку хлопець раптово знепритомнів, а через годину з'явилося блювання "кавовою гущею". Каретою швидкої допомоги хворий доставлений в стаціонар. З'ясовано, що подібний стан виник уперше. Раніше хлопець не обстежувався і не лікувався. З анамнезу життя: народився від першої вагітності, нормальних пологів з масою 3500г, довжиною тіла 51см. Знаходився на змішаному вигодовуванні до 4 місяців. Хворів на краснуху, вітряну віспу, афтозний стоматит, гострий бронхіт. Травм і оперативних втручань не було. У дідуся по материнській лінії ВХ ДПК.

На прийомному покої стан хворого середньотяжкий. В свідомості. Скарг не пред'являв. Блідий, шкіра і видимі СО чисті. Язик вологий, без нашарувань. Живіт м'який, безболісний. Менінгеальних знаків нема. Випорожнень не було. Сечовиділення не затруднене. Діагноз: шлунково-кишкова кровотеча. На ФЕГДС: дифузна гіперемія СОШ, множинні ерозії з нашаруванням фібрину, діаметром до 0,3см. Цибулина ДПК деформована, гіперемія СО, ерозії, на передній і задній її стінці по дві виразки (три-діаметром 0,5-0,6см, дно з нашаруванням фібрину, одна-до 0,8см, прикрита тромбом). В сироватці крові виявлено IgG проти Н.р. (74,4Ем/мл). Діагноз: виразкова хвороба ДПК, ерозивний хелікобактерний гастродуоденіт.

З нашої точки зору випадок становить інтерес атиповістю, “німотою” перебігу. Його особливістю була відсутність типової клінічної картини, властивої ураженню шлунка і ДПК. Вперше захворювання проявилось ускладненням у вигляді шлунково-кишкової кровотечі. Обтяжливою обставиною, що сприяла розвитку захворювання в хлопчика була наявність в родині ВХ ДПК. Таким чином, можливість перебігу гастродуоденальної патології у дітей не лише в маніфестній, але й у мало-та безсимптомній формах, призводить до її пізньої діагностики та розвитку деструктивних змін СОШ і ДПК і тяжких ускладнень. Вищезазначене потребує активного виявлення ПСП у дітей, особливо, в сім'ях з обтяженою по цій патології спадковістю.

Синдром порушеної вентиляції бронхів достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП без ППФР ніж у дітей з ППФР (83,1% і 31,9%). Це можна пояснити даними нашого дослідження про розповсюдженість ПСП серед різних нозологій. Як видно, з попередніх досліджень для дітей з ПСП і ППФР характерно превалюванням виразкової хвороби, а для дітей з ПСП без ППФР бронхіальної астми. Тому синдром порушення вентиляції бронхів, в основному, був характерним для дітей без ППФР. Вір характеризувався важкістю у грудях (65,3%, 30,9%), кашлем (71,2%, 28,7%) та розладами дихання (57,4%, 28,7%) (експіраторна задишка та wheezing).

Важливі особливості перебігу захворювання виявлені у пацієнтів з ПСП та з порушеннями психо-фізичного розвитку.

Так, виявлено, що у дітей без ППФР (II група) незначна тривалість захворювання (1-2 роки) мала місце більш як у половини хворих (53,4%), до 5 років - у 29,9%, більше 5 років - у 16,7%. Що стосується пацієнтів з ППФР (I група), то у них відмічено достовірне збільшення тривалості захворювання. Перебіг хвороби 1-2 роки відмічено лише у 26,9% хворих, в той час як до 5 років – у 41,9% та більше 5 років у 31,1% дітей ($p < 0,05$). Дані, що стосуються розподілу хворих по тривалості психосоматичної патології наведені в табл.4.1.3.

Таблиця 4.1.3

Розподіл хворих по тривалості ПСП (n=194)

Група Дітей	Нозологічна Форма	Тривалість захворювання, роки			Всього
		1-2 роки	До 5 років	Більше 5 Років	
		Аб. Ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	
І група (n=93)	Бронхіальна астма	4 (4,3)	16 (17,2)	10 (10,7)	30 (32,5)
	Виразкова хвороба	21 (22,6)	23 (24,7)	19 (20,4)	63 (67,5)*
Всього		25(26,9)	39(41,9) ^	29(31,1) +	93(100)
ІІ група (n=101)	Бронхіальна астма	45 (44,6)	23 (22,8)	16 (15,8)*	84 (83,2) *
	Виразкова хвороба	9 (8,8)	7 (7,1)	1 (0,9)	17 (16,8)
Всього		54(53,4) #	30(29,9)	17(16,7)	101(100)

Примітка: *-різниця достовірна ($p < 0,05$) між пацієнтами з БА та ВХ ДПК; #-між тривалістю ПСП 1-2 роки; ^ - до 5 років; + - більше 5 років

У віковій структурі психосоматичної патології у дітей з ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без ППФР ($10,5 \pm 0,7$ та $14,2 \pm 0,5$ років відповідно ($p < 0,05$). Це, скоріш за все, пов'язано з переважним знаходженням дітей з ППФР в школах-інтернатах. Також визначено більш тяжкий (з формуванням ускладнень) та затяжний перебіг психосоматичної патології у переважної більшості (53,8%) дітей з ППФР проти 16,7% у дітей без ППФР ($p < 0,001$), що можна пояснити особливостями перебігу цих захворювань саме в підлітковому віці. Дані щодо розподілу хворих по

тяжкості перебігу психосоматичної патології наведені в табл.4.1.4.

Таблиця 4.1.4
Розподіл хворих по тяжкості ПСП (n=194)

Група Дітей	Нозологічна Форма	Тяжкість захворювання			Всього аб. Ч., %
		Легка	Середня	Тяжка	
		аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	
І група (n=93)	Бронхіальна астма	2 (6,7)*	10 (33,3)*	18 (60,0)*	30 (100,0)
	Виразкова хвороба	8 (12,7)*	23 (36,5)*	32 (50,8)*	63 (100,0)
Всього		10 (10,8)*	33 (35,4)	50 (53,8) *	93 (100)
ІІ група (n=101)	Бронхіальна астма	45 (44,6)	23 (22,8)	16 (15,8)	84 (100,0)
	Виразкова хвороба	9 (8,8)	7 (7,1)	1 (0,9)	17 (16,8)
Всього		54 (53,4)	30 (29,9)	17(16,7)	101(100)

Примітка: *-різниця достовірна ($p < 0,05$) між I та II групами

Розподіл хворих за наявністю супутньої патології при ПСП з ППФР та без ППФР наведений в табл. 4.1.5.

Серед обстежених хворих патологія порожнини рота в I групі склала більше половини всіх дітей (52,9%), а в II групі виявлена майже у третини хворих (29,3%). Це, в основному, був множинний карієс зубів, хейліти, хронічний афтозний, кандидозний та герпетичний стоматити. Множинний карієс зубів достовірно частіше діагностований у дітей з ППФР ($p < 0,05$). Наші дані узгоджуються з літературними, згідно яких при кандидозному інфікуванні має місце значна частота множинного карієсу зубів [41; 81]. Це пов'язують з карієсогенною дією кандид. В I групі спостережені у всіх

обстежених ураження слизової оболонки ротової порожнини зокрема, у вигляді хронічних рецидивуючих кандидозних, герпетичних та кандидо-герпетичних стоматитів на тлі інфікування Н.р. Відомо, що існує тісний патогенетичний взаємозв'язок між змінами в ротовій порожнині і гастродуоденальній зоні. Для виразкової хвороби характерні особливості слизової оболонки ротової порожнини, які корелюють зі станом секреторної функції шлунку, печінки, підшлункової залози та їх морфологічними змінами, особливо при асоційованому інфікуванні дитини.

Таблиця 4.1.5

**Структура супутньої патології у дітей з ПСП і ППФР та без ППФР
(n=194)**

Назва нозології	I група (n=93)	II група (n=101)
	абсолютне число (%)	абсолютне число (%)
ЛОР-захворювання		
Всього:	9 (9,6)	19 (18,8) *
хронічні синусити	4 (4,3)	12 (11,8) *
хронічний тонзиліт	7 (7,4)	12 (11,8) *
аденоїдні вегетації	4 (4,3)	17 (16,8)*
Захворювання серцево-судинної системи		
Міокардіодистрофія	9 (9,6)	10 (9,9)
СВД по ваготонічному	27 (28,7) **	6 (5,9)
По симпатотонічному	14 (14,8)	30 (29,7) *
По змішаному типу	14 (14,8)	17 (16,8)
Анемія I-II ступеню	4 (4,3)	6 (5,9)
Захворювання сечової системи		
дисметаболічна нефропатія:	9 (9,6)	12 (11,8)

Продовження таблиці 4.1.5

Назва нозології	I група (n=93)	II група (n=101)
	абсолютне число (%)	абсолютне число (%)
Оксалатна	4 (4,3)	6 (5,9)
Уратна	4 (4,3)	6 (5,9)
Фосфатна	1 (1,1)	-
Порушення опорно-рухової системи		
Плоскостопість	14 (14,9)	12 (11,8)
сколіоз I-II ступеню	21 (22,3)	22 (21,8)
Алергічні хвороби		
Стенозуючий ларінготрахеїт, поліноз	4 (4,3)	37 (36,6) *
атопічний дерматит	14 (14,9)	25 (24,7) *
Алергія харчова і медикаментозна	12 (12,8)	14 (13,9)
Ендокринні порушення		
Автоімунний тиреоїдит	-	1 (0,9)
Гіпер- і гіпоплазія ЩЗ	4 (4,3)*	3 (2,9)
ожиріння I-II ступеню	1 (1,1)*	-
Зміни толерантності до глюкози	1 (1,1)*	-
Глистяна та паразитарна інвазія		
Всього:	13 (13,8)	16 (15,9)
Аскаридоз	6 (6,4)	6 (5,9)
Ентеробіоз	7 (7,4)	10 (9,9)
Лямбліоз	7 (7,4)	6 (5,9)
Амебіаз	1 (1,1)	-

Продовження таблиці 4.1.5

Назва нозології	I група (n=93)	II група (n=101)
	абсолютне число (%)	абсолютне число (%)
<i>Захворювання органів травлення</i>		
тріщина губи	12 (12,8)*	1 (0,9)
Хейліти	11 (11,7)*	6 (5,9)
множинний карієс зубів	43 (45,7)*	20 (19,8)
афтозний стоматит	7 (7,4)*	1 (2,7)
Кандидозний стоматит	3 (3,3)	-
кандидо-герпетичний стоматит	4 (4,3)	-
Мікотичні заїди	7 (7,4)	-
Поверхневий езофагіт	17 (18,0)*	11 (10,9)
ерозивний езофагіт	1 (1,1)	-
дуодено-гастральний рефлюкс	16 (16,7)*	6 (5,9)
Гастроезофагеальний рефлюкс	21 (22,3)*	1 (0,9)
Недостатність кардії	1 (0,9)	-
Недостатність пілоруса	4 (4,3)	3 (2,9)
Поєднані порушення	1 (0,9)	1 (1,1)
Гастроудоденіт поверхневий	22 (23,4)*	12 (11,8)

Продовження таблиці 4.1.5

Назва нозології	I група (n=93)	II група (n=101)
	абсолютне число (%)	абсолютне число (%)
гастродуоденіт ерозивний	11 (11,7)*	1 (1,1)
Гіпертонічно- гіперкінетичні ДЖМ	4 (4,3)	13 (12,9) **
Гіпотонічно- гіпокінетичні ДЖМ	17 (18,0)*	3 (2,9)
змішані ДЖМ	13 (13,8)	11 (10,9)
Хронічний холецистит	7 (7,4)	6 (5,9)
Хронічний панкреатит з екзокринною недостатністю	10 (10,6)*	1 (1,1)
З ендокринною недостатністю	1 (0,9)	5 (5,5)**
Диспанкреатизм	21 (22,3)	25 (24,7)
Хронічний коліт	7 (7,4)*	1 (2,7)

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) ** - з показниками I групи; * - з показниками II групи.

Ураження стравоходу спостерігалось в 43,5% та 19,8% хворих відповідно. Тобто, в основній групі дітей частота виникнення езофагіту I ступеню була більш значною, як в контролі.

При цьому, виявлена значна питома вага розладів діяльності сфінктерів гастродуоденальної зони (16,7%, 22,3% та 5,8%, 0,9% відповідно групового розподілу). Частота їх поєднаних порушень була достовірно більша в I групі,

тобто у дітей з ПСП і ППФР ($p < 0,05$). Однією з можливих причин розладів діяльності сфінктерного апарату є нейтропність вірусу герпеса і його негативний вплив на стан ВНС [71;81], а також більш значні психологічні порушення у пацієнтів цієї групи. Концепція про травний шлях, як єдину морфофункціональну систему в повній мірі стосується і його сфінктерних апаратів. Порушення діяльності останніх є одним з факторів хронізації захворювань травного шляху [41; 112].

Відзначено також і високий рівень моторно-евакуаторних змін жовчного міхура (МЕЗ ЖМ) у хворих обох груп: 35,1% та 26,7%, однак їх гіпотонічно-гіпокінетичні форми були достовірно частіше виявлені у пацієнтів з ППФР (18,0%, 2,9%). Це, може бути наслідком більш тривалого перебігу патології травного шляху у дітей I групи, на фоні більш суттєвого дисбалансу адаптивних можливостей організму дитини, а також достовірно більшої частки аномалій розвитку жовчовивідних шляхів у цих хворих - 5,2% та 0,9% відповідно групового розподілу ($p < 0,05$). Гіпертонічно-гіперкінетичні розлади жовчного міхура, які, як відомо, є початковими формами моторних, а, згодом, і запальних порушень, переважала у дітей без ППФР (4,3%, 12,9%) ($p < 0,05$).

Хронічний холецистит (ХХ) виявлений у 7,4% та 5,9% пацієнтів, а реактивні зміни підшлункової залози в 22,3% та 24,7% пацієнтів обох груп відповідно. Хронічний коліт спостережений у 7,4% та 2,7% дітей обох груп відповідно.

Таким чином, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у дітей супроводжується залученням до патологічного процесу органів травного шляху, які розвиваються з єдиної ембріональної закладки, особливо при асоційованому інфікуванні дітей, що підтверджує наявність, так званого, феномену синтропії, притаманного ВХ ДПК в сучасних умовах [35]. При цьому, звертає на себе увагу факт залучення до процесу всіх відділів травного шляху, починаючи з ротової порожнини і закінчуючи кишечником.

Окрім цього, серед обстежених хворих виявлено значну розповсюдженість уражень інших систем організму (табл. 4.1.5). ЛОР-захворювання достовірно превалювали у дітей II групи - 9,6% і 18,8% відповідно ($p < 0,05$), в основному, за рахунок хронічних тонзилітів (7,4%, 11,8%) ($p < 0,05$), хронічних синуситів (4,3%, 11,8%) ($p < 0,05$) і аденоїдних вегетацій (4,3%, 16,8%) ($p < 0,05$). Отримані результати підтверджують дані нашого епідеміологічного дослідження про розповсюдженість та особливості вікового розподілу ПСП. Відомо, що хронічний тонзиліт, синусити, аденоїдні вегетації, як вогнища хронічної інфекції, є постійним джерелом накопичення токсичних метаболітів в організмі і одним із факторів хронізації розладів з боку дихальної системи [225].

У обстежених дітей виявлені зміни з боку серцево-судинної системи, в першу чергу, за рахунок синдрому вегетативної дисфункції - 58,3%, 55,4%. Однак синдром вегетативної дисфункції по ваготонічному типу зустрічався переважно у дітей I групи (28,7% ($p < 0,05$), в той час як по симпатотонічному типу у обстежених II групи (14,8%;) ($p < 0,05$). Відомо, що ВХ ДПК, як правило, перебігає на тлі парасимпатикотонії, особливо, в підлітковому віці, а бронхіальна астма навпаки-на тлі гіперсимпатикотонії, що узгоджується з літературними даними [59; 61].

Звертає увагу на себе той факт, що у 15,3%, і 15,0% обстежених дітей, відповідно до групового розподілу мали місце травми черепа й хребта, що, також, можливо, є причиною виникнення синдрому вегетативної дисфункції. Міокардіодистрофія I-II ступеню визначена у 9,6% і 9,9% хворих відповідно групового розподілу.

Відомо, що однією з причин хронізації патологічного процесу є порушення алергологічної реактивності організму [225]. У обстежених дітей алергічні хвороби виявлені переважно в II групі обстежених. Атопічний дерматит - у 14,9% першої групи та у 24,7% другої, стенозуючий ларинготрахеїт – у 4,3% та 36,7% хворих відповідно до групового розподілу.

Це, в певній мірі, пояснює більш частий розвиток бронхіальної астми у дітей II групи.

Захворювання сечостатевої системи відмічено у обстежених дітей, переважно, за рахунок дисметаболических нефропатій і не склало достовірної різниці у обох групах - 9,6% та 11,8%, які також вносять свій вклад у формування хронічної психосоматичної патології у обстежених пацієнтів.

Зміни ендокринної системи, зокрема, щитовидної залози виявлені у 4,3% дітей I групи та у 2,9% дітей II групи. Відомо, що стан щитовидної залози впливає на чутливість організму до інфекцій, оскільки тиреоїдні гормони стимулюють К- та НК-клітини і є універсальними імуномодуляторами [116; 225].

Важливе значення у формуванні хронічної патології має глистяна та паразитарна інвазія, яка виявлена в 13,8% та 15,9% хворих. Вона є причиною не лише алергії і джерелом токсичних метаболітів, але й обумовлює порушення моторної активності травного шляху і розвиток запального процесу в СОШ і ДПК та в дихальній системі [41;81].

Отже, у хворих з ПСП виявлено синдром поліморбізму - залучення до патологічного процесу різних органів і систем. Цей феномен є також характерною особливістю перебігу хронічної патології в сучасних умовах.

Дані УЗД органів черевної порожнини, ЩЗ і серця наведені в таблиці 4.1.6.

При ПСП у дітей виявлено ряд УЗ-змін: перегини жовчного міхура-у 23,4%, 16,8%, які є однією з причин розвитку моторно- евакуаторних порушень ЖВШ, і обумовлюють порушення фізіологічного пасажу жовчі та підтвержені даними УЗО з жовчогінним сніданком.

Збільшення розмірів підшлункової залози, наявність додаткових еховключень є орієнтовним критерієм для діагностики порушення стану органу. Вони достовірно превалювали у дітей I групи (23,4% проти 11,8% в II групі) ($p < 0,05$).

Таблиця 4.1.6

Дані УЗД органів черевної порожнини, нирок, щитовидної залози і серця
у обстежених дітей (n=194)

Характер ультразвукових змін	I група (n=93) абс. ч. (%)	II група (n=101) абс. ч. (%)
Ультразвукові зміни печінки і жовчного міхура		
Збільшення розмірів печінки	21(22,3)	20 (19,8)
Збільшення жовчного міхура	17 (18,0)	19 (18,8)*
Ущільнення жовчного міхура	11 (11,7)	12 (11,8)
потовщення жовчного міхура	11 (11,7)	10 (9,9)
Перегини жовчного міхура	22 (23,4)	17 (16,8)
перетяжки жовчного міхура	7 (7,4)	6 (5,9)
пристінковий осад	7 (7,4)	6 (5,9)
Ехосигнали від жовчних ходів	12 (12,8)	10 (9,9)
Ультразвукові зміни підшлункової залози		
Збільшення підшлунк. Залози	6 (6,4) **	3 (2,9)
Ехосигнали від підшл. Залози	22 (23,4) **	12 (11,8)
Ультразвукові зміни нирок		
Ехосигнали від нирок	12 (10,8)	10 (9,9)
Ультразвукові зміни щитовидної залози		
Збільшення розмірів ЩЗ	4 (4,3)	3 (2,9)
гіперехогенність ЩЗ	4 (4,3)	3 (2,9)
гіпоехогенність ЩЗ	1 (0,9)	1 (1,1)
Вузли ЩЗ	-	-
Ультразвукові зміни серця		
ПМК I-II ступеню	4 (4,3)	2 (2,1)

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками I групи; **-II групи

Таблиця 4.1.7

**Ендоскопічні зміни верхніх відділів травного каналу у обстежених дітей
(n=80)**

Ендоскопічні зміни	I група (n=63)	II група (n=17)
	%	%
Поверхневі зміни:		
Стравоходу	11,7	19,8
шлунка і ДПК	1,8	9,4*
антрума та цибулини ДПК	65,8	46,1
Деструктивні (ерозивно-виразкові) зміни		
Ерозії:	42,5	47,9
СОШ (одиночні)	7,1	9,8
СОШ (множинні)	11,5	5,2
ДПК (одиночні)	7,5	6,3
ДПК (множинні)	11,7	11,5
СОШ і ДПК (одиночн)	5,2	2,2
СОШ і ДПК (множин.)	10,4	-
виразка ДПК	67,4	94,4*
множинні виразки ДПК	32,6	15,6*
Деформація ДПК	8,8	-
ΣПЕЗ (бали)	21,8±2,1	50,6±0,9*
ΣПГДЗ (бали)	28,6	4,6
Гіперпластичні зміни		
антрума шлунку	5,2	-
СО ДПК	33,7	-
Поліп шлунку	3,2	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками I групи;
I група- ПСП і ППФР; II група – ПСП без ППФР.

Проведено аналіз ендоскопічних і морфологічних змін СОШ та ДПК, даних кислотоутворюючої й олузнюючої функції шлунку та результатів УЗО-обстеження хворих на ВХДПК обох груп. Дані ендоскопії у дітей з ПСП наведені в табл. 4.1.7.

УЗО ЩЗ дало можливість виявити не тільки зміни розмірів органу, наявність вузлів, але й опосередковано оцінити її функцію. Розподіл змін щитовидної залози достовірно не відрізнявся у обох групах (9,5%; 7,8%).

При аналізі даних ФЕГДС поверхневі зміни СОШ і ДПК виявлено у 79,3% та 75,3% дітей відповідно групового розподілу. При цьому, ознаки локального ураження шлунку і ДПК у спостережені у 67,5% та 86,5% , а дифузні – у 18,5% та 8,5% в I-II групах відповідно. Деструктивні зміни виявлені у обстежених дітей обох груп, при чому у дітей I групи - достовірно частіше виявлені множинні ерозії , особливо, СОШ та ДПК (11,3% і 11,7%). В II групі, це були, в основному, поодинокі поверхневі ерозії шлунку (9,0%), або ДПК (18,0%).

При цьому одиничні виразки діагностовано у 67,4% хворих I групи та у 94,4% дітей II групи. Множинні виразки діагностовані у 32,6% і 15,6% хворих I і II груп, а виразково-рубцева деформація цибулини ДПК виявлена у 8,8% обстежених першої групи. При аналізі ΣПГДЗ виявлено, що глибина деструктивних змін зростала у дітей ПСП та ППФР (28,6% проти 3,3% дітей з ПСП без ППФР; $p < 0,001$).

Лімфофолікулярна гіперплазія (ЛФГ) СОШ і ДПК (з наявністю поліпів СОШ) достовірно частіше мала місце у хворих з ППФР - 33,7% проти 1,8% у дітей без ППФР ($p < 0,001$). ЛФГ антруму по типу “бруківки” діагностована у 5,2% хворих I групи, тобто у дітей з ПСП та ППФР.

Таким чином, у дітей з ВХДПК без ППФР характерні, переважно, ендоскопічні ознаки поверхневого антрального гастриту і бульбіту на тлі виразково-ерозивних ушкоджень гастродуоденальної зони. У дітей з ВХДПК та ППФР ураження СОШ і ДПК мають розповсюджений характер, зі

Таблиця 4.1.8

**Результати морфологічних досліджень шлунка у обстежених хворих
(n=80)**

Показник	I група (n=63)	II група (n=17)
	%	%
Активність патологічного процесу в шлунку		
Мінімальна	13,3	58,5*
Помірна	53,3	21,8*
Максимальна	33,4	19,7*
Поверхневі морфологічні зміни		
поверхневий	26,7	76,9*
поверхневий з ослизненням залоз	-	15,4
Гіперпластичні морфологічні зміни		
гіперпластичний	33,2	7,7*
поверхневий з ослиз- ненням залоз і ЛФГ	-	-
поверхневий з гіперплазією залоз	-	-
Ерозивні морфологічні зміни		
ерозивний	20,1	15,4
Атрофічні морфологічні зміни		
вогнищевий атрофічний зі склерозом строми	13,3	-
атрофічно-гіперпласт. з кишковою метаплазією	6,7	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками I групи

зростанням глибини деструктивних змін. Виявляються поліпи і вогнищева атрофія СОШ і ДПК на тлі гіпертрофії по типу “бруківки”, переважно в ДПК, а також на перше місце виходять ерозивно-гіперпластичні зміни з найбільшою часткою множинних ерозивних і виразкових уражень, формуванням атрофії СОШ і ДПК.

Введення поняття Σ ПЕЗ при ВХДПК за наявності чи відсутності інфікування мікроорганізмами, тропними до травного каналу, дало можливість попереднього прогнозування належності хворого з ХГД до відповідної групи (за наявності чи відсутності інфікування) за кількістю балів, які відповідають ендоскопічним ознакам ураження СОШ і ДПК. Так, у хворих I групи Σ ПЕЗ склав $50,6 \pm 1,2$ бали, а в II групі $-21,8 \pm 2,1$ бали. Отже, підрахунок балів, які відповідають ендоскопічним ознакам (поверхневим, гіперпластичним, ерозивним, атрофічним) дають можливість попередньо прогнозувати належність хворого до тієї чи іншої групи. При аналізі результатів Σ ПЕЗ виявлено зростання їх значень по мірі збільшення кількості інфекційних агентів у хворих. Результати морфологічного дослідження наведені табл. 4.1.8.

В групі дітей без ППФР найчастіше (76,9%) виявлений поверхневий гастрит, з них поверхневий з ослизненням залоз у 15,4%. У решти дітей – гіпертрофічний (7,7%) та ерозивний (15,4%). У 58,5% I групи хворих активність гастриту була мінімальною, у 21,8% - помірною. Максимальна активність процесу виявлена у 19,7% хворих I групи.

В I групі дітей (ПСП і ППФР) морфологічні зміни мали поверхневий характер у 26,7% дітей, гіперпластичний у 33,4% та ерозивний у 20,0%. У пацієнтів цієї групи зростала питома вага вогнищевих атрофічних змін, в основному, зі склерозом строми (13,3%), однак, виявлені і явища кишкової метаплазії в шлунку (6,7%) хворих. В I групі зростає також і активність процесу. Помірна активність виявлена у 53,3%, а максимальна у 33,4% на фоні зменшення частоти запального процесу з мінімальною активністю (13,3%) у порівнянні з II групою дітей.

Отже, для ВХДПК, не пов'язаною з ППФР характерні локальні поверхневі морфологічні зміни СОШ на тлі мінімальної активності процесу.

У дітей з ППФР ВХДПК морфологічно характеризувались розповсюдженими поверхнево-ерозивними ушкодженнями СОШ і вогнищевою атрофією зі склерозом строми. При цьому збільшується активність процесу.

Результати дослідження кислотоутворюючої (КФШ) й олузнюючої функції шлунка (ОФШ) наведені в табл. 4.1.9.

Таблиця 4.1.9

Показники кислотоутворюючої та олузнюючої функції шлунку у обстежених дітей (n=80)

	Групи	ПСП і ППФР	ПСП без ППФР
		I група (n=63)	II група (n=17)
		%	%
КФШ та ОФШ	КФШ	69,8	66,7
	підвищена		
	Збережена	15,1	26,1*
	Понижена	15,1	7,2*
	ОФШ компенсов.	34,5	70,2*
	Субкомпенсована	26,9	8,2*
	Декомпенсована	38,6	21,6*

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) з показниками * - I групи;

Збережена КФШ достовірно частіше була у дітей II групи (26,1%) проти 15,1% у хворих I групи ($p < 0,05$). Підвищена - у 69,8% дітей I групи та 66,7% другої. Знижена кислотність шлунку діагностована у 15,1% та 7,2% дітей відповідно груповому розподілу. Тобто, гіпоацидність була притаманна пацієнтам I групи. Зниження шлункової секреції може бути ознакою хронічної Н.р.-інфекції на фоні прогресування запального процесу в шлунку,

деструкції залоз і розвитку атрофії, що і виявлено при співставленні з тривалістю захворювання і морфологічними змінами. Саме в I групі тривалість ВХДПК, була більше 4 років. У дітей I групи частіше виявлено деструктивно-атрофічні зміни СОШ. Згідно даних [35] ерозії СОШ і ДПК виникають там, де є атрофія СО і вона менш адаптована до дії НСІ.

Компенсована ОФШ переважала лише у дітей II групи (70,2%) проти 34,5% у хворих I групи ($p < 0,05$). Декомпенсована ОФШ навпаки, у хворих I групи -38,6%, а у дітей II групи - 21,6% ($p < 0,05$). Отримані дані при співставленні з частотою виявлення деструктивних форм у обстежених підтверджують точку зору багатьох дослідників, що підвищена кислотність і порушення олужнення є ФР, які сприяють розвитку ерозивних уражень СОШ і ДПК [35; 41; 110].

Таким чином, для хворих всіх груп була характерною гіперацидність шлунку. Однак, в II групі вона поєднувалась, в основному, з компенсованим олужненням. У дітей I групи – достовірно частіше виявлено компенсоване та субкомпенсоване олужнення.

Отримані дані, в певній мірі, пояснюють наявність більш значних деструктивних пошкоджень саме I групі хворих.

Підсумовуючи все вище зазначене можна виділити наступні ендоскопічні, морфологічні ознаки ВХДПК та особливості КФШ і ОФШ у обстежених дітей.

Для ВХДПК, без ППФР характерні локальні поверхневі, як ендоскопічні, так і морфологічні зміни СОШ на тлі мінімальної активності процесу. Перебіг захворювання супроводжується гіперацидністю з компенсованою олужнюючою функцією шлунку.

У дітей з ВХДПК та ППФР на перше місце виходять ерозивно-гіперпластичні ендоскопічні зміни з найбільшою часткою множинних ерозивних і виразкових уражень, формуванням атрофії СОШ і ДПК. Морфологічно-зменшується кількість поверхневих змін, і зростає частота розповсюджених ерозивних та вогнищевих атрофічних ушкоджень СОШ на

фоні підвищення активності патологічного процесу, гіперацидності та декомпенсованого олузнення, мають місце поліпи і вогнищева атрофія СОШ та ДПК на тлі гіпертрофії по типу “бруківки”.

На основі всього викладеного можна дійти висновку, що ПСП – це надзвичайно багатоліка патологія не тільки за своїми особливостями перебігу, а й з огляду на різноманітні причинно-наслідкові і патогенетичні фактори. Саме тому, для її успішного ефективного лікування потрібен диференційований підхід, який базується на всебічному комплексному обстеженні хворого з урахуванням новітніх наукових досягнень. В результаті, в кожному конкретному випадку, лікарю в програмі лікувальних дій необхідно визначитись відносно наявних патофізіологічних зрушень в організмі з боку різних систем і органів, їх взаємодії між собою протягом розвитку і перебігу ПСП.

4.2 Психологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Визначення психологічного стану можна розглядати як інтегральну складову здоров'я дитини, оскільки саме на особистісному рівні сфокусовані ті проблеми, які ми плануємо виявити в процесі діагностики. Окрім об'єктивної ситуації кожної людини (життєвих обставин, реального стану здоров'я), суттєвим є визначення її суб'єктивного ставлення до конкретної ситуації, а також оцінка її власних реакцій на життєві труднощі, індивідуальних ресурсів опору і розвитку. Відомо, що брак механізмів захисту ускладнює процеси розпізнавання та вираження емоцій, зменшує спроможність дитини до психічної переробки стресу, знижує можливість управління інтенсивними негативними переживаннями. Останні можуть слугувати основою для формування в подальшому різноманітних психосоматичних розладів, а згодом і психосоматичної патології, що може бути розглянуто як окремий особистісний спосіб реагування [165].

4.2.1 Аналіз особистісної та реактивної тривожності у дітей з психосоматичною патологією

Тривожність – це переживання емоційного дискомфорту, яке пов'язане з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям загрожуючої небезпеки. Тривожність, як сигнал про небезпеку привертає увагу до можливих труднощів, наявності перешкод для досягнення цілі, дозволяє мобілізувати сили, тим самим досягнути найкращого результату. Тому нормальний (оптимальний) рівень тривожності розглядається як необхідний для ефективного пристосування до реальності (адаптивна тривога). Надмірно високий рівень тривожності розглядається, як дезадаптивна реакція, яка проявляється в загальній дезорганізації поведінки та діяльності. На психологічному рівні тривожність відчувається як напруженість, стурбованість, неспокій, нервозність та переживання у вигляді відчуття невизначеності, безпорадності, безсилля, незахищеності, самотності, загроза невдачі, неможливість прийняти рішення і т. ін. На фізіологічному рівні реакції тривожності проявляються в підсиленні серцебиття, прискоренні дихання, збільшенні хвилинного об'єму циркулюючої крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниженні порогів чутливості, коли раніше нейтральні стимули набувають негативного емоційного забарвлення [3; 5; 14; 31; 91; 136; 214].

Тривожність, пригніченість, страх є суб'єктивним проявом неблагополуччя і тими негативними емоціями, що формують "першу лінію захисту" особистості. У нашому дослідженні був визначений рівень особистісної та реактивної тривожності у групи дітей та підлітків з психофізичними вадами розвитку та без них при психосоматичній патології та окремо з різними її нозологічними проявами. Тобто, у хворих бронхіальною астмою та виразковою хворобою 12-палої кишки.

Для виявлення ризику/антиризик (таб.4.2.1.1) формування психосоматичної патології, проводили порівняльний аналіз частот окремих

ознак в групах хворих/здорових із розрахунком діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (J) для кожної із ознак за Є.В. Гублером (1978).

Таблиця 4.2.1.1

Результати дослідження за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна як маркери ризику - антиризик у пацієнтів з психосоматичною патологією (n= 302)

(Варіант з малими діапазонами параметрів - вихідний варіант)

Параметр	Діапазон (бали)	Пацієнти		P (ТМФ)	Частоти		Відношення частот	ДК	МІ
		Ри-зик	Анти ризик		Ризик	Анти ризик			
Особист. Тривож.	20-30	3	5	0,01	0,1163	0,1183	1,75	1,65	0,07
Особист. Тривож.	31-40	19	45	0,13	0,2791	0,7875	2,00	1,87	0,02
Особист. Тривож.	41-50	92	8	0,27*	0,8326	0,1205	0,81	7,84	0,13
Особист. Тривож.	51-55	21	1	0,01	0,3628	0,0231	0,75	4,53	0,21
Реактивна тривож.	20-30	39	46	0,07	0,4860	0,1250	1,05	3,71	0,47
Реактивна тривож.	31-40	73	12	0,01*	0,6656	0,4375	2,01	7,30	0,21
Реактивна тривож.	41-50	28	6	0,04	0,3860	0,4375	0,35	2,33	0,07

Примітки: *-відмінності поміж групами достовірні (p<0,05)

При цьому оцінка зазначеного ризику за допомогою прогностичних таблиць проводилася шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у

модифікації Є.В. Гублера, 1978). Визначення чутливості, специфічності, безпомилковості застосованих тестових методик проводили за допомогою відповідних формул, що спиралися на розраховані ДК та J.

Помітно, що найбільшу діагностичну силу має маркер «висока особистісна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна» (ДК=7,84). Наявність у особи, що обстежується, цього маркеру у поєднанні з чинниками клініко-епідеміологічного обстеження дає певну насторогу щодо формування психосоматичної патології.

За результатами проведеного дослідження у 100 обстежених (51,6%) із психосоматичними захворюваннями рівень особистісної тривожності був високим, та у 22 (11,3%) – дуже високим. Рівень реактивної тривожності був високим у 85 (43,8%) обстежених, а у 24 (12,4%) дуже високим. В таблиці 4.2.1.2 представлені дані вираженості тривожності у дітей з психосоматичними захворюваннями.

Таблиця 4.2.1.2

**Показники тесту Спілбергера-Ханіна у дослідженого контингенту
(n=302)**

Показник	ПСП та ППФР (n=93)	ПСП без ППФР (n=101)	Здорові (n=108)	Достовірність
	Середнє значення показника « ±m »	Середнє значення показника « ±m »	Середнє значення показника « ±m »	
Реактивна тривожність	34,32±1,52	33,25 ±1,52	26,43±0,75	P<0,05
Особистісна тривожність	50,01±1,24	46,34±1,24	35,47±1,04	P<0,05

При порівнянні рівнів тривожності (таблиця 4.2.1.2) у всіх досліджених дітей, можна відмітити, що для хворих на ПСП та ППФР середній рівень особистісної тривожності знаходиться в межах $50,01 \pm 1,24$ балів, та середній рівень реактивної тривожності – в межах $34,25 \pm 1,52$ балів. У обстежених із ПСП без ППФР, показники особистісної та реактивної тривожності знаходяться практично на такому ж рівні, як у попередньої групи $46,34 \pm 1,24$ бали та $33,32$ бали відповідно ($p > 0,05$). В той час, як у здорових дітей показники особистісної та реактивної тривожності були достовірно нижчими і дорівнювали $35,47 \pm 1,04$ та $26,43 \pm 0,75$ відповідно ($p < 0,05$).

Дані, викладені у таблиці 4.2.1.2, засвідчують високі показники особистісної тривожності та середні показники реактивної тривожності у I та II досліджуваних групах на відміну від групи здорових дітей.

Показники рівня особистісної та реактивної тривожності у обстежених дітей відображені на рисунку 4.2.1.1.

При порівнянні рівней тривожності (таб.4.2.3) у дітей з ПСП та ППФР (I група) та ПСП без ППФР (II група) в залежності від нозологій, можна відмітити, що для 40,0% та 41,0% хворих на бронхіальну астму, згідно груповому розподілу, характерним є високий ступінь особистісної тривожності, а у 50,0% і 42,4% - дуже дуже високий ступінь особистісної тривожності.

У обстежених із виразковою хворобою 12-палої кишки, показники особистісної тривожності знаходяться практично на такому ж рівні, як у попередньої патології 44,9% і 39,6% -високий рівень та у 44,6% і 37,2% дуже високий рівень особистісної тривожності.

Що стосується реактивної тривожності, то взагалі у 86,5% і 85,8% хворих на бронхіальну астму та у 88,6% і 88,4% дітей з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки відмічалось підвищення реактивної тривожності. У більшості хворих (57,7%; 57,2% та 59,1%; 59,0% згідно групового розподілу) відічалась високі показники реактивної тривожності, а у 28,8%; 28,6% і у 29,5%; 29,4% хворих дуже високі показники ($p < 0,01$).

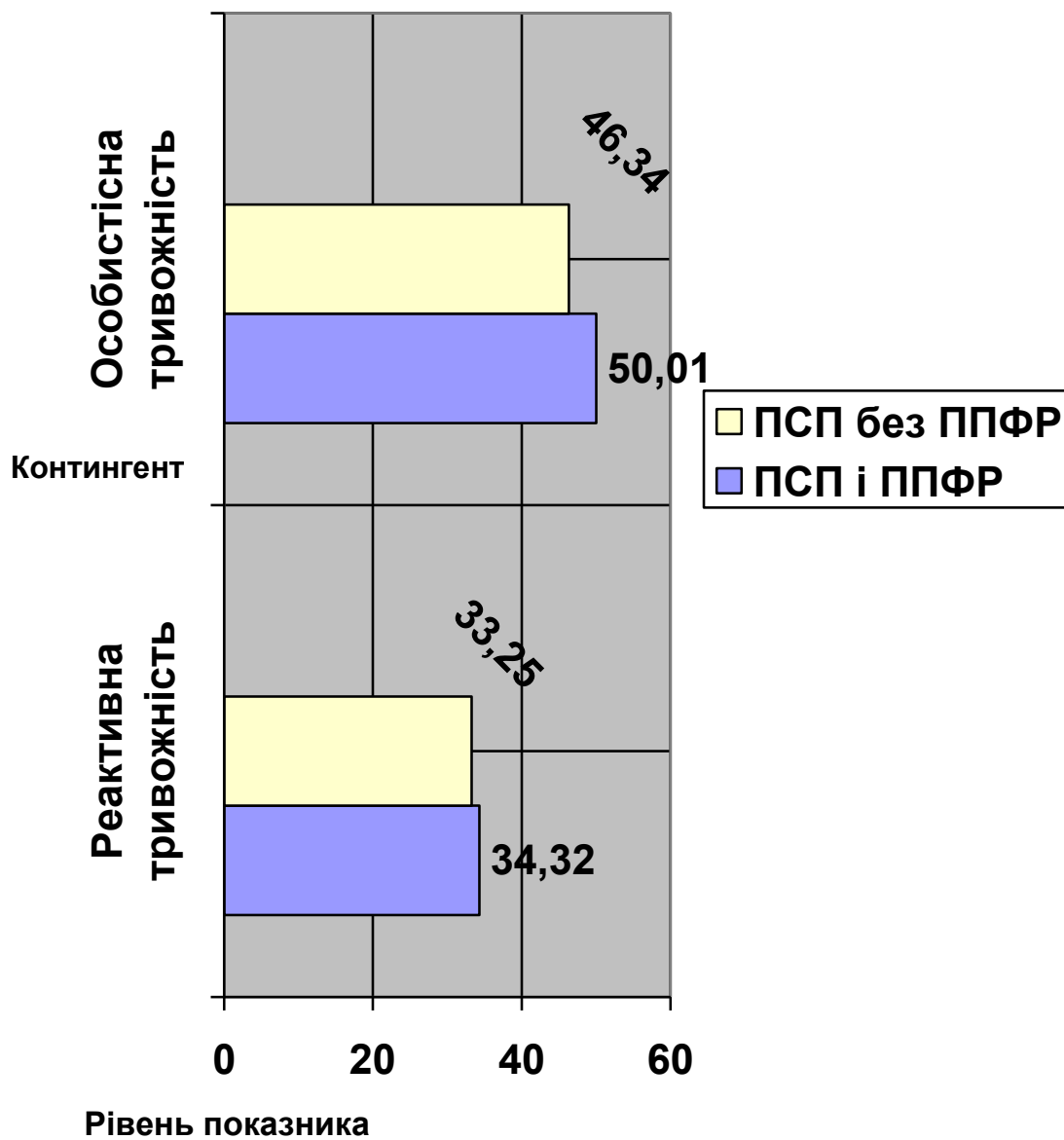


Рисунок 4.2.1.1 Порівняння тесту Спілбергера-Ханіна у хворих на ПСП та ППФР і без них.

Таблиця 4.2.1.3

Показники реактивної та особистої тривожності у дітей взаємності від нозології (M±m)

Групи обстежених	Діти з ПСП та ППФР (n=93)		Діти з ПСП без ППФР (n=101)	
	ВХДПК (n=63)	БА (n=30)	ВХДПК (n=17)	БА (n=84)
Особистісна тривожність				
20-30	11,2%	10,0%	23,2%	16,6%
31-40	44,9%	40,0%	39,6%	41,0%
41-50	44,6%	50,0%	37,2%	42,4%
Реактивна тривожність				
20-30	11,4%	13,5%	11,6%	14,2%
31-40	59,1%	57,7%	59,0%	57,2%
41-50	29,5%	28,8%	29,4%	28,6%

Примітка: *- різниця достовірна ($p < 0,01$) порівняно з даними I групи

ВХДПК-виразкова хвороба дванадцятипалої кишки; БА- бронхіальна астма.

Саме переважання рівня особистісної тривожності над реактивною, за середніх показників останньої, може свідчити у віддалені строки про дефекти емоційно-вольової сфери та переважаюче формування тривожно-депресивних станів.

Це так звана група «викривлених реакцій» за Е.Ліндеманом (distorted reactions у осіб, що перенесли психічну травму) [214; 222].

4.2.2 Індивідуально - психологічні особливості дітей та підлітків із психосоматичною патологією

Індивідуально-психологічні особливості обстежених нами дітей та підлітків проводилось за допомогою багатфакторного дослідження особистості Р.Кеттела.

Для інтерпретації результатів виділяються наступні фактори: Фактор А - "замкненість -товариськість"; фактор В - "інтелект"; фактор С - "емоційна нестійкість - емоційна стійкість"; фактор Е - "підлеглість - домінантність"; фактор F - "стриманість - експресивність"; фактор G - "підлеглість почуттям - висока нормативність поведінки"; фактор Н - "нерішучість - сміливість"; фактор І - "жорсткість - чутливість"; фактор L - "довірливість - підозрлість"; фактор М - "практичність - розвинута уява"; фактор N - "прямолінійність - дипломатичність"; фактор О - "впевненість у собі - тривожність"; фактор Q1 - "консерватизм - радикалізм"; фактор Q2 - "конформізм - нонконформізм"; фактор Q3 - "низький самоконтроль - високий самоконтроль"; фактор Q4 - "розслабленість - напруженість"; фактор MD - "адекватність самооцінки".

Всі фактори методики були ранжовані на три блоки: інтелектуальні особливості – фактори В, М, Q1; емоційно-вольові особливості – фактори С, G, І, О, Q3, Q4 і комунікативні властивості та особливості міжособистісної взаємодії – фактори А, Н, F, Е, Q2, N, L.

Визначені нами показники у дітей з ПСП були співставлені з даними здорових дітей.

Дослідження показало, що середні показники по факторах В, М, Q1 незначно відрізнялись у представників даних груп та різниця між ними не сягала ступеню достовірності (таб. 4.2.2.1; рис. 4.2.2.1). Це свідчило про задовільний ступінь сформованості інтелектуальних функцій та достатній розвиток абстрактних форм мислення, як у групі обстежених, так і у групі контролю, тим самим підтверджуючи думку про те, що ускладнення у навчанні, які виникали у переважної більшості підлітків даної групи, не

стосувались моментів важкості сприйняття та засвоєння навчального матеріалу, а саме були пов'язані із психологічними проблемами.

По емоційно-вольових характеристиках підлітки даної групи відрізнялись від представників контрольної групи.

Таблиця 4.2.2.1

Порівняльна характеристика індивідуально - психологічних особливостей обстежених дітей за методикою Р.Кеттела (n=302)

	Фактори																
	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
О	4.5	6.8	4.8	7.6	6.1	5.8	8.7	6.1	5.9	5.5	6.6	6.4	8.1	6.7	5.4	6.9	6.0
К	7.2	7.6	4.4	5.8	6.9	5.6	8.2	7.8	5.5	5.1	6.2	6.1	5.1	6.2	5.0	6.3	5.9

О - основна група(n=194); К - контрольна група (n=108)

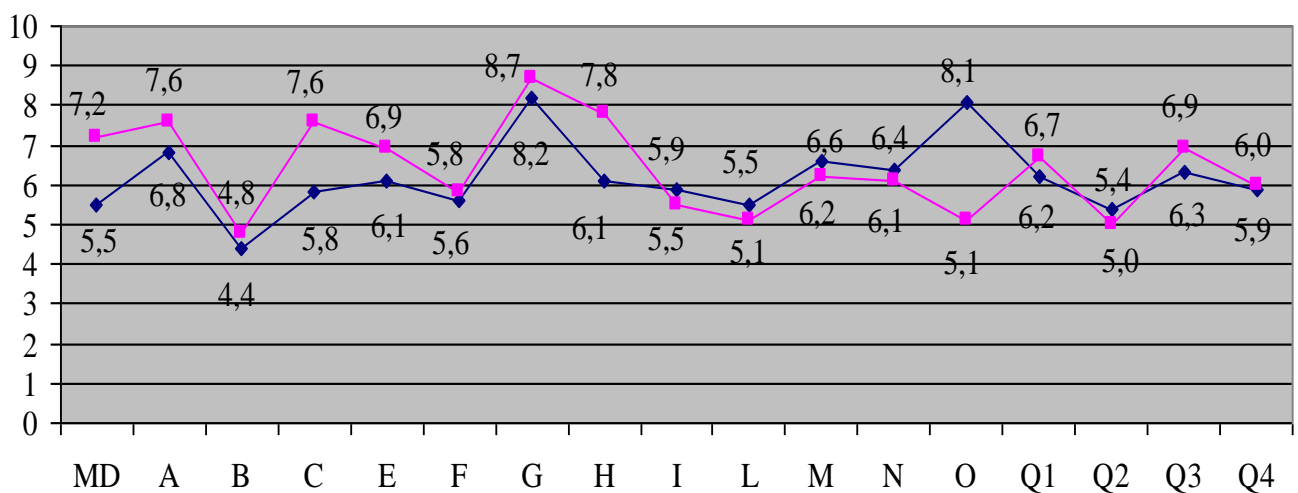


Рис. 4.2.2.1 Усереднені профілі обстежених дітей із психосоматичною патологією та здорових дітей за методикою Р.Кеттела

Так, у основній групі, значно частіше ніж у здорових дітей, зустрічались прояви лабільності настрою, роздратованості, втомлюваності, надмірного занепокоєння (на що вказує низьке середнє значення по фактору С – $5,8 \pm 0,1$ бали проти $7,6 \pm 0,1$ у здорових ($p < 0,05$)). Звертає на себе увагу достовірно вищий ніж в групі контролю ($5,1 \pm 0,1$) показник по фактору О – $8,1 \pm 0,1$ балів ($p < 0,05$), що свідчить про значний рівень тривожності, невпевненість у собі, пригніченість та вразливість.

По факторах С і О між середніми значеннями у осіб із психосоматичною патологією та контрольною групою різниця достовірна ($p < 0,001$).

Результати отримані нами при проведенні порівняльного аналізу усереднених профілів обстежених по третьому блоку факторів, який характеризує комунікативні властивості особистості та особливості міжособистісної взаємодії демонструють, що у хворих з психосоматичною патологією достовірно нижчими ($6,8 \pm 0,1$; $6,1 \pm 0,1$; $6,1 \pm 0,1$) ніж у представників контрольної групи виявились показники по факторах А, Н, Е ($7,6 \pm 0,1$; $7,8 \pm 0,1$; $6,9 \pm 0,1$) ($p < 0,01$), що вказувало на більш виражену замкненість, недовірливість, ригідність та мовчазність. Вони ніяковіють в присутності інших, беруть провину на себе, намагаються бути непомітними.

По інших факторах даного блоку різниця середніх показників у хворих та здорових дітей і підлітків була незначна та не сягала ступеню достовірності.

Щодо фактору MD, який характеризує адекватність самооцінки, то на відміну від підлітків контрольної групи, у яких самооцінка була підвищена, підлітки із психосоматичною патологією навпаки занижують свої можливості та здібності, про що свідчить достовірно нижчий показник по даному фактору - $4,5 \pm 0,1$ бали проти $7,2 \pm 0,2$ бали ($p < 0,001$).

Характеризуючи індивідуально-психологічні особливості особистості хворих на ПСП і ППФР та ПСП без ППФР, ми звернули увагу на те, що за двома факторами (В та Q3) середні показники по групі є нормативними. Щодо інших факторів, то поряд із заниженими показниками (фактори MD, А,

С, Е, F, Н, I, М, Q1), відмічаються “піки” по ряду факторів – G, L, O, Q2 та Q4 (Таб.4.2.2.2, рис 4.2.2.2).

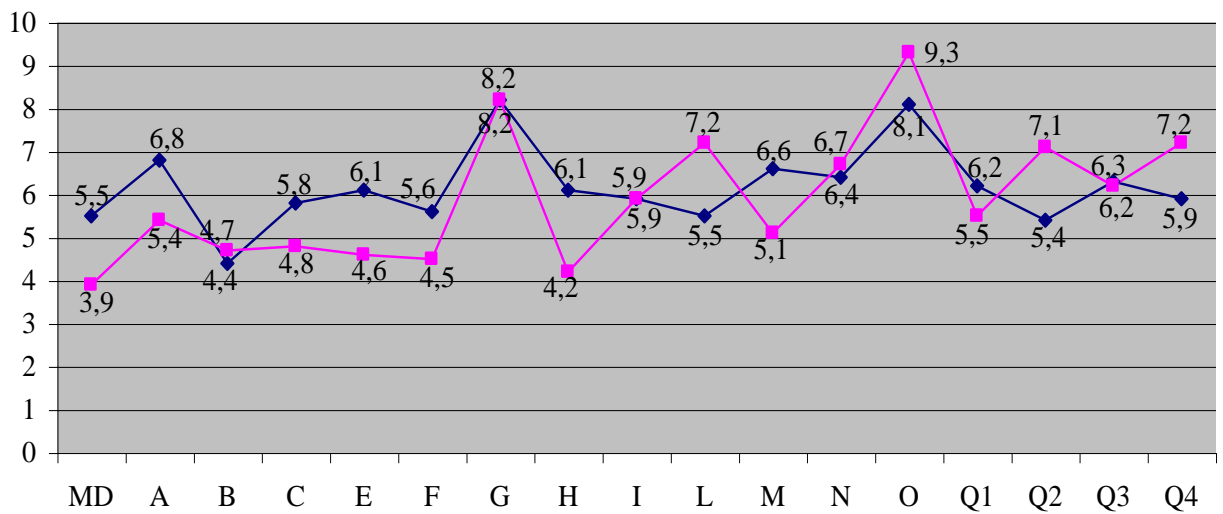


Рис. 4.2.2.2 Усереднені профілі обстежених дітей із ПСП і ППФР та ПСП без ППФР за методикою Р. Кеттела

. По блоку факторів, який дає характеристику інтелектуальним особливостям опитуваних (В, М та Q1), між представниками групи з ПСП і ППФР та групи ПСП без ППФР знайдені відмінності, які стосуються не власне інтелекту підлітків, а саме творчого потенціалу, розвитку уяви та схильності до експериментування. Так, по фактору М середній показник у обстежених дітей з ППФР виявився достовірно нижчим ($p < 0,01$), ніж у дітей без ППФР, що вказувало на практичність та консерватизм дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

В емоційно-вольовій сфері у дітей з ППФР прослідковується загострення таких рис характеру, як емоційна нестійкість, тривожність, невпевненість у собі, боязливість.

Таблиця 4.2.2.2

Показники індивідуально - психологічних особливостей дітей із ПСП і ППФР та ПСП без ППФР за методикою Р.Кеттела, ($M \pm m$)

Фактори	ПСП без ППФР (n=101)	ПСП та ППФР (n=93)	Здорові (n=108)	Р	Р	Р
	1	2	3	1-2	2-3	1-3
MD	5,5±0,1	5,9±0,2	7,2±0,2	<0,01	<0,001	<0,001
A	6,8±0,1	5,4±0,2	7,6±0,2	<0,001	<0,001	<0,01
B	4,4±0,1	4,7±0,2	4,8±0,1	>0,1	>0,1	>0,1
C	5,8±0,1	4,8±0,3	7,6±0,2	<0,05	<0,001	<0,001
E	6,1±0,1	4,6±0,2	6,9±0,2	<0,001	<0,001	<0,01
F	5,6±0,1	4,5±0,2	5,8±0,2	<0,01	<0,01	>0,1
G	8,2±0,2	8,2±0,2	8,7±0,2	>0,1	>0,1	>0,1
H	6,1±0,1	4,2±0,2	7,8±0,2	<0,001	<0,001	<0,01
I	5,9±0,2	5,9±0,2	5,5±0,2	>0,1	>0,1	>0,1
L	5,5±0,1	7,2±0,2	5,1±0,2	<0,001	<0,001	>0,1
M	6,6±0,2	5,1±0,2	6,2±0,2	<0,01	<0,01	>0,1
N	6,4±0,2	6,7±0,2	6,1±0,2	>0,1	>0,1	>0,1
O	8,1±0,1	9,3±0,1	5,1±0,1	<0,001	<0,001	<0,001
Q1	6,2±0,2	5,5±0,2	6,7±0,2	>0,1	<0,05	>0,1
Q2	5,4±0,1	7,1±0,2	5,0±0,2	<0,01	<0,001	>0,1
Q3	6,3±0,2	6,2±0,3	6,9±0,2	>0,1	<0,05	<0,05
Q4	5,9±0,1	7,2±0,3	6,0±0,1	<0,01	<0,01	>0,1

Про що свідчать значно менше середнє значення по фактору С - $4,8 \pm 0,3$, та більше по фактору О - $9,3 \pm 0,1$, ніж у дітей без ППФР ($p < 0,05$ та $p < 0,001$ відповідно). Достовірно більшим, ніж у представників групи без ППФР, виявилось середнє значення і по фактору - Q4 ($7,2 \pm 0,3$ проти $5,9 \pm 0,1$, $p < 0,01$), що вказувало на напруженість, фрустрованість, нетерплячість, наявність занепокоєння та надмірного хвилювання.

Якщо ж проаналізувати профіль представників групи хворих з ППФР, звертаючи увагу на їх комунікативні властивості та особливості міжособистісних стосунків, то ми бачимо, що середні показники по факторам А, Н, Е при порівнянні із дітьми без ППФР стають ще нижчими ($5,4 \pm 0,2$, $4,2 \pm 0,2$ та $4,6 \pm 0,2$ відповідно, $p < 0,001$) та достовірно зменшується значення по фактору F ($4,5 \pm 0,2$ проти $5,6 \pm 0,1$, $p < 0,01$) і збільшується по фактору L ($7,2 \pm 0,2$ проти $5,5 \pm 0,1$, $p < 0,001$), вказуючи на поглиблення ускладнень у взаєминах з ровесниками, вчителями, батьками, в зв'язку з чим інтереси дітей та підлітків стають більш зверненими на самих себе, зростає егоцентричність, додатковим свідченням чого є достовірно вище значення по фактору Q2 ($7,1 \pm 0,2$ проти $5,4 \pm 0,1$, $p < 0,01$).

При порівнянні усередненого профілю хлопців та дівчат із психосоматичною патологією звернули увагу на близькість середніх значень по всіх факторах методики, за виключенням фактору С, який характеризує емоційну стійкість та фактору І, який вказує на чутливість, залежність та м'якість людини (таб.4.2.2.3; рис.4.2.2.3).

Середні показники по фактору С у дівчат та по фактору І у хлопців є нижчими за нормативні, тим самим вказуючи на те, що хлопці при наявності психосоматичної патології є більш емоційно стійкі, працездатні та реалістично налаштовані, ніж дівчата, але поряд із цим їм стають властиві такі риси, як сором'язливість, обережність, мовчазність, розсудливість, покірність та схильність все ускладнювати.

Таблиця 4.2.2.3

Усереднені профілі хлопців та дівчат з психосоматичною патологією за методикою Р.Кеттела (n=194)

	Фактори																
	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
X	5.4	6.6	4.3	5.6	5.9	5.5	8.0	5.8	4.9	5.4	6.3	6.4	7.9	5.9	5.4	6.3	5.6
Д	5.6	7.0	4.4	6.3	6.3	5.9	8.3	6.3	6.5	5.7	6.2	6.5	8.2	6.3	6.4	6.4	6.1

X - хлопці (n=95); Д - дівчата (n=99)

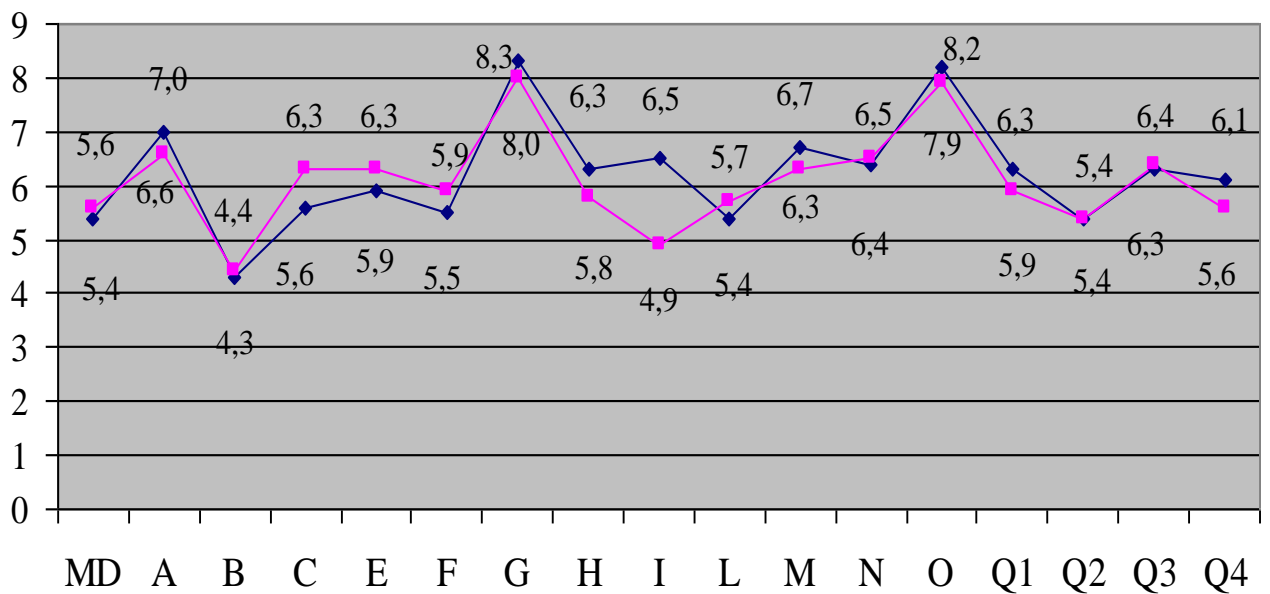


Рис. 4.2.2.3 Особистісні профілі хлопців та дівчат з психосоматичною патологією за методикою Р. Кеттела.

Слід зауважити, що у дітей контрольної групи відмічається більш виражена гендерна різниця, як в емоційно-вольовій сфері, так і в міжособистісних стосунках (таб.4.2.2.3; рис. 4.2.2.3). По фактору Е, який відображує домінантність, у хлопців були виявлені конфліктність, впертість, незалежність у поведінці та судженнях, тоді як дівчата виявились більш тактовними, залежними та сором'язливими. У хлопців середнє значення по даному фактору становило - $7,7 \pm 0,3$ бали, тоді як у дівчат - $6,3 \pm 0,2$ бали (різниця достовірна при $p < 0,001$).

Достовірна різниця між середніми показниками у хлопців та дівчат була виявлена також по факторах – G та I ($p < 0,001$). У хлопців середнє значення по фактору G було в межах верхньої границі норми та становило $7,9 \pm 0,3$ бали, тоді як у дівчат – досить високим ($9,2 \pm 0,2$ бали), що вказувало на більшу відповідальність, наполегливість, витриманість дівчат у порівнянні з хлопцями. По фактору I - середній показник у хлопців виявився нижчим нормативного і становив - $4,9 \pm 0,2$ проти $6,5 \pm 0,1$ бали у дівчат ($p < 0,05$), що підкреслювало їх суворість, жорстокість та деяку скептичність.

Отримані нами дані співпадають з багаточисельними літературними даними [91; 150] стосовно того, що особам дитячого та підліткового віку властиві певні особливості їх особистості. А саме, в підлітковому віці є характерною емоційна нестійкість, нетерпимість, холоднокрівність, підвищена самооцінка.

Хлопці виявляються більш скептичні, суворі, інколи навіть жорстокі, дівчата - відповідальні, наполегливі, витримані. Комунікативна діяльність є провідною в даному віці. Спілкуючись, в першу чергу, із своїми ровесниками, дитина отримує необхідні йому знання про життя. Дуже важливою для нього є думка групи, до якої він належить. Сам факт належності до певної групи надає йому впевненості в собі. Вони проявляють соціальну сміливість, активність, незалежність та впертість, що особливо помітно у хлопців. Дівчата більш здатні до співчуття та переживання.

Таблиця 4.2.2.4

Усереднені профілі хлопців та дівчат контрольної групи за методикою Р.Кеттела (n=108)

	Фактори																
	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
X	7.1	7.3	4.7	7.4	6.3	5.5	7.9	7.7	4.3	5.0	5.8	5.8	5.0	6.7	4.5	6.8	5.9
Д	7.3	7.8	4.8	7.9	7.7	6.0	9.2	7.8	6.4	5.2	6.3	6.4	5.7	6.8	5.7	7.3	6.0

X - хлопці (n=52); Д - дівчата (n=56)

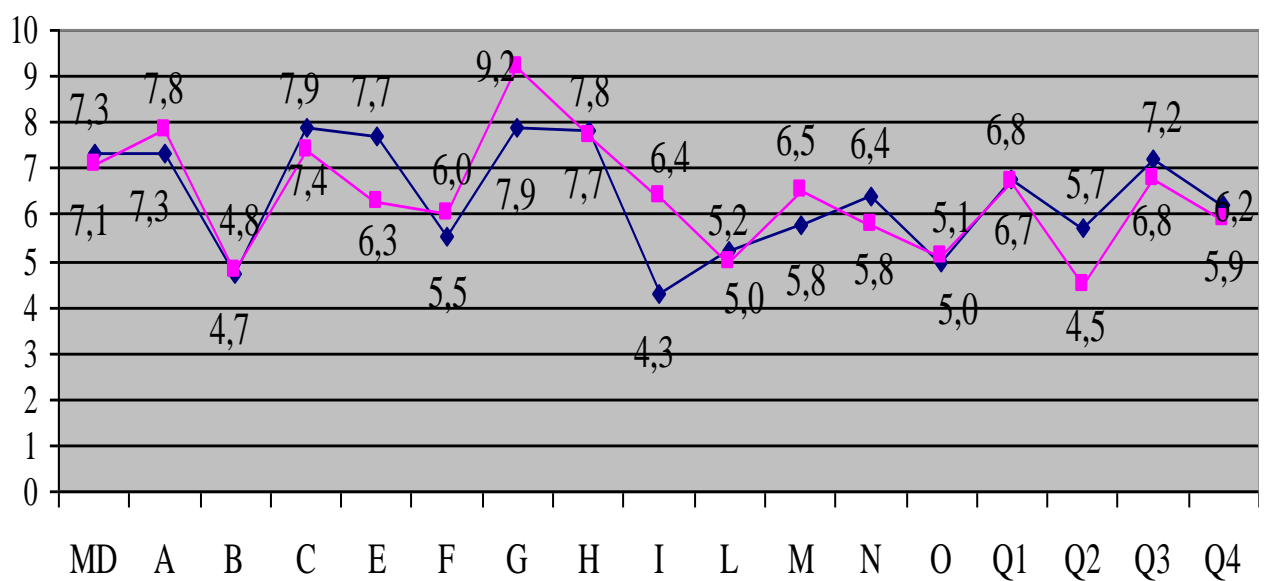


Рис. 4.2.2.4 Особистісні профілі хлопців та дівчат контрольної групи за методикою Р. Кеттела

Таким чином, проведений аналіз індивідуально-психологічних особливостей особистості дітей та підлітків за методикою Р. Кеттела показує, що на формування психосоматичної патології впливають особливості особистості її міжособистісні стосунки. Для дітей з психосоматичною патологією притаманні такі особливості характеру, як емоційна нестійкість, висока особистісна тривожність, роздратованість, та напруженість. Значні проблеми у дітей та підлітків виникають і в міжособистісних відносинах, за рахунок їх замкненості, ворожості, холодності по відношенню до оточуючих.

Таблиця 4.2.2.5

Результати дослідження за допомогою тесту Р.Кеттела як маркери ризику - антиризик у пацієнтів з психосоматичною патологією (n=194)

(Варіант з малими діапазонами параметрів -вихідний варіант).

Фактор	Діапазон (бали)	Пацієнти		Р ТМФ	Частоти		Відношення частот	ДК	МІ
		Ризик	Анти Ризик		Ризик	Анти ризик			
С	2-5	68	11	0,72*	0,6238	0,1653	4,56	4,81	0,21
С	6-7	35	36	1,00	0,4562	0,6570	3,02	0,68	0,14
С	8-9	9	13	0,52	0,1476	0,1474	1,03	1,02	0,02
О	2-5	11	15	0,41	0,3238	0,1625	2,63	1,19	0,01
О	6-7	21	43	0,11	0,4476	0,1875	3,94	1,95	0,12
О	8-9	79	2	0,52*	0,6476	0,0543	2,05	7,35	0,31
MD	2-5	71	2	0,37*	0,5714	0,0543	2,01	7,34	0,45
MD	6-7	30	36	0,36	0,4556	0,6570	1,45	0,57	0,01
MD	8-9	0	12	0,05	0,1429	-	-	-	-

Примітки: *- відмінності поміж групами достовірні ($p < 0,05$)

Також, як і у попередньому обстеженні, для виявлення ризику/антиризик формування психосоматичної патології, проводили

порівняльний аналіз частот окремих ознак в групах хворих/здорових із розрахунком діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (J) для кожної із ознак за Є.В. Гублером (1978). При цьому оцінка зазначеного ризику за допомогою прогностичних таблиць проводилася шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978). Визначення чутливості, специфічності, безпомилковості застосованих тестових методик проводили за допомогою відповідних формул, що спиралися на розраховані ДК та J (таб.4.1.2.5).

Досліджувались фактори, які у нашому випадку, були найбільш інформативні. Це фактори: С – сила, емоційна сталість, витримка та емоційна зрілість; О – тривожність, страх, невпевненість у собі; та MD - самооцінка.

Як видно з таблиці 4.2.2.4, найбільшу діагностичну силу має маркер «високої тривожності за тестом Кеттела» (ДК =7,35) та «заниженої самооцінки» (ДК=7,34).

Таким чином, у дітей та підлітків з психосоматичною патологією виразно проявляються такі індивідуальні-психологічні особливості їх особистості, як замкненість, відчуженість, мовчазність, що значно ускладнювало їх взаємовідносини з оточуючими. І тому стає зрозумілою наявність певних особливостей в емоційній сфері хворих з психосоматичною патологією, а саме підвищеного рівня тривожності, невпевненості у собі, роздратованості, емоційної нестійкості та заниженої самооцінки.

4.2.3 Вивчення стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків за допомогою проективного тесту “Добро” і “Зло” із кольоровими виборами

Отже, для кожної дитини характерні певні особливості психологічного реагування на стресову ситуацію, в тому числі і соматизовані.

Таким чином, існує необхідність більш детального вивчення стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків, розуміння

психологічних механізмів для вибору адекватних форм лікування й профілактики.

Відомим та близьким по суті, а тому прийнятим нами за прототип, є спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків за допомогою тесту кольорових виборів Люшера, який спрямований на дослідження характерологічних особливостей дітей (активності, рівню тривожності, агресивності та самооцінки) [232].

Відомо, що тест Люшера включає в себе 4 основних та 4 допоміжних кольори. Основні кольори: синій (символізує спокій, задоволення, потребу у стійкому позитивному зв'язку); синє-зелений (почуття впевненості, наполегливість іноді впертість, потребу у самоствердженні); помаранчево-червоний (силу волі, агресивність, тенденції наступу, збудження, потребу активно діяти і домагатись успіху); світло-жовтий (активність, потяг до спілкування, експансивність, радість, потребу у перспективі, надії на краще). Допоміжні кольори: фіолетовий (символізує емоційне збудження, напругу, негативний стан, насторогу); коричневий (відображує напругу, страх самотності, втрату віри у позитивну перспективу, почуття невдоволеності, стресовий стан через обмеження біологічних потреб); чорний (розчарованість, велика напруга, сильне збудження, відчай; стресовий стан через неприємні обмеження); сірий (почуття безнадії і тривоги, прагнення обійти складні проблеми, пригнічення, безпорадність). Значення вищевказаних кольорів у найбільшому ступені визначається їх взаємним розташуванням і розподілом за позиціями.

Основним недоліком застосування вищевказаного тесту у діагностиці стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків є відсутність комплексного підходу та його статичність, тобто він не дає нам можливості оцінити динаміку відношень, без якої неможливо виставити діагноз психосоматичних розладів та захворювань і прогнозувати їх перебіг.

Усунення цього недоліку досягається тим, що у відомому способі діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і

підлітків шляхом проведення тесту кольорових виборів, який визначає статичні характерологічні особливості дітей та симптоми психоемоційних розладів, згідно з запропонованим нами рішенням, тест кольорових виборів поєднується з проєктивними малюнками, які висвітлюють поняття “Добро” і “Зло” та дають можливість відобразити динаміку відношень.

Наш вибір базується на положенні В.Н. М’ясищева [189] про те, що внутрішній «суб’єктивний» світ особистості відображається через відношення людини до навколишнього середовища. Тому в запропонованому нами методі використовувався короткий варіант кольорових виборів, коли до кожного відображеного об’єкту потрібно було підібрати кольорову асоціацію.

За допомогою запропонованого способу визначались стійкі стереотипи психоемоційного реагування дітей і підлітків, що відображували свідомі та несвідомі сторони психічної структури дитячої особистості такі як рівень особистісної реактивності, самооцінка, зони фрустрації, домінуючі інтелектуальні патерни та особливості мотивації.

Результатом, який досягається запропонованим рішенням, є підвищення об’єктивності діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків шляхом комплексного підходу відображення динаміки відношень до навколишнього середовища.

Наводимо приклад застосування запропонованого нами дослідження.

Тестування проводилось при денному освітленні. Без будь-якого вступу пацієнту пропонувалось намалювати (тобто відобразити символом) такі поняття, як: "Добро" і "Зло" та до кожного відображеного об’єкту підібрати кольорову асоціацію. Потім проводилось ранжування — від самого привабливого для пацієнта кольору до образу ("Добро") та самого неприємного до образу ("Зло"). Інтерпретація результатів проводилась за результатами якісного аналізу та аналізу позиції кольоро-асоціативних відповідей, які показували емоційну перевагу того чи іншого кольору, згідно з чим можна було судити про відношення дитини до даного символу.

Безперечне діагностичне значення мало співпадання асоціацій, тобто коли символ співпадав с таким же за якістю кольором. Це дозволяло підтвердити їх ідентифікацію.

Вітя Б., 13 років, який страждає протягом 7 років на atopічну форму бронхіальної астми відобразив поняття “Добро” у вигляді своєї мами, яка займала центральну частину аркушу паперу та була повернута ліворуч з вибором жовтого та червоного кольору.

Позиція мами на малюнку свідчила про наявність стійкого комплексу залежності від матері, гіперопіки та домінування матері.

Поєднання жовтого та червоного кольорів в цьому малюнку говорить про емоційне прийняття матері та показує необхідність присутності матері, залежність (як емоційну так і фізичну) від неї, а також свідчить про значну фізичну та емоційну стомленість, брак енергетичних ресурсів.

Отже сумісне використання комбінацій кольору та символу на малюнку дозволяє виявити не тільки наявність стійкого комплексу залежності пацієнта від матері, але й підтвердити емоційну його складову.

Поняття “Зло” хлопчик ідентифікував із своїм зображенням, яке було розташоване на периферії аркушу ліворуч та розфарбував чорним і коричневим кольором. Розмір фігури був маленьким.

Цей малюнок свідчить про наявність у хлопчика заниженої самооцінки бажання сховатися від проблем (він маленький, нікчемний).

Поєднання коричневого та чорного кольорів на малюнку говорить про негативний стан, розчарування, бажання спокою та свідчить про стрес у зв'язку із заборонами, бажання сховатися від негативних ситуацій.

Таким чином, поєднання малюнку та кольору дає можливість не тільки виявити окремі симптоми психо-емоційних розладів, але й динаміки відношень, тобто того чи іншого стійкого стереотипу психоемоційного реагування дитини.

За даними тесту Люшера колір, обраний дитиною на перше та друге місце відповідає характеру поведінки та першочерговим бажанням тобто меті і способу її досягнення. При первинному обстеженні було визначено, що діти та підлітки з групи ПСП та ППФР найчастіше приділяли увагу фіолетовому кольору (31,1 %), що є свідченням бажання відокремитись від макро-та мікросоціального оточення (табл. 4.2.3.1).

Таблиця 4.2.3.1

Показники тесту М.Люшера у обстежених дітей (n = 194)

№	Колір	Нозологія			
		ПСП та ППФР(n=93)		ПСП без ППФР(n=101)	
		Абс.	%	Абс.	%
0	Сірий	0	0	6	5,9
1	Синій	10	10,8	6	5,9
2	Зелений	22	23,6	42	41,6*
3	Червоний	15	16,1	12	11,8
4	Жовтий	6	6,4	18	17,8
5	Фіолетовий	29	31,1*	18	17,8
6	Коричневий	6	6,6	0	-
7	Чорний	5	5,4	0	-

Примітка: *- різниця достовірна ($p < 0,05$).

На другому ранговому місці в цих пацієнтів домінував зелений (23,6 %), який відображує необхідність самозатвердження і підвищення особистої значущості. Третє місце посідав червоний колір (16,1 %) і характеризував таких пацієнтів як осіб, котрі мають внутрішню необхідність бути більш активними та рішучими.

Найбільш домінантними кольорами за вагогим розподілом у дітей з ПСП без ППФР були відповідно зелений (41,6%) та фіолетовий (17,8 %). Замість превалюючого в 1-й групі червоного ці діти обирали жовтий колір (17,8 %). Такий кольоровий розподіл є проявом бажання бути незалежним та вільним від обов'язків. Високий рівень нервової напруги, обумовлений прагненням до самоствердження (зелений) і потреба бути вільним (жовтий).

На останнє місце хворі відкидали неприємні кольори. Вони відповідають актуальній проблемі, тобто тій проблемі, що найбільше хвилює пацієнта в даний відрізок часу і тим станам та бажанням, які дитина пригнічує в собі, тому що на даний момент вони нездійсненні. Однак, з цими бажаннями потрібно рахуватись, адже вони є джерелом постійного стресу.

Таблиця 4.2.3.2

Показники тесту М.Люшера у дітей у обстежених дітей (n = 194)

№	Колір	Групи			
		ПСП з ППФР(n=93)		ПСП без ППФР(n=101)	
		Абс.	%	Абс.	%
0	Сірий	31	33,3*	21	20,7
1	Синій	-	-	-	-
2	Зелений	-	-	-	-
3	Червоний	-	-	10	9,9
4	Жовтий	-	-	-	-
5	Фіолетовий	11	11,8	10	9,9
6	Коричневий	25	26,8*	20	19,8
7	Чорний	26	27,9	40	39,6*

Примітка: *- різниця достовірна ($p < 0,05$).

В процесі дослідження нами виявлено наступне: пацієнти з ПСП та ППФР частіше за все відхиляли сірий колір (33,3 %). Такі діти знаходяться

під тиском фобії бути обійденими в житті. 27,9 % хворих на останнє місце відбирали чорний - потреба повної незалежності і необмеженої свободи для самовиразу. На третьому місці за чисельністю відхилень опинявся коричневий (26,8 %), що свідчить про бажання виділитися із натовпу і досягти переваги над оточенням. Усі ці пацієнти перебувають у стані значного емоційного напруження, що призводить до браку відпочинку і зневажливого ставлення до потреб свого організму.

Діти з ПСП без ППФР також найчастіше вибирали чорний, коричневий та сірий кольори, 39,6 %, 19,8 % та 20,7 % відповідно (табл.4.2.3.2).

Досить часто хворі цієї групи відкидали також червоний та фіолетовий (по 9,9 %), що може свідчити про значну фізичну та емоційну стомленість, брак енергетичних ресурсів.

Таблиця 4.2.3.3

Показники проективного тесту «Добро» і «Зло» з вибором кольору у дослідженого контингенту (n=302)

Показник	ПСП та ППФР	ПСП без ППФР	Здорові	Достовірність
	Середнє значення показника « ±m »	Середнє значення показника « ±m »	Середнє значення показника « ±m »	
Активність	45,1±4,7	47,25 ±1,5	53,1±3,9	P<0,05
Працездатність	35,7±4,1	36,4±1,2	62,8±4,7	P<0,05
Відхилення від автогенної норми	55,05±4,2	53,25±2,2	36,2±1,8	P<0,05
Нестабільність вибору кольору	28,1 ± 2,7	27,4 ± 3,3	25,0± 4.4	P<0,05

Кількісний аналіз кольороасоціативних відповідей показав (Таб.4.2.3.3.), що активність у обстежених з психосоматичною патологією та контрольною групою суттєво не відрізнялась і мала досить високий рівень, знаходячись у діапазоні від $45,1 \pm 4,7$; $47,25 \pm 1,5$ до $53,1 \pm 3,9$ у. о., відповідно до групового розподілу. Працездатність у хворих була значно нищою, складаючи $35,7 \pm 4,1$ та $36,4 \pm 1,2$ у.о., тоді як у дітей та підлітків контрольної групи вона дорівнювала $62,8 \pm 4,7$ у.о. ($p < 0,05$). Відхилення від автогенної норми у хворих виявилось більш значущим, ніж у групі контролю ($55,05 \pm 4,2$ та $53,25 \pm 2,2$ у.о. проти $36,2 \pm 1,8$ у.о. ($p < 0,05$). Нестабільність вибору кольору при проведенні двох підряд тестувань в групах не відрізнялась.

Таблиця 4.2.3.4

Результати дослідження за допомогою проективного тесту «Добро» і «Зло» з вибором кольору як маркери ризику - антиризик у пацієнтів з психосоматичною патологією (n=194)

(Варіант з малими діапазонами параметрів - вихідний варіант)

Параметр	Діапазон (бали)	Пацієнти		P (ТМФ)	Частоти		Відношення частот	ДК	МІ
		Ризик	Анти ризик		Ризик	Анти ризик			
Працездатність	25-30	38	4	0,11	0,1163	0,0000	0,00	-	-
Працездатність	31-45	73	15	0,33*	0,4791	0,0894	0,09	7,14	0,23
Працездатність	46-50	28	13	0,17	0,1163	0,1205	0,81	2,84	0,18
Працездатність	51-60	2	12	0,01	0,0628	0,1701	0,00	1,07	0,16
Працездатність	>60	5	4	0,03	0,0000	0,3874	0,00	-	-
Відхилення від автогенної нор.	25-30	-	10	0,13	0,0000	0,1306	0,00	-	-
Відхилення від автогенної нор.	31-45	15	46	0,07*	0,0860	0,6250	1,05	4,71	0,27
Відхилення від автогенної нор.	46-50	49	4	0,01*	0,4656	0,1305	2,01	6,30	0,11
Відхилення від автогенної нор.	51-60	56	-	0,04	0,6860	0,0000	0,00	-	-
Відхилення від автогенної нор.	>60	14	-	0,08	0,1432	0,0000	0,00	-	-

Примітка: *-відмінності поміж групами достовірні ($p < 0,05$)

Також, як і у попередньому обстеженні, для виявлення ризику/антиризиків формування психосоматичної патології, ми проводили порівняльний аналіз частот окремих ознак в групах хворих/здорових із розрахунком діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (J) для кожної із ознак за Є.В. Гублером (1978). При цьому оцінка зазначеного ризику за допомогою прогностичних таблиць проводилася шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978). Визначення чутливості, специфічності, безпомилковості застосованих тестових методик проводили за допомогою відповідних формул, що спиралися на розраховані ДК та J (таб.4.2.3.4).

Досліджувались показники, які у нашому випадку, були найбільш інформативні. Це фактори: «працездатність» та «відхилення від автогенної норми».

Як видно з таблиці 4.2.3.4 найбільшу діагностичну силу має маркер «низької працездатності», діагностичний коефіцієнт якого дорівнює $ДК=7,14$, та «відхилення від автогенної норми» ($ДК=6,30$).

Якщо, проаналізувати отримані нами дані психологічного дослідження взагалі, можна зробити висновки про діагностичну цінність виявлених результатів. Суть процедури полягає у тому, що ДК притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаного рівню достовірності. Так, наприклад, достовірності на рівні $p<0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $\Sigma_{ДК}>13$, на рівні $p<0,01$ – $\Sigma_{ДК}>20$, а на рівні $p<0,001$ – $\Sigma_{ДК}>30$. В світлі цього стає зрозумілим, що деякі з встановлених маркерів, наприклад, висока особистісна тривога та висока реактивна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна, низька працездатність та відхилення від автогенної норми за проективним тестом «Добро» і «Зло» з вибором кольору є самодостатніми для вірогідного визначення ризику – антиризиків, оскільки їх ДК достатньо високий, але менше порогового

значення 13, яке забезпечує безпомилковість діагностичного висновку на рівні $p < 0,05$. Тому вони забезпечуватимуть необхідну достовірність діагностичних висновків лише при їхньому сукупному використанні з іншими показниками.

4.2.4 Порівняльна характеристика факторів ризику формування психосоматичної патології

Всього в процесі психологічного дослідження встановлено сім маркерів сприйнятливості до ПСП, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору).

Маркери ризику (таб. 4.2.4.1), за даними комплексного психодіагностичного дослідження виявились простою протилежністю по відношенню до маркерів антиризиків, однак жодний серед них не був самодостатнім для впевненої діагностики (ДК всіх маркерів резистентності менше порогового значення 13, яке забезпечує безпомилковість діагностичного висновку на рівні $p < 0,05$).

Аналіз даних психологічного дослідження дозволив встановити сім маркерів сприйнятливості до ПСП, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору), пріоритетність якого захищена деклараційним патентом України на корисну модель.

Таблиця 4.2.4.1

Прогностична таблиця маркерів ризику–антиризиків формування психосоматичної патології (психологічне дослідження)

Опитувальник	Ознака	Діапазон ознаки	ДК	Ј
Маркери ризику				
Тест Спілбергера - Ханіна	Висока особистісна тривога	> 50 балів	<i>4,53</i>	<i>0,21</i>
		46-50 балів	<i>7,84</i>	<i>0,13</i>
	Висока реактивна тривога	> 45 балів	<i>2,33</i>	<i>0,07</i>
		36-45 балів	<i>7,30</i>	<i>0,21</i>
Методика Р. Кеттела	Низькі показники самооцінки	≤ 3,0 балів	<i>0,57</i>	<i>0,01</i>
		3,1-5,0 балів	<i>7,34</i>	<i>0,45</i>
	Низька емоційна сталість	≤ 3,0 балів	<i>0,68</i>	<i>0,14</i>
		3,1-5,0 балів	<i>6,70</i>	<i>1,38</i>
	Висока тривожність	6,0-7,0 балів	<i>1,95</i>	<i>0,12</i>
		8,0-9,0 балів	<i>7,35</i>	<i>0,31</i>
Проективний тест «Добро» і «Зло» із вибором кольору	Низька працездатність	30-45 балів	<i>7,40</i>	<i>0,23</i>
	Низька працездатність	46-50 балів	<i>2,84</i>	<i>0,18</i>
	Відхилення від автогенної N	30-45 балів	<i>4,71</i>	<i>0,27</i>
	Відхилення від автогенної N	46-50 балів	<i>6,30</i>	<i>0,11</i>
Маркери анти ризику				
Тест Спілбергера- Ханіна	Низька особистісна тривога	< 36 балів	<i>-1,68</i>	<i>0,27</i>
		36-40 балів	<i>-4,38</i>	<i>0,42</i>
	Низька реактивна тривога	< 26 балів	<i>-0,73</i>	<i>0,07</i>
		26-30 балів	<i>-3,71</i>	<i>0,47</i>
Методика Р. Кеттела	Висока самооцінка	> 7,0 балів	<i>-0,57</i>	<i>0,01</i>
		6,0-7,0 балів	<i>-7,91</i>	<i>0,46</i>
	Висока емоційна сталість	> 7,0 балів	<i>-0,68</i>	<i>0,05</i>
		6,0-7,0 балів	<i>-1,02</i>	<i>0,02</i>
Проективний	Високий рівень	≥ 50-60балів	<i>-1,07</i>	<i>0,16</i>

Як видно, з таблиці 4.2.4.1, деякі з встановлених маркерів, наприклад, висока особистісна тривога та висока реактивна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна, та низька працездатність і відхилення від автогенної норми за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору є самодостатніми для вірогідного визначення ризику – антиризиків, оскільки їх ДК достатньо високий, але менший порогового значення 13, яке забезпечує безпомилковість діагностичного висновку на рівні $p < 0,05$, тому вони забезпечуватимуть необхідну достовірність діагностичних висновків лише при їхньому сукупному використанні з іншими показниками.

Виходячи з попередніх методів обстеження, ми порівняли фактори ризику клініко-епідеміологічного дослідження з даними психологічного обстеження (таб. 4.2.4.2).

Таблиця 4.2.4.2

Кластерний аналіз психологічних критеріїв та факторів ризику клініко-епідеміологічного дослідження

НОМЕР КЛАСТЕРУ	СЕРЕДНЯ ВІДСТАНЬ ВІД ЦЕНТРУ КЛАСТЕРУ	СТАНДАРТНЕ ВІДХИЛЕННЯ	χ^2	χ^2 критичне (за $p < 0,01$)
1	5,0	9,5	51,0	71,8
2	298,8	84,4	20,0	28,2

Проведено кластерний аналіз з метою підтвердження, або відкинення гіпотези про критеріальний зв'язок між групою показників психологічного дослідження та факторами ризику клініко-епідеміологічного дослідження (таб. 4.2.4.2).

До першого кластеру увійшли наступні показники:

- висока особистісна тривога (ДК=7,84) (тест Спілбергера- Ханіна);

Таблиця 4.2.4.3

**Факторний аналіз чинників ризику, найбільш адекватних що до
виникнення психосоматичної патології у дітей та підлітків з
психосоматичною патологією**

ПОКАЗНИК	КОЕФІЦІЄНТ КОРЕЛЯЦІЇ	ДОСТОВІРНІСТЬ
1. Алекситимія	0,59	P < 0,05
2. Погана чи відсутня пошукова активність	0,64	P < 0,05
3. Конфлікти у родині (діти – батьки)	0,68	P < 0,05
4. Висока реактивна тривожність за Спілбергером – Ханіним	0,66	P < 0,05
5. Висока особистісна тривожність за Спілбергером – Ханіним	0,80	P < 0,05
6. Низька самооцінка за методикою Р. Кеттела	0,74	P < 0,05
7. Низька працездатність за проективним тестом «Добро» і «Зло» із вибором кольору	0,79	P < 0,05

- низька самооцінки (ДК=7,34), емоційна сталість (ДК=6,70), висока тривожність (ДК=7,35) (Методика Р. Кеттела);
- низька працездатність (ДК=7,40), відхилення від автогенної норми (ДК=6,30) (проективний тест «Добро» і «Зло» із вибором кольору).

До другого кластеру увійшли :

- конфлікти у родині (між батьками) (ДК=10,48);

- погана чи відсутня пошукова активність (ДК=9,48);
- незадовільне харчування (ДК=8,34);;
- конфлікти у родині (діти – батьки) (ДК=8,23);
- алекситимія (ДК=7,24).

З проведеного аналізу витікає, що найбільш критеріально значимими щодо виявлення психосоматичної патології у дітей та підлітків за дії несприятливих факторів клініко- епідеміологічного дослідження є тести Спілбергера - Ханіна, Р. Кеттела та проєктивний тест «Добро» і «Зло» із вибором кольору.

На другому етапі ми виконали факторний аналіз з метою виявлення найбільш вагомих щодо виникнення психосоматичної патології чинників і показників, у дітей та підлітків з бронхіальною астмою та виразковою хворобою 12-палої кишки. Результати наведено у таблиці 4.2.4.3.

З вищенаведеної таблиці випливає, що найбільш значимими чинниками, що впливають на виникнення психосоматичної патології в обох групах були: алекситимія, конфлікти у родині, погана чи відсутня пошукова активність. Також слід зазначити, що до розвитку психосоматичної патології найбільше вразливі серед дітей та підлітків, особи з високою особистісною та реактивною тривожністю (за Спілбергером - Ханіним), з низькою самооцінкою (за методикою Р. Кеттела) та низькою працездатністю (за проєктивним тестом «Добро» і «Зло» із вибором кольору).

4.2.5. Нейрофізіологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку

Для визначення нейрофізіологічних маркерів формування ПСП у дітей з ППФР був проведено скрінінгове дослідження функціонального стану головного мозку у пацієнтів з психосоматичною патологією за допомогою визначення біоелектричної активності головного мозку із застосуванням

спектрально-топографічного аналізу основних ритмів ЕЕГ та побудовою мап її спектральної потужності.

На сьогодні зроблені значні успіхи у вивченні нейрофізіології емоцій та локалізації в мозку структур, що регулюють настрій людини [102; 396; 397; 398]. Показано [102; 103; 104], що ліві лобні префронтальні та праві тім'яно-потиличні області мозку відповідають за позитивні емоції, в той час як праві лобні зони приймають участь в негативних емоціях. При цьому виникає два фокуси активації кори - один в потиличних областях лівої півкулі, де потужність альфа-ритму знижена, а внутрішньокіркові зв'язки підвищені з аналогічними зонами у здорових людей і з симетричними зонами правої півкулі цих хворих. Така внутрішньокульова неузгодженість рівнів активації передніх та задніх відділів мозку, яка заважає проведенню інформації від задніх сприймаючих областей в передні для прийняття рішень і дій, була названа «поперековою функціональною блокадою» [399; 400].

Формування психопатологічних змін при різних захворюваннях супроводжується руйнуванням структури нормальної ЕЕГ та виникненням структури патологічної ЕЕГ. Вивчення особливостей ЕЕГ при формуванні ПСП у дітей з ППФР та без них стало предметом нашого дослідження.

Особливої уваги заслуговують дослідження по розробці та впровадженню автоматизованої системи для нейрофізіологічних досліджень, котра об'єднує сполучення математичних методів, емпіричних правил та експертних оцінок, що забезпечують вимір параметрів ЕЕГ, визначення патологічних ознак та опис загального патерна ЕЕГ в термінах клінічної електроенцефалографії.

Методи клінічної комп'ютерної ЕЕГ знаходять широке застосування для визначення ефективності лікування хворих за допомогою різноманітних засобів та методик.

За допомогою цього методу було підтверджено, що зміни ЕЕГ у хворих на ПСП в порівнянні зі здоровими дітьми характеризуються вірогідним підвищенням відносної потужності дельта- і тета-активності і зниженням

альфа- і бета-активності, а також зменшенням регіонарних відмінностей між передніми та задніми ділянками мозку і зростанням активності правої півкулі відносно лівої.

У хворих на ПСП знаходять також згладженість міжзональних розбіжностей, відбувається деяке зниження амплітуди альфа-ритму та пік спектру ЕЕГ припадає на частоти 10-10,5 Гц. (α -2 діапазон). В порівнянні з нормою у дітей з ПСП також вірогідно підвищена амплітуда спектру в тета- і дельта - діапазонах (особливо в тім'яних ділянках). У хворих у порівнянні з нормою підвищений вміст бета-активності. Крім того, незалежно від нозології має місце більша ніж в нормі активація правої півкулі, що видно зі зниження потужності альфа-ритму в задніх зонах кори та в підвищенні частки дельта- і тета - ритмів в лобно-скроневих, а бета-ритмів в центральних зонах. Зміни міжкулькових функціональних асиметрій визначаються по картах спектральної асиметрії правої та лівої півкулі мозку. Для картини ЕЕГ у хворих на ПСП також досить характерним є поліморфні альфа- і тета-комплекси і спалахи в центрально-тім'яних зонах кори, які відбивають дисфункцію діенцефальних утворень мозку.

Було проведено вивчення нейрофізіологічних особливостей у 32 здорових дітей, у 27 пацієнтів з психосоматичними розладами без ППФР та 20 пацієнтів з ППФР, а також у 53 дітей із психосоматичною патологією – 30 хворих без ППФР та 23 пацієнта з ППФР. Всього досліджено 130 дітей.

За даними спектрального аналізу ЕЕГ, виділено 3 групи пацієнтів:

Перша група, з організованим типом ЕЕГ (Рис.4.2.5.1 та 4.2.5.2), складала 32 дитини і характеризувалась домінуванням в картині фоновій ЕЕГ регулярного альфа-ритму, стійкої частоти (10 кол/с.), середньої та високої амплітуди (від 60 до 100 мкВ.), високої енергетичної потужності (до 50 мкВ.²), з модуляцією альфа-ритму, з вираженими зональними розбіжностями, з незначною (< 20 %) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності, як правило в бік правих ділянок ($D>S$). Форма α - хвиль була нормальна.

β -активність- була низької частоти (в межах 13-20 Гц.) та низької амплітуди (до 15 мкВ.) в незначній кількості, з максимальною спектральною щільністю на мапах мозку представлена в лобних ланках кірки мозку.

Δ -активність - частотою 2-4 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості, з максимальною спектральною щільністю виражена в зонах задньолобних та потиличних ланках кірки мозку.

θ -активність- частотою 5-7 кол/с. була середньої амплітуди (до 40 мкВ.) в помірній кількості, з максимальною спектральною щільністю виражена в зонах задньолобних ланках кірки мозку.

Реакція на розплющування-заплющування очей була адекватна (характеризувалася вираженою депресією альфа- ритму).

Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена в частотному діапазоні 9-15 Гц.

Гіпервентиляція - не провокувала збільшення спектральної потужності повільних (дельта-і тета-) складових ЕЕГ.

Зазначимо, що у здорових дітей визначається домінуючий мономодальний спектр потужності альфа-ритму, з нормальним топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в потиличних ланках кірки мозку).

Друга група, з помірно дезорганізованим типом ЕЕГ (Рис.4.2.5.3 та 4.2.5.4), складала 47 пацієнтів і характеризувалась домінуванням в картині фоновій ЕЕГ нерегулярного альфа-ритму, нестійкої частоти, (9-11 кол/с.), з бімодальним чи полімодальним спектром потужності альфа-ритму, низької та середньої амплітуди (від 40 до 60 мкВ.), середньої енергетичної потужності (до 20 мкВ.²), з послабленою модуляцією альфа-ритму, в деяких випадках з невираженими зональними розбіжностями, з значною (> 20 %) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності. Форма α -хвиль була гостра.

β -активність- була низької частоти (в межах 13-20 Гц.) та низької і середньої амплітуди (до 25 мкВ.) в значній кількості, з максимальною

спектральною щільністю, на мапах мозку була представлена в лобних та потиличних ланках кірки мозку.

Δ -активність - частотою 2-4 кол/с. була середньої та високої амплітуди (до 60 мкВ.) в значній кількості, з максимальною спектральною щільністю, виражена в зонах задньолобно-центральных та потиличних ланках кірки мозку.

θ -активність - частотою 5-7 кол/с. була середньої та високої амплітуди (до 70 мкВ.) в значній кількості, з максимальною спектральною щільністю, виражена в зонах задньолобно-центральных ланках кірки мозку.

Реакція на розплющування - заплющування очей була адекватна (характеризувалася депресією альфа- ритму).

Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена в частотному діапазоні 8-10 Гц.

Гіпервентиляція - провокувала незначне збільшення спектральної потужності повільних (дельта-і тета-) складових ЕЕГ.

Що стосується дітей з психосоматичними розладами, то у них також виявлені певні особливості: наявність помірно-дезорганізованого типу ЕЕГ з домінуючим бімодальним спектром потужності альфа-ритму, з нормальним, або частково втраченим топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в потилично-тім'яних та центральных ланках кірки мозку).

ЕЕГ у дітей з ПСП та з ППФР і без них – 53 дитини - (Рис.4.2.5.5 та 4.2.5.6) характеризувалась наявністю нерегулярного дезорганізованого альфа-ритму, нестійкої частоти (8-10 кол/с), з полімодальним спектром потужності альфа-ритму, низької амплітуди (до 35 мкВ), низької та середньої енергетичної потужності (до 10 мкВ²), в деяких випадках зі спотвореними зональними розбіжностями, і значною (>20%) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності. Форма α -хвиль була гострою.

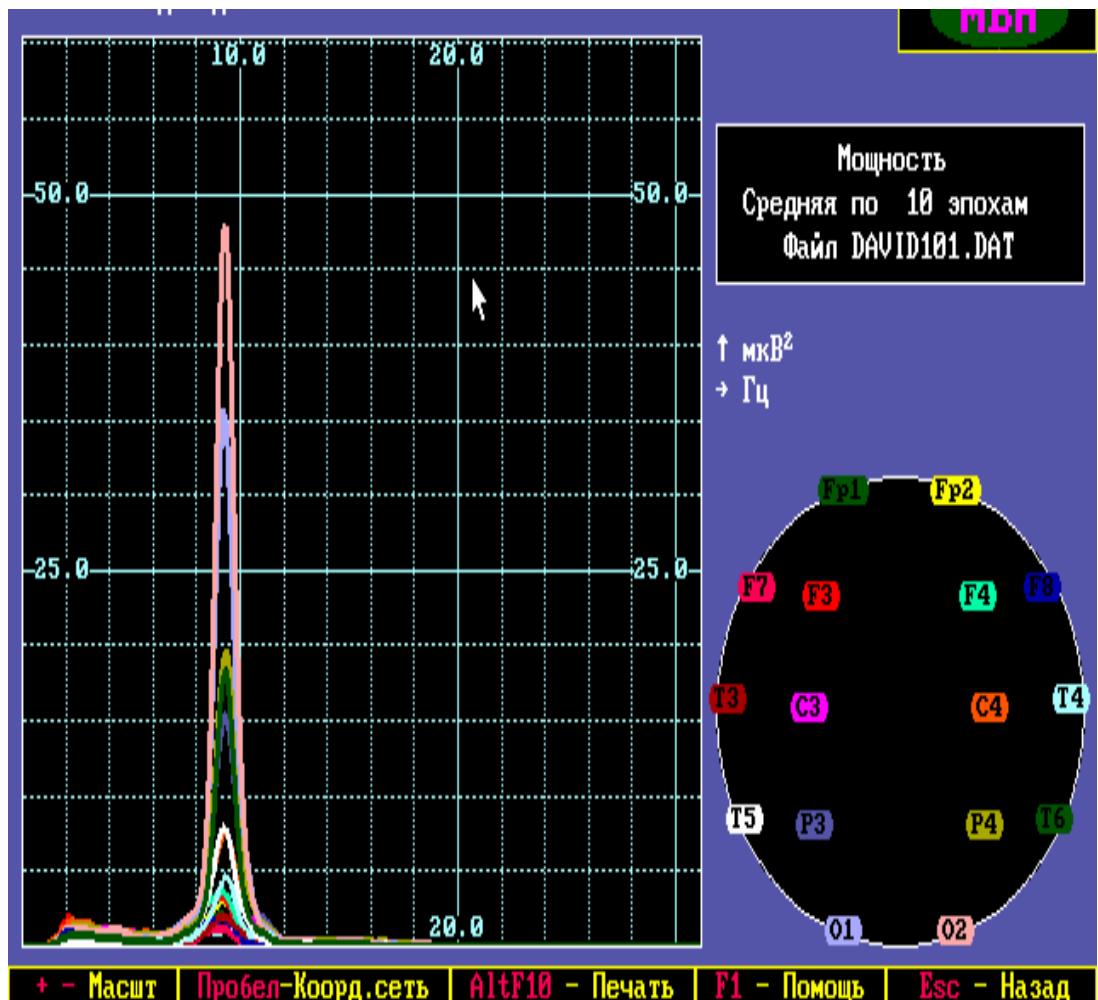


Рис. 4.2.5.1 Спектрограмма основных ритмов EEG. Организованный тип EEG (перша група – контрольна – здорові діти). Визначається домінуючий мономодальний спектр потужності альфа-ритму.

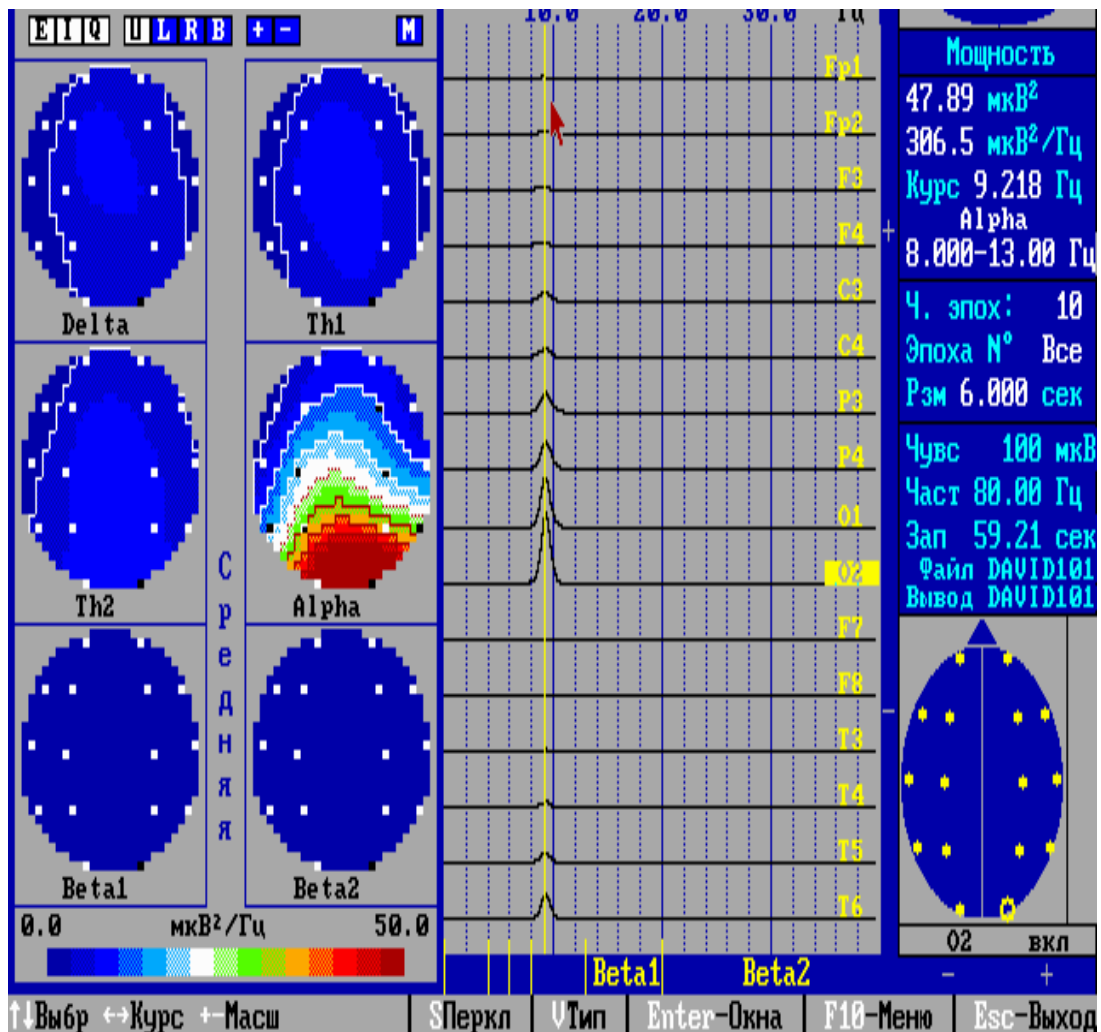


Рис.4.2.5.2 Мапи спектральної потужності основних ритмів ЕЕГ. Організований тип ЕЕГ (контрольна група – здорові діти). Визначається домінуючий моноmodalний спектр потужності альфа-ритму, з нормальним топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в потиличних ланках кірки мозку).

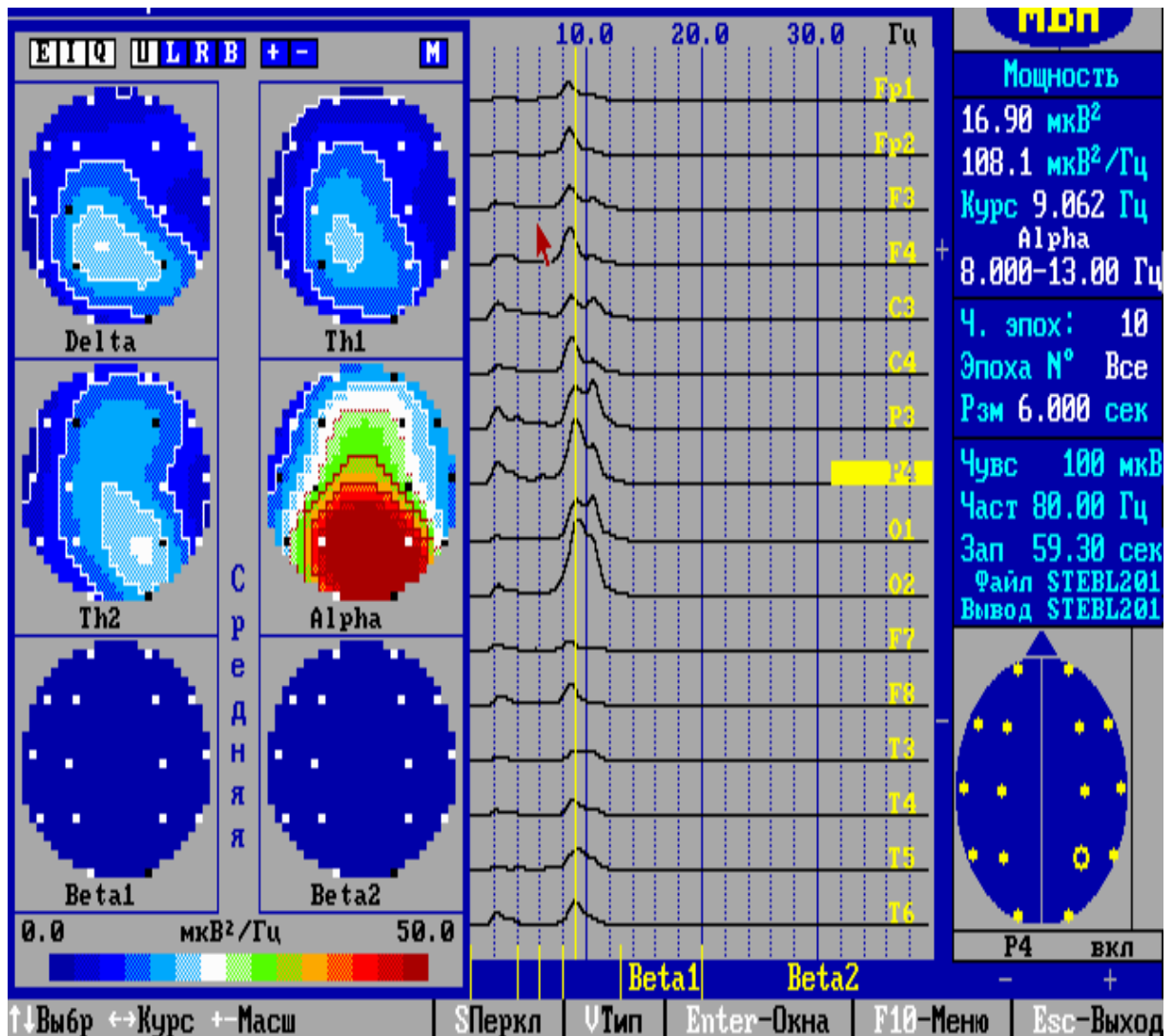


Рис. 4.2.5.3. Мани спектральної потужності основних ритмів ЕЕГ. Помірно дезорганізований тип ЕЕГ (група з психосоматичними розладами). Визначається домінуючий бімодальний спектр потужності лффа-ритму, з нормальним, або частково втраченим топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа - ритму в потилично-тім'яних та центральних ланках кірки мозку).

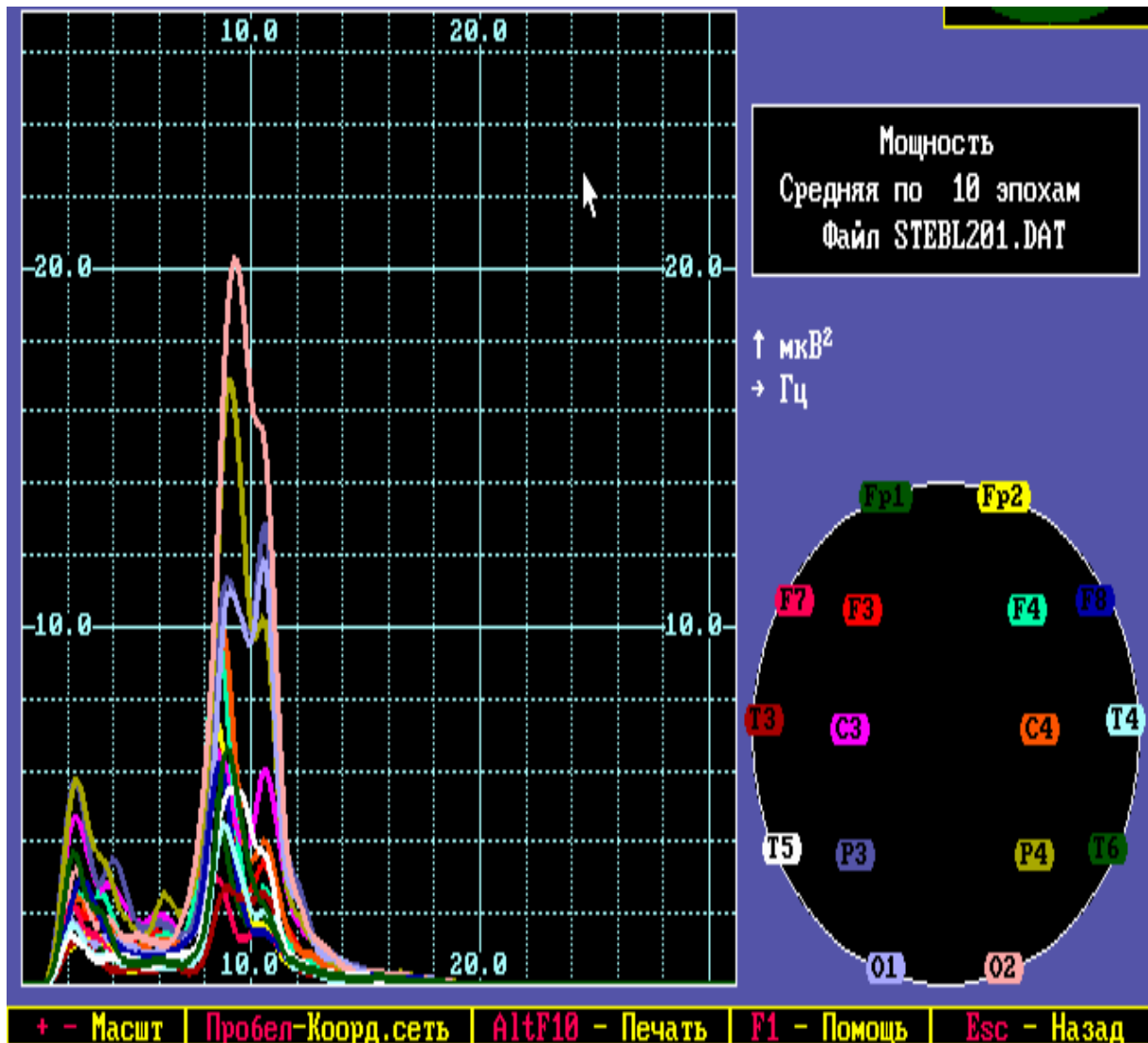


Рис. 4.2.5.4. Спектрограмма основных ритмов ЭЕГ. Помірно-дезорганізований тип ЕЕГ (група дітей з психосоматичними розладами). Визначається домінуючий бімодальний спектр потужності альфа-ритму.

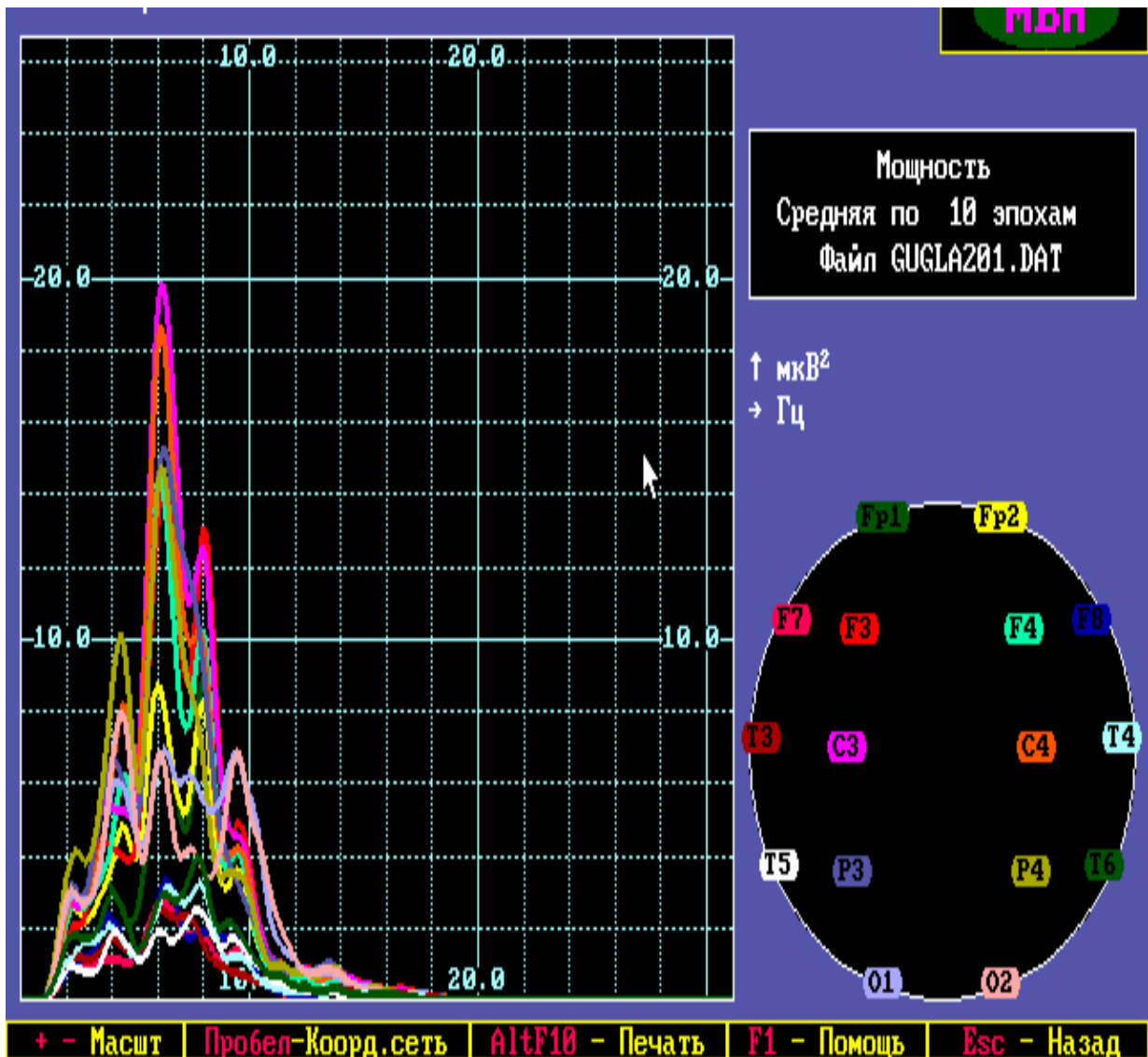


Рис.4.2.5.5 Спектрограмма основных ритмов EEG. Дезорганизованный тип EEG (группа детей с психосоматическими заболеваниями). Визначается наявний (не доминирующий) дезорганизованный, бімодальний спектр потужності альфа-ритму з низькою енергетичною щільністю. Амплітуда спектральної потужності дельта- і тета- складових EEG в 2-3 рази перевищує амплітуду спектру потужності альфа-ритму.

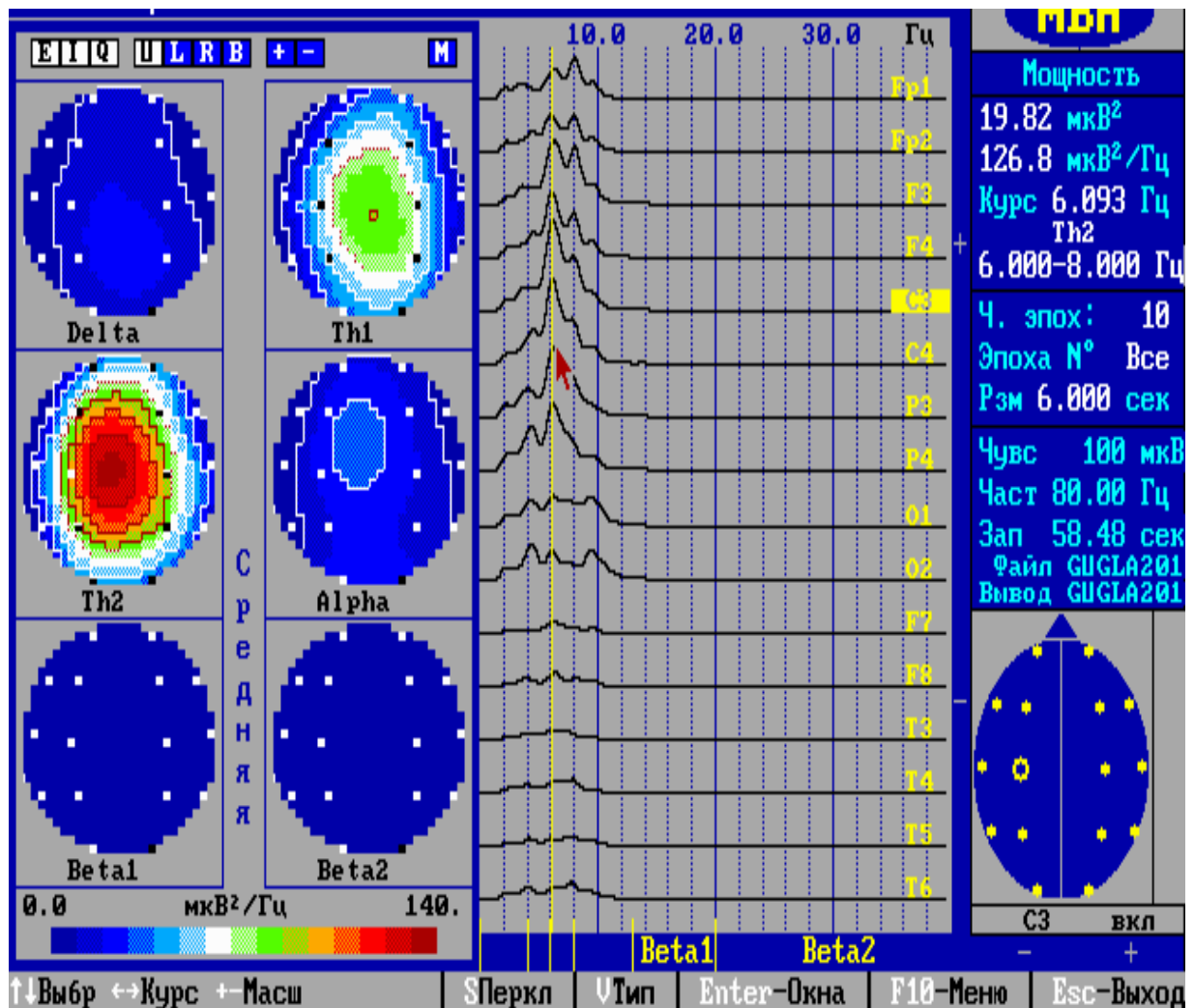


Рис 4.2.5.6 Мани спектральної потужності основних ритмів ЕЕГ. Дезорганізований тип ЕЕГ (група дітей з психосоматичними захворюваннями). Визначається наявний (не домінуючий) дезорганізований спектр потужності альфа-ритму, із спотвореним зональним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в центральних ланках кірки мозку).

β -активність – переважно була низької і високої частоти (в межах 13-30 Гц) середньої та високої амплітуди (до 30 мкВ) з максимальною спектральною щільністю на мапах мозку в лобно-центральных та потиличних ланках кірки мозку. Δ -активність частотою 2-4 кол/с була переважно середньої та високої амплітуди (50-80 мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральных та потиличних ланках кірки мозку. θ -активність частотою 5-7 кол/с була середньої та високої амплітуди (до 100мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральных ланках кірки мозку.

Слід зауважити, що амплітуди спектральних потужностей повільних складових дельта- та тета-діапазонів були в 2-3 рази вищими за амплітуду спектральної потужності альфа-ритму.

Реакція на розплющування-заплющування очей була послаблена (характеризувалася невираженою депресією альфа - ритму). Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена у частотному діапазоні 7-9 Гц.

Зазначимо, що гіпервентиляція провокувала значне (від 2 до 5 разів) збільшення спектральної потужності повільних (дельта-і тета-) складових ЕЕГ, в формі білатерально-синхронних пароксизмальних хвиль частотою 4-7 кол/с, з максимальною спектральною щільністю у задньо-лобно-центральных ланках кірки мозку. В деяких випадках - з ознаками генералізації і явищами залучення дієнцефально-стовбурових структур мозку.

Дослідивши особливості функціонального стану першої групи дітей, з організованим типом ЕЕГ, ми прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з нормальними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, відповідно до вікової норми, з нормальними показниками функціонального стану головного мозку, що забезпечують психологічне здоров'я, нормальні адаптивні можливості організму та здатність переносити психофізичні навантаження.

Дослідивши особливості функціонального стану другої групи дітей, з помірно-дезорганізованим типом ЕЕГ, прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з частково аномальними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, з помірно зміненими показниками функціонального стану головного мозку, що з певними застереженнями можуть забезпечити психологічну сталість в нормальних умовах життєдіяльності, але без значних психофізичних навантажень.

Дослідивши особливості функціонального стану третьої групи пацієнтів з дезорганізованим типом ЕЕГ, ми прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з патологічними, спотвореними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, з значно зміненими патологічними показниками функціонального стану головного мозку, що не зможуть забезпечити психологічну надійність в нормальних умовах, не кажучи вже про психофізичні навантаження.

Таким чином, використання нейрофізіологічного дослідження функціонального стану головного мозку з використанням спектрально-топографічного аналізу ЕЕГ є доцільним для діагностики, а також для моніторингу ефективності медико-психолого-педагогічної реабілітації осіб з психосоматичною патологією.

4.2.6. Математична модель

Все вище перелічене свідчить про необхідність ранньої діагностики та прогнозування вірогідності виникнення та прогресування ПСП у дітей з ППФР і без них.

Для виділення з множини загальновідомих ФР тих, вплив яких на формування ПСП є найбільшим, ми використовували покроковий дискримінантний і дискримінантний аналіз і створили математичну модель, яка описується наступними формулами:

$$f1 = -29,49 + 5,27X1 + 5,92X2 + 9,7X3 + 5,82X4 + 6,83X5 + 4,4X6 + 5,82X7 + 6,4X8$$

(1);

$$f2 = -0,72 + 1,64X1 + 1,02X2 + 2,07X3 - 0,59X4 - 0,27X5 + 0,3X6 + 0,4X7 + 0,1X8$$

(2);

де -29,49 (1) і -0,72 (2) - два постійних вільних члени вказаних формул;

$f1$ і $f2$ - залежні змінні функції: величина вірогідності виникнення ($f1$) чи відсутності вірогідності виникнення ($f2$) захворювання;

при $f1 > f2$ прогнозують вірогідність виникнення ПСП у дітей;

при $f1 < f2$ - така вірогідність відсутня.

Якщо $f1 > f2$, то можемо знайти ступінь вірогідності (FL) виникнення захворювання по формулі: $FL = 1 / (e^{k1} + e^{k2})$, де: $k1$ - різниця між меншою і більшою величиною, $k2$ - константа, що дорівнює 0 (тому, що $L=1$), e - експонента, яка дорівнює 2,718. Величину e^{k1} та e^{k2} визначають за допомогою табличних показників функції e^{-x} (Митропольский А.К., 1969).

При $FL > 0,75$ прогнозують високий рівень вірогідності виникнення ПСП; при FL від 0,75 до 0,6 - середній;

менше 0,6 - низький.

Індикація перемінних "X" наведена в таблиці 4.2.6.1.

Наводимо приклади використання розробленої математичної моделі.

Приклад 1. Аліна С., 14 років. Із анамнезу відомо, що у бабусі виразкова хвороба ДПК ($X1=2$); дитина знаходилась на вихованні у бабусі з народження (у дівчинки загинули батьки) ($X2=2$); іноді бувають конфлікти у родині ($X3=1$). дівчинка замкнена, не активна ($X4=2$); при психологічному обстеженні виявлені: висока особистісна та реактивна тривожність ($X5=2$), низькі показники самооцінки ($X6=2$).

$$f1 = -29,49 + 5,27X1 + 5,92X2 + 9,7X3 + 5,82X4 + 6,83X5 + 4,4X6 = 45,39$$

$$f2 = -0,72 + 1,64X1 + 1,02X2 + 2,07X3 - 0,58X4 - 0,27X5 + 0,3X6 = 7,64$$

$f1 > f2$ - у дитини є вірогідність виникнення ПСП (ВХ ДПК).

$$KL = f1 - f2 = 37,75;$$

$$FL = 1 / (2,718^{(-0,561)} + 1) = 0,99$$

Таблиця 4.2.6.1

Індикація перемінних “X”

X	Назва фактора ризику, його значення	Бали
X1	Наявність в родині : хронічної соматичної патології	1
	Виразкової хвороби шлунку і ДПК, бронхіальної астми	2
	Необтяжена спадковість	0
X2	Неповна родина	1
	Смерть батьків	2
	Повна родина	0
X3	Конфлікти у родині (між батьками)	2
	Конфлікти у родині (діти – батьки)	1
	Гармонійні відносини у родині	0
X4	Погана чи відсутня пошукова активність	2
	Пошукова активність (креативність)	0
X5	Висока особистісна та реактивна тривожність	2
	Низька особистісна та реактивна тривожність	0
X6	Низькі показники самооцінки	2
	Висока самооцінка	0
X7	Низька працездатність	2
	Висока працездатність	0
X8	Дезорганізований спектр потужності альфа-ритму, із зпотвореним зональним розподілом	2
	бімодальний спектр потужності альфа-ритму, із частково втраченим топічним розподілом	1
	домінуючий мономодальний спектр потужності альфа-ритму, з нормальним топічним розподілом	0

Таким чином, ступінь вірогідності виникнення захворювання у дитини високий і складає 99,0%. В подальшому, при обстеженні був підтверджений діагноз: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, виразкова деформація цибулини дванадцятипалої кишки, хронічний гіпертрофічний гастродуоденіт з пониженою кислотоутворюючою функцією шлунку, Н.р.-асоційований, хронічний кандидоз слизової оболонки ротової порожнини і шлунку.

Приклад 2. Саша К., 12 років. В родині немає хворих на ХГД, ВХ чи рак шлунку ($X_1=0$); у дитини повна родина ($X_2=0$); в родині гармонійні відносини ($X_3=0$); хлопчик активний, займається спортом ($X_4=0$); при психологічному обстеженні виявлена висока особистісна та реактивна тривожність ($X_5=2$).

$$f_1 = -29,49 + 6,84X_2 = -15,81; f_2 = -0,72 - 0,27X_2 = -0,99;$$

$f_1 < f_2$ - тобто вірогідність розвитку ПСП відсутня;

$KL = -0,72 - (-0,27) = -0,45$; $FL = 1/2,718^{(-0,234)} + 1 = 0,112$, тобто ступінь вірогідності виникнення захворювання ВХ ДПК низький і складає 11,2%. При обстеженні дитини виявлено моторно-евакуаторні порушення жовчовидільних шляхів по гіпертонічно-гіперкінетичному типу, дуодено-гастральний рефлюкс I ступеню.

При використанні прогностичної математичної моделі у 214 школярів 7-15 років у 23 з них виявлена вірогідність наявності ВХ ДПК, що при обстеженні в стаціонарі було підтверджено у 19 (82,5%) пацієнтів. Отже, виявлена висока прогностична ефективність розробленої нами математичної моделі, що дозволяє її рекомендувати для використання в практичній медицині для скринінгової діагностики ВХ ДПК у дітей і для виділення груп ризику по формуванню цієї патології.

Використання розробленої математичної моделі дає можливість розподілу дітей на групи ризику і дозволяє на ранніх етапах прогнозувати вірогідність виникнення ПСП та її подальшого перебігу при застосуванні в умовах дитячої поліклініки та шкільно-дошкільних закладів.

Таким чином, клініко-параклінічними особливостями перебігу ПСП у дітей з ППФР у порівнянні з пацієнтами без ППФР є:

- переважання астено-невротичного синдрому в клінічній картині,
- більша тривалість захворювання;
- значно тяжчий його перебіг.

В той же час, відмічені однакові тенденції в психологічному та нейрофізіологічному статусі обстежених дітей обох груп, які можна діагностувати на ранніх етапах формування захворювання з використанням, розробленої нами математичної моделі.

Отже, при проведенні динамічного опрацювання історій хвороб дітей, які лікувались у відділеннях стаціонару виявлені клінічні особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у пацієнтів без ППФР:

- наявність мало- та асимптомних клінічних форм у 29,0% пацієнтів;
- виявлення перших клінічних ознак хвороби у вигляді ускладнень (шлунково-кишкова кровотеча, рубцево-виразкова деформація слизової оболонки дванадцятипалої кишки) (8,1%).

Така ж закономірність відмічена і у дітей з ПФВР. Однак, частота виявлення ускладнених форм захворювання була достовірно вищою (14,7%). Особливостями клінічного перебігу психосоматичних захворювань у дітей з порушеннями психофізичного розвитку була:

- їх більша тривалість (73,0%) та тяжкість (53,8%) проти 46,6% і 16,7% у хворих без ПФВР.

-У віковій структурі у дітей з психосоматичною патологією та психофізичними вадами розвитку виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без психофізичних вад розвитку ($10,5 \pm 0,7$ років та $14,2 \pm 0,5$ відповідно).

Визначені основні комбінації факторів ризику формування та прогресування психосоматичних захворювань у дітей з порушеннями психофізичного розвитку та створено математичну модель прогнозування їх

формування і прогресування.

Вивчені нейрофізіологічні особливості формування ПСП у дітей з психофізичними вадами розвитку та без них:

-наявний (не домінуючий) дезорганізований спектр потужності альфа-ритму зі спотвореним зональним розподілом у вигляді максимальної спектральної щільності альфа-ритму в центральних ланках кірки мозку.

Виявлені кардинальні психологічні маркери розвитку ПСП у дітей з психофізичними вадами розвитку і без них, а саме:

-високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна),

-низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Кеттела),

-низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору).

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ПСИХОСОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Для виконання завдань щодо реабілітації дітей та підлітків з психосоматичною патологією, яка забезпечує своєчасність, комплексність і безперервність медичної, психолого-педагогічної реабілітації, досягнення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівню життєдіяльності, були запропоновані наступні принципи: ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність та етапність, системність, комплексність та індивідуальний підхід.

Зазначимо, що під **медичної реабілітацією** розуміється система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Психологічна реабілітація - це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості. Невід'ємною складовою психологічною реабілітацією є психологічна адаптація яка спрямована на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства.

Педагогічна реабілітація здійснюється за наявності психологічних проблем, пов'язаних з захворюванням особи у шкільному колективі.

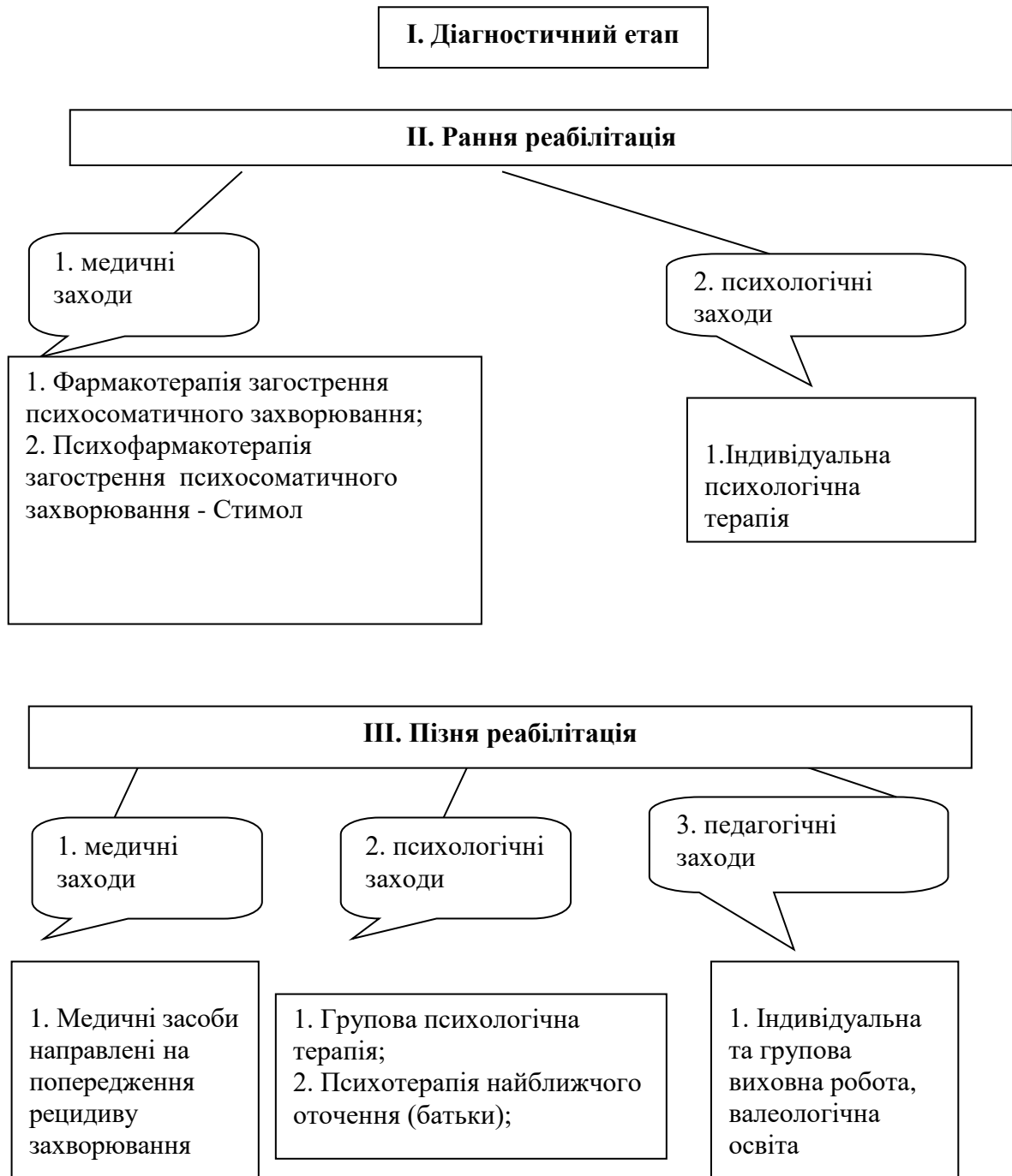


Рис. 5.1 Етапи реабілітаційних заходів у дітей з психосоматичною патологією та порушеннями психофізичного розвитку

Проведений нами аналіз поширеності психосоматичної патології, особливостей динаміки, клініко-епідеміологічних, соціально-психологічних та нейрофізіологічних закономірностей їх формування у осіб дитячого та підліткового віку вказує на те, що в переважній більшості випадків, проблема зосереджена навколо психологічної особливості самої особистості та її міжособистосних стосунків, перш за все це родина та школа.

Провідна діяльність дітей та підлітків – навчання, яке передбачає успішну адаптацію до нової соціальної ситуації, ефективний розвиток довільних психічних процесів, розвиток комунікативних навичок тощо. Водночас, успіхи у навчальній діяльності, позитивний емоційний клімат у класі сприяють підвищенню самооцінки, зниженню тривожності, запобігають виникненню негативного емоційного досвіду. Саме тому при розробці системи реабілітації, щодо запобігання та подолання психосоматичної патології у дітей та підлітків ми спиралися на психологічні особливості осіб з даним видом патології та на особливості провідної діяльності, якою у підлітковому віці виступає навчання. Впливи зовнішніх психологічних детермінант: форм навчання та виховання на виникнення психосоматичної патології залежать від індивідуально-особистісних особливостей суб'єкта. При цьому, стимулами виступають процеси соціалізації.

Проте, тільки у разі певних психологічних передумов, особистісно-індивідуальних факторів вони можуть спричинювати виникнення психосоматичної патології. [1; 21; 37; 44; 57; 108; 117; 118; 120; 152; 161; 198; 221].

Тому поєднання психокорекційного впливу на індивідуально-особистісні особливості підлітка та на соціальні умови його розвитку, уможливорює створення оптимальних умов, які б сприяли подоланню психосоматичної патології у останніх.

Нами розроблена етапна система реабілітації дітей з психосоматичної патологією та психофізичними вадами розвитку і без них.

I. Діагностичний етап полягав в проведенні комплексного (клініко-епідеміологічного, клініко-психологічного та нейрофізіологічного) обстеження дітей і підлітків з метою виявлення психосоматичного та супутніх захворювань (згідно МКЗ-Х), визначення їх форми, ступеню тяжкості, наявності чи відсутності ускладнень.

II. Етап ранньої реабілітації (стаціонарний етап) - лікування загострення психосоматичного захворювання у відповідності до Протоколів надання медичної допомоги МОЗ України та додаткового включення препарату метаболічного ряду «Стимол», а також індивідуальної психологічної допомоги медичним психологом чи психотерапевтом для досягнення стійкої клініко-параклінічної ремісії психосоматичного захворювання.

III. Етап пізньої реабілітації, який проводиться на поліклінічному, за необхідності, санаторно-курортному, а також шкільному рівнях. Він складається з медичних, психологічних та педагогічних засобів. Медичні засоби спрямовані на попередження рецидиву захворювання (базисна терапія при БА та підтримуюча протирецидивна терапія при ВХ ДПК). Психологічна складова сприяє подальшій корекції особистісних особливостей пацієнта і проводиться не лише індивідуально з дитиною, але й з найближчим оточенням в родині та школі. Педагогічна складова комплексної реабілітації включає засвоєння валеологічної інформації з акцентом на необхідність валеологічного самовиховання, а також індивідуальну та групову виховну роботу, направлену на гармонізацію міжособистісних стосунків дитини, попередження внутрішньо-особистісних конфліктів.

Підкреслимо, що на сьогодні в державних Протоколах МОЗ України надання медичної допомоги при психосоматичній патології (бронхіальній астмі та виразковій хворобі дванадцятипалої кишки) не передбачені психотерапевтичні засоби лікування (таб. 5.1.1, таб. 5.1.2).

Однак отримані нами результати клініко-епідеміологічного і, особливо, психологічного та нейрофізіологічного обстеження дітей з психосоматичною патологією та порушеннями психофізичного розвитку і без них є підґрунтям для обов'язкового включення в лікувальний алгоритм ведення таких пацієнтів психологічного консультування медичним психологом чи психотерапевтом на етапі ранньої реабілітації. На етапі пізньої реабілітації дітей з психосоматичною патологією та психофізичними вадами і без них, важливим є включення в комплекс реабілітаційних заходів індивідуального консультування психологом та індивідуальної роботи з педагогом.

5.1 Медична реабілітація

Медичні засоби використовують у відповідності до загальноприйнятих протоколів лікування того чи іншого захворювання. Ми дозволимо собі зупинитися на протоколах лікування найбільш поширених психосоматичних захворювань, виходячи з наших досліджень. Це бронхіальна астма (Таб. 5.1.1) та виразкова хвороба 12-палої кишки (Таб. 5.1.2).

Як видно, з наведених підходів до лікування психосоматичної патології, при виразковій хворобі 12 палої кишки психофармакологічні засоби представлені у вигляді препаратів центральної дії: даларгін, сульпірид (еглоніл, догматил), седативних засобів: новопасит або персен форте чи фітосед. У протоколі лікування бронхіальної астми психофармакологічні засоби не представлені взагалі.

Традиційні психотерапевтичні підходи до лікування психосоматичних захворювань вбачають застосування як психотерапевтичних методик, так і засобів психофармакотерапії. Зазвичай застосовуються засоби трьох основних груп: транквілізатори, антидепресанти та нейролептики.

При цьому стирається межа між розладами різного психопатологічного рівню та порушується принцип адекватної терапії. Тобто, нерідко при лікуванні незначних психосоматичних порушень використовуються

настільки “сильні” лікувальні засоби, що в кінцевому результаті призводить не до усунення, а до фіксації і до посилення ступеню психосоматичних розладів.

В більшій мірі це стосується лікування дітей з психосоматичними захворюваннями. Можна виділити, по меншій мірі, три варіанти неадекватного підходу до їх корекції:

- 1) використання тільки соматотропних засобів, тобто проведення симптоматичної терапії;
- 2) застосування тільки психотропних (седативних) препаратів;
- 3) поряд із седативними використання антидепресантів, неадекватних характеру депресивного афекту.

З іншої сторони, психогенна природа афективних порушень, які лежать в основі більшості психосоматичних захворювань, обумовлює крайню актуальність включення психотерапії в комплекс заходів у відношенні пацієнтів даного профілю. Тут також можна виділити три основні проблеми, рішення яких дозволяє істотно підвищити ефективність лікування дітей з психосоматичною патологією.

Перша заключається у відсутності можливості своєчасно виявленої психотерапевтичної допомоги на рівні первинної ланки (дитячої поліклініки) і педіатричних стаціонарів. Для цього потребується наявність необхідних спеціалістів – дитячого психотерапевта та дитячого медичного психолога, які здійснюють бригадну взаємодію з педіатрами та дитячими психіатрами, могли б взяти на себе відповідальність за даний аспект поліклінічного лікування.

Таблиця 5.1.1

Затверджено
наказ МОЗ України
від 08.02.2008 № 57

Надання медичної допомоги при бронхіальній астмі

№ п/п	Нозологічні форми	Шифр МКХ-10	РЛ, ЦРЛ			
			Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості і (результат лікування)	Середня тривалість лікування
1	2	3	4	5	6	7
1.	Бронхіальна астма	J45				
	легка форма		1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Ро-графія ОГК 3. ФЗД 4. ЕКГ 5. УЗО органів черевної порожнини 6. Огляд спеціалістів (ЛОР невропатолог, окуліст)	1. В ₂ -агоністи 2. Міолітики 3. Муколітики 4. Фізіотерапія (ЛФК, масаж) 5. Лікування супутніх захворювань. 6. Амбулаторне – планова протизапальна терапія (інтал, тайлед)	1. Купірування приступу 2. Скорочення періоду загострення 3. Подовження ремісії	5 + амбул.

Продовження таблиці 5.1.1

	Середньої тяжкості		<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Ro-графія ОГК 3. ФЗД 4. ЕКГ 5. УЗО органів черевної порожнини 6. Огляд спеціалістів (ЛОР, невропатолог, окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. В₂-агоністи 2. Міолітики 3. Муколітики 4. Холіно літаки 5. Теофілін 6. Кортикостероїди парентерально – коротким курсом 7. Планова протизапальна терапія – італ., тайлед. 8. Фізіотерапія (ЛФК, масаж) 9. Лікування супутніх захворювань. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Купірування приступу 2. Скорочення періоду загострення 3. Подовження ремісії 4. При неефективності – переведення на наступний етап 	14
	тяжка форма, включаючи астматичний статус	J46	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Ro-графія ОГК 3. ФЗД 4. ЕКГ 5. УЗО органів черевної порожнини 6. Огляд спеціалістів (ЛОР, невропатолог, окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. При необхідності - реанімаційні заходи. 2. В₂-агоністи, 3. Міолітики 4. Муколітики 5. Холінолітики 6. Теофілін 7. Кортикостероїди парентерально – коротким курсом 8. Планова протизапальна терапія – інтал. тайлед,. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Купірування приступу 2. Скорочення періоду загострення 3. Подовження ремісії При неефективності переведення на наступний етап 	20

Продовження таблиці 5.1.1

№ п/п	Нозологічні форми	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (результати лікування)	Середня тривалість лікування (дні)
1.	Бронхіальна астма середньої важкості та тяжка форма	J45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Імунологічне обстеження 1-го рівня 3. Специфічна алергодіагностика 4. ФЗД 5. Ro -графія ОГК 6. ЕКГ 7. УЗО органів брюшної порожнини 8. Бронхоскопія 9. ФІГДС 10. Огляд спеціалістів (ЛОР невропатолог, окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. В₂-агоністи 2. Міолітики 3. Муколітики 4. Холінолітики 5. Теофілін 6. Кортикостероїди парентерально коротким курсом 7. Планова протизапальна терапія – інтал, тайлед, кортикостероїди інгаляційні (іноді – оральні коротким курсом) 8. Фізіотерапія (ЛФК, масаж) 9. Лікування супутніх захворювань. 10. В період ремісії – специфічна гіпосенсибілізація 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Купірування приступу 2. Скорочення періоду загострення 3. Покращення ФЗД 4. Санація вогнищ інфекції 5. Переведення астми в більш легку форму 6. Покращення якості життя хворих 	20

Продовження таблиці 5.1.1

Астматичний стан	J46	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Імунологічне обстеження 1-го рівня 3. Специфічна алергодіагностика 4. ФЗД 5. Ro -графія ОГК 6. ЕКГ 7. УЗО органів черевної іорожнини 8. Бронхоскопія 9. ФІГДС 10. Огляд спеціалістів (ЛОР невропатолог. Окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанімаційні заходи та методи інтенсивної терапії 2. Після чого - лікування як при тяжкій формі бронхіальної астми 	1. Купірування астматичного стану	20
------------------	-----	--	--	-----------------------------------	----

Продовження таблиці 5.1.1

№ № п/п	Нозологічна форма	Шифр по МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (результати лікування)	Середня тривалість лікуван ня
1	2	3	4	5	6	7
1.	Бронхіальна астма Середньої важкості та тяжка форма	J45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Імунологічне обстеження 1-го рівня та 2-го рівня 3. Специфічна алергодіагностика 4. ФЗД 5. Вірусологічне та бактеріологічне обстеження бронхолегеневого апарату 6. Ро-графія ОГК 7. ЕКГ 8. УЗО органів черевної порожнини 9. Бронхоскопія 10. ФІГ ДС 11. Огляд спеціалістів (ЛОР, невропатолог окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. В₂-агоністи короткої та пролонгованої дії 2. Міолітики 3. Муколітики 4. Холінолітики 5. Теофілін 6. Кортикостероїди парентеральне коротким курсом 7. Фізіотерапія (ЛФК. масаж) 8. Лікування супутніх захворювань. 9. В період ремісії – планова протизапальна терапія (інтал. тайлед. кортикостероїди інгаляційні, іноді - короткий курс оральних 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Купірування приступу 2. Скорочення періоду загострення 3. Покращення ФЗД 4. Санація вогнищ інфекції 5. Переведення астми в більш легку форму 6. Покращення якості життя хворих 	20

				кортикостероїдів), антилейкотриєни 10. В період ремісії - специфічна Гіпосенсибілізація		
	астматичний стан	J46	<ol style="list-style-type: none"> 1. Загальний аналіз крові та сечі 2. Імунологічне обстеження 1-го рівня та 2-го рівня 3. Специфічна алергодіагностика 4. ФЗД 5. Вірусологічне та бактеріологічне обстеження бронхолегеневого апарату 6. Ро-графія ОГК 7. ЕКГ 8. УЗО органів черевної порожнини 10. ФГДС 11. Огляд спеціалістів (ЛОР невропа-толог, окуліст) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанімаційні заходи та методи інтенсивної терапії 2. Після чого - лікування як при тяжкій формі бронхіальної астми 	1. Купірування астматичного стану	20

Таблиця 5.1.2

Надання медичної допомоги при виразковій хворобі 12-палої кишки та шлунку

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
1	2	3	4	5	6	7
1	Виразка шлунку у фазі загострення середнього ступеня важкості	K.25	<p>1. Загальний аналіз крові – 1 раз.</p> <p>2. Загальний аналіз сечі – 1 раз.</p> <p>3. Кал на скриту кров – 1 раз.</p> <p>4. ЕГДС – 2 рази.</p> <p>5. Хромоскопія – 1 раз.</p> <p>6. Біопсія слизової оболонки шлунка ендоскопічна – 1 раз (5 біоптатів).</p> <p>7. Цитологічне, гістологічне дослідження матеріалу – 1 раз.</p> <p>8. Внутрішньолункова рН-метрія – 1 раз.</p> <p>9. Рентгеноскопічне дослідження стравоходу,</p>	<p>1. Дієтичне харчування. Стіл №1.</p> <p>2. Антихелікобактерні схеми: ТРИКОМПОНЕНТНА СХЕМА:</p> <p>I. Рабепразол (парієт) або омепразол (омез, лансек, лосек, ромесек чи ланзап, лансофед) + кларитроміцин (кларид, клабакс, фромелід) – 7днів + метронідазол (трихопол, кліон) або тинидазол. Або комбіновані препарати (Орністат).</p> <p>II. Інгібітор протонної помпи. + азитроміцин (сумамед, азівок) + амоксицилін (флемоксин солютаб, хиконцил).</p>	Поліпшення загального стану, рубцювання виразки	16

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
			шлунка, дванадцятипалої кишки – 1 раз.	<p>III. Пілорид (ранітидин, вісмута цитрат) + кларитроміцин (клацид, клабакс, фромелід) – 7 днів + метронідазол (тріхопол, кліон) або тинидазол.</p> <p>IV. Колоїдний субцитрат вісмута (де-нол) + кларитроміцин (клацид, клабакс, фромелід) – 7 днів + омепразол.</p> <p>ТЕРАПІЯ, ЩО СКЛАДАЄТЬСЯ З ЧОТИРЬОХ КОМПОНЕНТІВ:</p> <p>I. Інгібітор протонної помпи + вісмута цитрат (де-нол, трибимол, гастронорм) + метронідазол (тріхопол, кліон) + тетрациклін або амоксицилін.</p> <p>II. Ранітидин (зантак) або фамотидин або інгібітор протонної помпи + калієва сіль цитрата вісмута + метронідазол + тетрациклін.</p> <p><i>3. Інгібітори протонної помпи</i></p>		

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
				<p>(омепрозол, омез, лансек, лосек) або блокатори H_2-рецепторів гістаміну (фамотидин, ульфамід, квамател, невофам) 17-21 день.</p> <p>4. Антациди:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маалокс, гастромакс, альмагель, фосфалюгель, гастерін-гель. <p>5. Гастроцитопротектори:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сукральфат (вентер); - вісмута субцитрат (де-нол, трибімол, гастронорм) 17-21 день. <p>6. Препарати центральної дії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - даларгін; - сульпірид (еглоніл, догматил) 20 днів. <p>7. Препарати, що поліпшують мікроциркуляцію:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пентоксифілін або - <i>актовегін або</i> 		

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
				<p>- солкосерил 12-20 днів. 8. Седативні препарати: - ново-пасит або - персен форте або - фитосед. 9. Фізіотерапевтичне лікування.</p>		
2	Виразка дванадцятипалої кишки у фазі загострення середнього ступеня тяжкості	К. 26	<p>1. Загальний аналіз крові – 1 раз. 2. Загальний аналіз сечі – 1 раз. 3. Кал на скриту кров – 1 раз. 4. ЕГДС – 2 рази. 5. Хромоскопія – 1 раз. 6. Цитологічне, гістологічне дослідження матеріалу – 1 раз. 7. Внутрішньошлункова рН-метрія – 1 раз. 8. Рентгеноскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки – 1 раз. 9. Релаксація</p>	<p><i>1. Дієтичне харчування. Стіл №1.</i> <i>2. Антихелікобактерні схеми:</i> ТРИКОМПОНЕНТНА СХЕМА: I. Рабепразол (парієт) або омепразол (омез, лансек, лосек, ромесек чи ланзап, лансофед) + кларитроміцин (кларид, клабакс, фромелід) – 7 днів + метронідазол (тріхопол, кліон) або тинидазол або комбіновані препарати (орністат). II. Інгібітор протонної помпи + азитроміцин (сумамед, азивок) + амоксицилін (флемоксин</p>	Поліпшення загального стану, рубцювання виразки	12

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
			дванадцятипалої кишки.	<p>солютаб, хиконцил).</p> <p>III. Пілорид (ранітидин, вісмута цитрат) + кларитроміцин (клагіцид, клабакс, фромелід) – 7 днів + метронідазол (трихопол, кліон) або тинідазол.</p> <p>IV. Колоїдний субцитрат вісмута (де-нол) + кларитроміцин (клагіцид, клабакс, фромелід) – 7 днів + омепразол.</p> <p>ТЕРАПІЯ, ЩО СКЛАДАЄТЬСЯ З ЧОТИРЬОХ КОМПОНЕНТІВ:</p> <p>I. Інгібітор протонної помпи + вісмута цитрат (де-нол, трибимол, гастронорм) + метронідазол (трихопол, кліон) + тетрациклін або амоксицилін.</p> <p>II. Ранітидин (зантак) або фамотидин або інгібітор протонної помпи + калієва сіль</p>		

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
				<p>цитрату вісмута + метронідазол + тетрациклін.</p> <p>3. <i>Інгібітори протонної помпи:</i> Омепразол, омез, лансек, лосек, ромесек 17-21 день або Ланзопразол (ланзап, ланза) або Рабепразол (парієт) 17-21 день або <i>БЛОКАТОРИ H₂-РЕЦЕПТОРІВ ГІСТАМІНУ:</i> - фамотидин (ульфамід, квамател, гастромакс, невофам) 17-21 день.</p> <p>4. <i>Антациди:</i> маалокс, альмагель, фосфалюгель, гастромакс, гастерін-гель.</p> <p>5. Гастроцитопротектори: - сукральфат (вентер); - вісмута субцитрат (де-нол, трибімол, гастронорм) 17-21 день.</p> <p>6. <i>Препарати центральної дії:</i> - даларгін;</p>		

№ п/п	Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Перелік діагностичних обстежень	Обсяг лікувальних заходів	Критерії якості (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування (діб)
				<p>- сульпірид (еглоніл, догматил) 20 днів.</p> <p><i>7. Препарати, що поліпшують мікроциркуляцію:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - пентоксифілін або - актовегін або - солкосерил 12-20 днів. <p>8. Седативні препарати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ново-пасит або - персен форте або - фітосед. <p><i>9. Фізіотерапевтичне лікування:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - КХЧ терапія – 10 процедур; - Магнітотерапія – 10 процедур 		

Друга проблема – переважання в психотерапії психосоматичних захворювань або чисто симптоматичного підходу (представлена, зокрема, тілесно-орієнтованими, сугестивними та біхевіоральними методиками), або загально-корекційного впливу, мало співвіднесеного з психогенезом розглянутих станів (різні форми арт-терапії, ігрові методики тощо).

Клінічна психотерапія припускає вияв (в тому числі з допомогою проєктивних тестів) зміст прихованого психотравмуючого конфлікту, який лежить в основі психогенної депресії, а також урахування психопатологічної структури хворобливого стану, його клінічної форми, етапу динаміки та індивідуально-вікових (в тому числі й дизонтогенетичних) особливостей пацієнта.

На кінець, той факт, що в переважній більшості випадків психогенних конфліктів дітей викликані або підтримуються несприятливими сімейними ситуаціями та неадекватним виховним підходом, визначає обов'язкове залучення батьків в психотерапевтичний процес.

Недостатній облік відмічених моментів суттєво знижує лікувальні можливості.

5.1.1 Стимол у комплексній медикаментозній терапії психосоматичних захворювань

Проблема, що виникає у клінічній роботі практично кожного лікаря – проблема хронічної втоми та астенії (від лат. *asthenia* - слабкість). Незважаючи на те, що особливості клінічного перебігу та дані об'єктивних обстежень дозволяють зробити висновок про відмінність цих синдромів, більшість лікарів їх ототожнюють.

Слід зазначити, що астеничний синдром є складовою частиною синдрому вегетативних дисфункцій, котрий досить часто зустрічається як у дорослих, так і в дітей. Наші дослідження показали велику питому вагу різних варіантів

його у обстежених пацієнтів. Синдром вегетативної дисфункції (СВД) – поліетіологічний синдром, зумовлений порушеннями регуляторних функцій вищих відділів вегетативної нервової системи, макро- та мікроциркуляції, судинного тонуусу і кровонаповнення, що клінічно проявляється емоційно-вольовими порушеннями, астеничним синдромом та зниженням адаптаційних можливостей організму [216; 224; 225; 235].

Астено-вегетативний синдром – стан, що характеризується загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю та виснаженістю, ослабленням чи втратою здатності до тривалого фізичного чи розумового навантаження, проявами ангедонії (зниження активності, втрата інтересу та задоволення від звичних занять), болями голови, запамороченнями, частою зміною настрою, відсутністю позитивної мотивації до одужання. Саме астеновегетативні розлади превалювали у дітей основної групи.

Розуміння механізму розвитку астенії на клітинному рівні дає нам змогу раціонально застосовувати новітні досягнення фармакотерапії.

Фармакотерапія астеничного синдрому досить різноманітна та має багатофакторні напрямки. Треба зауважити, що лікування цього стану - це тривалий процес із періодами як покращення загального стану хворого, так і загострення захворювання. Лікування астеничного синдрому повинно бути комплексним, а підходи до використання медичних препаратів багатогранні та індивідуальні.

Особливе місце серед препаратів-коректорів енергетичних порушень в організмі при астенії займає французький препарат СТИМОЛ®. Цей препарат має подвійну дію: енергоутворювальну та детоксикаційну [30; 98].

Стимол проявляє загальнотонізуючу дію, сприяє нормалізації обміну речовин й активації неспецифічних факторів захисту організму. На відміну від інших протиастеничних засобів, які переважно є стимуляторами ЦНС, Стимол складається з двох речовин, в нормі завжди наявних в організмі, які є каталізаторами метаболічних процесів, – цитруліну й малату. При надходженні цих речовин в організм у момент настання адаптаційного кризу

відбувається посилення реакцій метаболізму і виведення лактату та амонію. Малат допомагає обійти аміачний блок окислювального шляху та обмежити накопичення молочної кислоти шляхом переорієнтації її в бік глюконеогенезу. Цитрулін є проміжною речовиною циклу сечовини, який прискорює його і тим самим посилює виведення амонію. Важливим є те, що Стимол не викликає психічної й фізичної залежності та ефекту відміни препарату, добре переноситься, практично не викликає побічних реакцій, тому є безпечним при застосуванні у дітей.

Важливою перевагою препарату є те, що він не містить глюкози і може застосовуватися хворими на цукровий діабет.

Враховуючи на те, що при виченні клінічного перебігу ПСП у дітей, було виявлено превалювання астено-вегетативного синдрому як у обстежених пацієнтів, особливо у дітей з ППФР (97,8%). Нами був застосований препарат Стимол у комплексній терапії дітей з ПСП та ППФР як засіб медичної реабілітації.

Дослідження виконувались двічі – на початку (етап ранньої реабілітації) і після завершення лікування (етап пізньої реабілітації).

Стан вегетативної нервової системи вивчався за допомогою кардіоінтервалографії, кліноортостатичної проби. Психологічне тестування проводилось за суб'єктивним аналізом реактивної та особистої тривожності та оцінювалось за допомогою шкали самооцінки по методиці Ч.Д. Спілбергера.

Всі обстежені діти були поділені на дві репрезентативні групи. Діти обох груп одержували стандартну базисну терапію в залежності від основного захворювання згідно затверджених протоколів лікування. Основну групу (ПСП та ППФР) склали 93 хворих, у комплексну терапію яких був включений препарат Стимол. У контрольну групу (ПСП без ППФР) ввійшла 101 дитина, що одержували тільки базисне лікування основного захворювання.

Призначався Стимол по 1-2 пакетики (вміст 1-2 пакетики розчиняють у воді та вживають під час їжі) 2 рази на добу. Курс лікування склав всього 14 днів.

Об'єктивізація ефективності лікування проводилась наприкінці спостереження та порівнювалась з початковими даними. Отримані результати оброблені статистично з використанням пакету програм MathCAD з визначенням рівня вірогідності. В роботі використано аналіз бальної оцінки провідних клінічних симптомів, з вирахуванням інтегрального показника патології (ІПП) та коефіцієнта порівняльної ефективності терапії (С.М. Макєєв, 1985).

Клінічна картина ПСП (таб.4.1.2) у дітей з ППФР та без них характеризувалась поліморфізмом скарг і клінічних синдромів. Основними синдромами у обстежених дітей були больовий (69,1% і 51,4%), диспептичний (71,2% і 60,3%), синдром хронічної інтоксикації (45,7% і 36,6%) відповідно, які достовірно не відрізнялись в обох групах ($p > 0,05$).

Що стосується астено-вегетативного синдрому, то він достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП та ППФР ніж у дітей без ППФР (97,8% і 57,4%) ($p < 0,001$). Найбільше ця різниця відображалась у запамороченні (35,1%, 14,9%), метеочутливості (40,4%, 9,9%), порушенні сну (44,7%, 11,9%), дратливості (37,2%, 11,9%) та емоційній лабільності (57,4%, 18,8%).

Нами виявлено, що наприкінці лікування більш значущі позитивні клінічні дані були отримані в першій групі досліджуваних дітей, до терапії яких було залучено препарат Стимол.

Так (таб.5.1.1.1), больовий симптом зникав порівняльно швидше і на 14 добу відмічався лише у $6,6 \pm 0,1$ % хворих першої групи ($p < 0,05$). В той же час, у дітей з другої групи на 14 добу терапії на біль скаржились $18,0 \pm 0,1$ % ($p < 0,001$). Прояви диспепсії через 14 днів відмічали $5,6 \pm 0,1$ % хворих першої ($p < 0,05$), та $14,0 \pm 0,1$ % другої групи ($p > 0,05$). Синдром хронічної інтоксикації залишався у $7,2 \pm 0,1$ % дітей I групи та у $20,4 \pm 0,1$ % другої ($p > 0,05$).

Порушення вентиляції бронхів відмічалось у $14,1 \pm 0,1\%$ та у $45,6 \pm 0,1\%$ обстежених відповідно груповому розподілу ($p > 0,05$).

Таблиця 5.1.1.1

Порівняльна динаміка основних клінічних симптомів впродовж спостереження в відносних величинах ($M \pm m$)

Синдроми та симптоми	Групи та день спостереження			
	До лікування %		14 день %	
	I (n=93)	II (n=101)	I (n=93)	II (n=101)
Абдомінальний біль	69,1±0,1	51,4±0,1	6,6±0,1*	18,0±0,1
Диспепсія	71,2±0,1	60,3±0,1	5,6±0,1*	14,0±0,1
Хронічна інтоксикація	45,7±0,1	36,6±0,1	7,20,1*	20,40,1
Порушення вентиляції бронхів	31,9±0,1	83,1±0,1	14,10,1*	45,60,1
Астеновегетативні прояви:	97,8±0,1	57,4±0,1	19,6±0,1	20,0±0,1
-головний біль,	53,1±0,1	48,5±0,1	5,60,1*	18,0±0,1
-порушення сну,	44,7±0,1	11,9±0,1	-	9,2±0,1
-запаморочення,	35,1±0,1	14,9±0,1	-	6.0±0,1
- метеочутливість,	40,4±0,1	9,9±0,1	5,60,1	8,4±0,3
- слабкість,	80,2±0,1	25,9±0,1	2,2±0,1*	16,0±0,1
- роздратованість	57,4±0,1	18,1±0,1	-	10,0±0,1

*- різниця достовірна порівняно з даними лікування Стимолом ($p < 0,05$).

Астено-вегетативний синдром на 14 добу залишався у $19,6 \pm 0,1\%$ та $20,0 \pm 0,1\%$ пацієнтів першої і другої груп, зменшившись відповідно до початкового періоду майже у 5 та 2 рази відповідно до групового розподілу ($p < 0,05$). Дітей з другої групи головний біль на 14 добу турбував у $18,0 \pm 0,1\%$ випадків, а в першій групі у $5,6 \pm 0,1\%$ випадків.

Динаміка метеочутливості була більш позитивною у першій групі обстежених. На 14 добу на вказані відчуття скаржилися $5,6 \pm 0,1$ % хворих основної та $8,4 \pm 0,1$ % контрольної груп. Запаморочення наприкінці курсу лікування не відмічалось у дітей першої групи, в той час як в другій групі аналогічний симптом турбував $6,0 \pm 0,1$ % хворих ($p < 0,05$).

На слабкість на 14 добу лікування скаржились $2,2 \pm 0,1$ % та $16,0 \pm 0,9$ % дітей першої та другої груп, відповідно до початку спостереження, кількість дітей з цим симптомом зменшилась майже в 40 та 5 разів. Порушення сну зникли у дітей з основної групи на 14 день, та залишилися у $9,2 \pm 0,2$ % з контрольної ($p < 0,05$).

Наприкінці спостереження відчуття роздратованості відмічали $10,0 \pm 0,2$ % дітей з другої групи, в той час, як пацієнти першої групи відчували себе повністю урівноваженими і означене, при первинному обстеженні, відчуття невілювалося повністю.

У ході дослідження були отримані дані щодо вегетативної реактивності.

Так, на початку спостереження нормальний рівень вегетативної реактивності мали 47% дітей першої групи та 45% обстежених другої.

Асимпатикотонічний (АСТ) тип встановлено у 28% першої групи та у 33% другої відповідно.

Гіперсимпатикотонічну (ГСТ) вегетативну реактивність мали 25% та 22% обстежених відповідно до групового розподілу.

Після лікування було відмічено нормалізуючий вплив препарату Стимол на стан вегетативної реактивності. Тобто, кількість хворих дітей з асимпатикотонічним типом зменшилась до 12%, з гіперсимпатикотонічним - до 8%, а число пацієнтів з нормотонічним типом зросло до 80% у першій групі.

У другій групі наприкінці лікування асимпатикотонічний тип реактивності визначався у 18%, гіперсимпатикотонічний – у 19%, нормальний тип вегетативної реактивності виявлявся в 63% дітей (таб.5.1.1.2).

Таблиця 5.1.1.2

Показники реактивної та особистої тривожності після лікування у дітей з ПСП та ППФР в залежності від стану вегетативної нервової системи ($M \pm m$)

Рівень вегетативної Реактивності	До лікування		Після лікування	
	I група	II група	I група	II група
АСТ	28%	33%	12%	18%
ГСТ	25%	22%	8%	19%
НТВР	47%	45%	80%	63%

*- $p < 0,1$ порівняно з даними групи контролю

Після завершення курсу лікування нами зафіксовані зміни з боку проявів реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ).

Показники рівню особистісної та реактивної тривожності у обстежених дітей після лікування препаратом Стимол відображені у таблиці 5.1.1.3.

При порівнянні рівнів тривожності у досліджених дітей після лікування, можна відмітити, що для хворих на ПСП та ППФР, які приймали препарат Стимол рівень особистісної та реактивної тривожності достовірно знизився і знаходиться в межах $39,47 \pm 1,04$ балів та $27,43 \pm 0,75$ балів ($p < 0,01$).

У обстежених із ПСП без ППФР, показники особистісної та реактивної тривожності достовірно не знизились та знаходяться у межах $42,34 \pm 1,24$ та $29,32 \pm 1,02$ балів відповідно ($p > 0,05$).

Об'єктивізуючи дані дослідження методом бальної оцінки провідних клінічних симптомів, слід зазначити, що у дітей, в комплекс лікування яких було залучено Стимол, позитивна динаміка була швидшою, ніж в контрольній групі хворих (табл. 3.1.1.4).

Таблиця 5.1.1.3

**Показники тесту Спілбергера-Ханіна у дослідженого контингенту після
лукування (n=194)**

Показник	ПСП та ППФР (n=93)	ПСП без ППФР (n=101)	Достовірність
	Середнє значення показника « ±m »	Середнє значення показника « ±m »	
РТ	34,32±1,52	33,25 ±1,54	P<0,05
ОТ	50,01±1,24	46,34±1,36	P<0,05
Після лікування			
РТ	27,43±0,75	29,32 ±1,02	P<0,05
ОТ	39,47±1,04	42,34±1,24	P<0,05

Підтвердженням цього є значення ППП, який на 14 добу спостереження при використанні препарату Стимол складав $0,9 \pm 0,15$, вірогідно ($p < 0,05$) відрізняючись від аналогічного показника в групі співставлення ($1,9 \pm 0,11$).

Тобто, динаміка зворотних змін основних клінічних проявів захворювання у дітей I-ої групи відбувалася майже у півтора рази швидше.

Після 14-ти денного курсу лікування суттєвої динаміки з боку показників артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, а також ЕКГ-симтоматики не було виявлено.

Проведене дослідження дозволило констатувати, що препарат Стимол є ефективним у комплексному лікуванні ПСП із вираженим астено-невротичним синдромом. Під впливом препарату швидше покращується загальний стан дітей, істотно зменшуються ознаки астеничного синдрому, відбувається покращення основних показників вегетативної нервової системи

за даними ВРС, зменшується частота серцевих скорочень у стані фізіологічного спокою, що свідчить про підвищення адаптаційних можливостей дитячого організму.

Таблиця 3.1.1.4

Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування дітей (в балах)

Групи дітей	До лікування	14 день		К
	ІІІ	ІІІ	S	
I група	7,8±0,35	0,9±0,15*	6,9	1,54
II група	6,5±0,6	1,9±0,11*#	4,6	

* - різниця достовірна порівняно з даними до проведення лікування ($p < 0,05$),

- різниця достовірна порівняно з даними лікування гліциседом ($p < 0,05$).

Таким чином, можна зробити висновок, що:

1. Застосування препарату Стимол, як психофармакотерапевтичного засобу у лікуванні психосоматичних захворювань достовірно прискорює регрес основних клінічних симптомів та підвищує ефективність лікування в 1,5 рази.

2. Призначення препарату Стимол знижує рівень особистісної тривожності, нормалізує реактивну тривожність, а також відновлює амфотонічний стан вегетативної нервової системи.

Враховуюче на те, в основі формування психосоматичної патології лежить психологічна проблема, лікування повинно базуватись на перебудові певних особливостей психіки. Тому, ми вважаємо вкрай важливим застосування у протоколах лікування психосоматичної патології не тільки психофармакологічних засобів, а також і індивідуальних і колективних психотерапевтичних методик.

5.2 Психолого-педагогічна реабілітація

Не дивлячись на високу ефективність медикаментозної терапії, багато дослідників підкреслюють необхідність поєднання психофармакологічної та психотерапії [162; 218]. Це має значення у зв'язку з більшою ефективністю психотерапії на початку лікування, а психофармакотерапія – при оцінці віддалених (трьохрічне катамнестичне спостереження) результатів [119; 122; 262; 263] .

Так як, психологічна корекція може бути охарактеризована як система психологічних впливів, які спрямовані на зміну (перебудову) певних особливостей (властивостей, процесів) психіки, що відіграють важливу роль у виникненні окремого захворювання [66] то наша робота базувалась на вирішенні основних двох задач:

1. Дослідження індивідуальної психологічної проблеми з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості;
2. Вивчення способів міжособистісної взаємодії для створення основи більш ефективної реабілітації психосоматичної патології.

Психологічне моно- і політематичне консультування полягає в наданні допомоги лікарем-медичним психологом у вирішенні проблем екзистенціального характеру, міжособистісних конфліктів та внутрішньосімейних проблем. Його метою є актуалізація психологічних сил і здібностей дитини, які, у свою чергу, можуть забезпечити відшукання нових можливостей виходу з важкої ситуації. Патологічними ознаками психологічної деформації структури особистості (до рівню дезадаптації та розвитку ПСП), яка потребує психокорекційної допомоги, є наявність:

- високого рівню особистісної тривожності та сенситивності;
- знижених показників самопочуття та настрою;
- емоційно-вольової слабкості та нездатності до самоконтролю;
- неадекватного самосприймання та світосприйняття в цілому;
- афективної ригідності та її превалювання над раціональним мисленням;

- неузгодженості між своїми психологічними потребами та власними психофізіологічними можливостями, необхідних для їх реалізації;
- екзальтації та неконтрольованості почуттів, які при певних умовах можуть трансформуватись у форму психоагресії;
- недостатньо міцного внутрішнього стрижня та чіткого морально-ціннісного підґрунтя особистості [163; 164; 188; 206; 219].

Дана психофізіологічна симптоматика свідчить про порушення функціонування таких психологічних сфер особистості, як мотиваційна, емоційно-вольова, комунікативна, когнітивна, моральна, ціннісно-смилова. Тому «мішенями» впливу на особистість з ПСП, мають бути ці психологічні механізми та окремі елементи в її структурі. Треба відзначити, що застосування ПТ повинно бути короткостроковим, реалістичним, інтегративним. Роботу треба спрямовувати на запобігання фіксації когнітивних установок на безвихідність ситуації, відсутності сенсу життя, особистісний зріст, зміни ієрархії їх ціннісних настанов (переакцентування, дезактуалізація, реакцентування рангу індивідуальних значень) [74; 80; 83; 84; 93].

З урахуванням зазначених положень, розроблені нами реабілітаційні заходи, повинні впливати на вказані вище психологічні сфери. Головним повинно бути формування мотивації хворого та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою подолання психологічної проблеми та особистісного розвитку в цілому.

А це робота з емоційно-вольовою сферою хворого (формування навичок самопостереження свого фізичного та емоційного стану, релаксації та зняття психофізіологічної напруги; розвиток самоконтролю емоцій та поведінки; формування фрустраційної толерантності; відреагування «задавлених» психотравмуючих емоцій з урахуванням принципів етики та моральності; робота з комунікативною сферою особистості:

- формування навичок конструктивного спілкування;

- узгодження потреби в спілкуванні та навичок особистості до конструктивного спілкування;

- формування здатності до адекватного та позитивного сприйняття оточуючих;

- розвиток емпатії та компромісів у спілкуванні;

- сімейна психокорекція;

Важливою є робота з когнітивною сферою хворого: розвиток самосвідомості; формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття; усвідомлення психотравмуючих спогадів; конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів; когнітивна обробка психотравмуючого досвіду; вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними; зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій та поведінки; робота з моральною сферою особистості:

- формування внутрішнього локус контролю;

- формування моральної самосвідомості як чинник моральної саморегуляції поведінки;

- формування моральних ставлень людини до оточуючих;

- формування здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях;

Дуже важливою є робота з ціннісно-смісловою сферою хворого:

- усвідомлення та перебудова власної системи цінностей з урахуванням нових умов життя;

- свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню у будь-яких умовах [74;206; 219; 221;245].

Невід'ємною частиною психологопедагогічної реабілітації є робота з найближчим оточенням – це родина і школа.

Робота з викладачами призводить до вивчення особливостей особистості учнів, стану їх соматичного здоров'я і наявність несприятливих факторів сімейного середовища обговорювалися з класними керівниками класів у формі, що не порушує деонтологічні вимоги.

На підставі цієї інформації викладачі не тільки формували для себе детальне уявлення про учнів свого класу, але і намічали програму індивідуальної і групової виховної роботи, а також заходів щодо раціонального розподілу громадського навантаження в колективі. Вчителі могли визначити для себе оптимальні способи і темп подання окремим школярам навчального матеріалу, а також правильно трактувати деякі поведінкові реакції своїх учнів (прояв сором'язливості при публічному виступі міг неправильно розцінюватися як недостатня підготовленість, тощо).

У процесі взаємодії з педагогічним колективом загальноосвітньої школи була виявлена необхідність організації психологічної просвіти вчителів, роз'яснення деяких психологічних особливостей підліткового віку, спектру психоневрологічних розладів з початком в даному періоді життя людини та таким видом патології, як психосоматична зокрема. Вчителям давались практичні рекомендації стосовно особливостей їх поведінки з підлітками, схильними до підвищеної тривожності, заниженої самооцінки та працездатності. Ми підкреслювали роль педагогічних впливів на дитину у формуванні не тільки його ставлення до навчального закладу, навчання в цілому, майбутньої професії, але і до самого себе. Відзначали, що необережність, некомпетентність вчителя може завдати шкоди самооцінці підлітка, сформуванню через самоідентифікацію як «поганого, нездібного учня» негативну Я-концепцію. Навпаки, доброзичливість і підтримка педагогів, не тільки сприяють формуванню позитивного самовідношення учнів, але і мають для них велике психогігієнічне значення [66].

Робота з батьками . Установлення тісного співробітництва з батьками хворих дітей стало дуже важливим елементом розробленої нами реабілітаційної системи, тому що вивчення умов формування стереотипів поведінки, показало високу значимість стосунків у родині для збереження і зміцнення психічного здоров'я дітей та підлітків. Дуже важлива медико-психологічна просвіта батьків (роз'яснення їм особливостей дитячо-

підліткового віку, змісту психологічних змін, що відбуваються у дитини, ролі матері і батька в успішності становлення особистості.

5.2.1. Рання реабілітація – індивідуальна психотерапія

У випадку несприятливого проходження однієї з фаз розвитку об'єктних відносин та загострення центрального конфлікту формуються такі особистісні характеристики : недовіра, сором'язливість та сумніви у власних силах, почуття агресії чи провини, почуття власної неповноцінності, яке призводить до порушення міжособистісних стосунків, суспільно-дезадаптивних форм поведінки, порушень адаптації, а також і до формування домінуючих інтелектуальних патернів [54; 60; 62; 65; 96; 99;165].

Незважаючи на великі успіхи засобів медикаментозної терапії хронічних захворювань, їх ефективність не може вважатися достатньою, тому що вона не завжди забезпечує повну та тривалу ремісію і не запобігає хронізації патологічного процесу. Це зумовлює необхідність нових підходів до лікування.

Метою нашого дослідження було допомогти хворим краще пізнати себе, розвинути відчуття власної гідності, перемогти невпевненість, підвищити самооцінку. Найбільш успішно та в повному обсязі реалізувати себе в поведінці та діяльності, затвердити свої права та власну цінність.

У відповідності з поставленою метою ми застосовували арт- терапію (малювання з вербалізацією намальованого).

Відомим, близьким до запропонованого нами, а тому прийнятим нами за прототип, є спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків шляхом рисованого аперцептивного тесту (РАТ).

Відомо, що об'єктивізація внутрішнього світу йде через вербалізацію та знаходить своє зовнішнє відтворення через відношення та результати діяльності. Малювання дає дитині можливість скинути напругу та дозволяє вийти на поверхню дійсним почуттям.

Сам рисунок аналізується за слідуючою схемою. Рисунки, що представляють собою фрагмент життя хворого, які мають предметний, випадковий склад відносять до категорії «Ситуація хвороби». На них зазвичай відображаються самі хворі, та оточуючі їх обставини чи ситуації, що призвели до захворювання. Рисунки із зображенням різноманітних істот, які своїми якостями нагадують дитині його захворювання відносились до категорії «Абстрактні образи». Рисунки, які передають символічне уявлення хвороби, носять назву «Метафора». Остання категорія рисунків носить назву «Патологічний процес». В цих рисунках діти прагнули показати свої знання чи уявлення про те, що відбувається в їх хворих органах, як хвороба впливає на весь організм. Як правило, такі рисунки відтворюють сукупне уявлення про фізіологічні особливості організму.

Основним недоліком застосованого способу у корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків є відсутність комплексного підходу та його статичність, тобто він не дає нам динаміки змін, які відбуваються в організмі, без якої неможлива корекція психосоматичних розладів.

Усунення цього недоліку і являється основною задачею заявляемого рішення.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що для корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків нами було запропоновано новий спосіб, який поєднує в собі проєктивний малюнок «Моє майбутнє» та вибір кольору.

В заявленому методі використовувався проєктивний малюнок «Моє майбутнє» та короткий варіант кольорових відношень, коли до кожного відображеного об'єкту потрібно було підібрати кольорову асоціацію.

Фундаментальні закономірності між різноякісними енергіями кольору та символу і певними психічними процесами, що лежать в його основі допомагають направити увагу дитини на психічні та фізичні розлади [232; 238; 269].

За допомогою запропонованого способу корегуються стійкі стереотипи психоемоційного реагування дітей і підлітків, що відображували свідомі та несвідомі сторони психічної структури дитячої особистості такі як рівень особистісної реактивності, самооцінка, зони фрустрації, домінуючі інтелектуальні патерни та особливості мотивації.

Перед початком сеансу малювання дитині пропонувалось уявити своє майбутнє – гармонійне, радісне, без хвороб, а потім намалювати (тобто відобразити символом) таке поняття, як: "Моє майбутнє", та до кожного відображеного об'єкту потрібно було підібрати кольорову асоціацію. У лікувальному комплексі такий сеанс проводився тричі.

Оскільки результати психологічних досліджень достовірно не відрізнялись у пацієнтів з ПСП на фоні ППФР і без них, ми мали підстави використання останніх в якості лікувального контролю.

Діти основної та контрольної груп одержували загальноприйнятту базисну терапію в залежності від основного захворювання згідно затверджених МОЗ України Протоколів лікування.

Всі обстежені діти були поділені на дві репрезентативні групи (діти з ПСП та ППФР і без них). Оскільки результати психологічних досліджень достовірно не відрізнялись у пацієнтів з ПСП на фоні ППФР і без них, ми мали підстави використання останніх в якості лікувального контролю. Діти основної та контрольної груп одержували загальноприйнятту базисну терапію в залежності від основного захворювання згідно затверджених МОЗ України Протоколів лікування. У комплексну терапію дітей основної групи був включений препарат метаболічної дії «Стимол» і сеанси індивідуальної психотерапії.

Таким чином, основну групу склали 93 хворих, у комплексну терапію яких було включено проведення сеансів психотерапії за допомогою малюночного методу. В заявленому методі використовувався проєктивний малюнок "Моє майбутнє" та короткий варіант кольорових відношень, коли

до кожного відображеного об'єкту потрібно було підібрати кольорову асоціацію. Також був включений препарат метаболічної дії «Стимол».

У контрольну групу увійшли 101 дітей, що одержували тільки базисне лікування основного захворювання.

Результати лікування оцінювались за динамікою психологічних (тести Спілбергера-Ханіна, Кеттела, проєктивний тест «Добро» та «Зло» з вибором кольору), клініко-анамнестичних, нейрофізіологічних показників (комп'ютерне ЕЕГ).

Об'єктивізація ефективності лікування проводилось наприкінці лікування та порівнювалась з початковими даними. Отримані результати оброблені статистично з використанням пакету програм Math CAD з визначенням рівня верогідності. В роботі використано аналіз бальної оцінки провідних клінічних симптомів, з вираховуванням інтегрального показника патології (ППП) та коефіцієнта порівняльної ефективності терапії (С.М. Макєєв, 1985). Динаміка основних клінічних синдромів представлена в таблиці 5.2.1.1.

Нами виявлено, що наприкінці лікування більш значущі позитивні клінічні дані були отримані в першій групі досліджуваних дітей, до терапії яких було залучено сеанси психотерапії.

Так, больовий синдром зникав порівняльно швидше і після проведеного лікування відмічався у $6,5 \pm 0,05\%$ хворих першої групи ($p < 0,05$). В той же час, у дітей з другої групи після проведеної терапії на біль скаржились $11,9 \pm 0,1\%$. Прояви диспепсії відмічали $5,4 \pm 0,1\%$ хворих першої ($p < 0,05$), та $6,9 \pm 0,1\%$ другої групи ($p > 0,05$, відповідно до початку спостереження – $71,2 \pm 0,7\%$; $61,3 \pm 0,1\%$).

Астеновегетативний синдром після лікування залишався у $15,0 \pm 0,1\%$ та $27,8 \pm 0,3\%$ пацієнтів першої та другої груп, зменьшившись відповідно до початкового періоду у 6,5 та 2 рази ($p < 0,05$). Синдром порушеної вентиляції бронхів на залишався у $3,2 \pm 0,1\%$ хворих на відміну від контрольної групи – $11,9 \pm 0,1\%$.

Таблиця 5.2.1.1

Динаміка клінічних синдромів та симптомів у дітей з ПСП і ППФР та без ППФР (n=194)

Синдроми і симптоми	ПСП і ППФР		ПСП без ППФР	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
1. Больовий синдром:	65 (69,1)	6(6,5)	52 (51,4)	12(11,9)
2. Диспептичний синдром:	67 (71,2)	5(5,4)	61 (60,3)	7(6,9)
3. Астено – вегетативний синдром	92 (97,8) *	14(15,0)	58 (57,4)	28(27,8) **
4. Синдром хронічної інтоксикації:	43 (45,7)	12(12,9)	37 (36,6)	14(13,9)
5. Порушеної вентиляції бронхів	30(31.9)	3(3,2)	84(83,1) **	12(11,9) **

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) з даними: * - I групи; ** - II групи;

При аналізі даних ФЕГДС (таб. 5.2.1.2) поверхневі зміни СОШ і ДПК виявлено у 21,8% та 22,% дітей відповідно групового розподілу.

При цьому, ознаки локального ураження шлунку і ДПК у обстежених обох груп зникли, а дифузні залишилися – у 3,2% та 4,6% в I-II групах відповідно ($p < 0,05$). Деструктивні зміни зменшились у обстежених дітей обох груп, виявлені множинні ерозії, особливо ДПК (7,8% і 8,4% відповідно груповому розподілу ($p < 0,05$)). При цьому одиничні виразки діагностовано у 14,6% хворих I групи та у 24,4% дітей II групи. Множинні виразки діагностовані у 12,3% і 11,6% хворих I і II груп, а виразково-рубцева деформація цибулини ДПК виявлена у 8,8% обстежених першої групи.

Таблиця 5.2.1.2

Динаміка ендоскопічних змін гастродуоденальної зони у дітей з ПСП та ППФР і без них після I етапу лікування (n=80)

Ендоскопічні зміни	I група (n=63)		II група (n=17)	
	До лікування (%)	Після лікування (%)	До лікування (%)	Після лікування (%)
Поверхневі зміни				
Стравоходу	11,7	3,2	19,8	4,6
шлунка і ДПК	1,8	-	9,4*	-
антрума та цибулини ДПК	65,8	18,6	46,1	17,4
Деструктивні (ерозивно-виразкові) зміни				
Ерозії:	42,5	13,2	47,9	14,6
СОШ (одиночні)	7,1	5,2	9,8	4,6
СОШ (множинні)	11,5	10,2	5,2	-
ДПК (одиночні)	7,5	3,2	6,3	2,5
ДПК (множинні)	11,7	7,8	11,5	8,4
СОШ і ДПК (одиночн)	5,2	3,2	2,2	-
СОШ і ДПК (множин.)	10,4	3,2	-	-
виразка ДПК	67,4	14,6	94,4	24,5
множинні виразки ДПК	32,6	12,3	15,6	11,6
Деформація ДПК	8,8	8,8	-	-

Продовження таблиці 5.2.1.2

Ендоскопічні зміни	І група (n=63)		ІІ група (n=17)	
	До лікування (%)	Після лікування (%)	До лікування (%)	Після лікування (%)
ΣШПЕЗ (бали)	21,8± 2,1	16,1±2,1	50,6± 0,9	32,0 ±09
ΣШПГДЗ (бали)	17,1	-	4,6	-
Гіперпластичні зміни				
антрума шлунку	5,2	4,8	-	-
СО ДПК	33,7	21,5	1,8	1,8
Поліп шлунка	3,2	3,2	-	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками І групи;

І група- ПСП і ППФР; ІІ група – ПСП без ППФР.

При аналізі ΣШПГДЗ виявлено, що глибина деструктивних змін зменшилась у дітей обох груп, але достовірно меншою вона стала у першій групі (16,1±2,1 проти 32,0 ±09 балів) ($p < 0,001$).

Лімфофолікулярна гіперплазія (ЛФГ) СОШ і ДПК (з наявністю поліпів СОШ) достовірно частіше мала місце у хворих з ППФР - 21,5% проти 1,8% у дітей без ППФР ($p < 0,001$). ЛФГ антруму по типу “бруківки” діагностована у 4,8% хворих І групи, тобто у дітей з ПСП та ППФР.

Результати морфологічного дослідження наведені табл. 5.2.1.3.

Активність патологічного процесу достовірно знизилась в обох групах, але в першій групі вона склала 16,3% і була помірною.

В другій групі активність патологічного процесу виявлена у 32,8% обстежених і була представлена мінімальною та помірною (18,6% та 14,2%) ($p < 0,05$).

Таблиця 5.2.1.3

Динаміка морфологічних змін у обстежених хворих (n=80)

Показник	І група (n=63)		ІІ група (n=17)	
	До лікування %	Після лікування %	До лікування %	Після лікування %
Активність патологічного процесу в шлунку				
Мінімальна	13,3	-	58,6	18,6*
Помірна	53,3	16,3	21,8	14,2
Максимальна	33,4	-	19,7	-
Поверхневі морфологічні зміни				
Поверхневий	26,7	14,6	76,9	21,7*
Поверхневий з ослизненням залоз	-	-	15,4	7,4*
Гіперпластичні морфологічні зміни				
Гіперпластичний	33,2	3,2	7,7	4,6
поверхневий з ослизненням залоз і ЛФГ	-	-	15,4	7,8
поверхневий з гіперплазією залоз	-	-	-	-
Ерозивні морфологічні зміни				
Ерозивний	20,1	3,2	18,4	4,6
Атрофічні морфологічні зміни				
Вогнищевий атрофічний зі склерозом строми	13,3	3,2	-	-
Атрофічно-гіперпласт. з кишковою метаплазією	6,7	3,2	-	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками І групи;

В групі дітей з ППФР поверхневі морфологічні зміни залишились у 14,6% дітей, в той час як у дітей без ППФР у 21,7% пацієнтів, з них поверхневий з ослизненням залоз у 7,4% ($p < 0,05$). В І групі дітей (ПСП і ППФР) морфологічні зміни які мали гіперпластичний характер виявлені у 14,8% та ерозивний у 3,2% ($p < 0,05$). У пацієнтів цієї групи залишилась однакова кількість вогнищевих атрофічних змін, зі склерозом строми (3,2%) та явища кишкової метаплазії в шлунку (3,2%) хворих ($p < 0,05$).

Отже, для ВХДПК, не пов'язаною з ППФР після проведеного лікування характерні локальні поверхневі морфологічні зміни СОШ на тлі мінімальної та помірної активності процесу. У дітей з ППФР ВХДПК морфологічно характеризувались більш вираженою позитивною динамікою зворотніх змін та була представлена поверхневими ушкодженнями СОШ помірної активності.

Результати дослідження кислотоутворюючої (КФШ) й олузнюючої функції шлунка (ОФШ) наведені в табл. 5.2.1.4.

Після проведення ранньої реабілітації відмічається вирівнювання показників кислотоутворюючої та олузнюючої функції шлунку в обох групах обстежених дітей. Але зворотня динаміка позитивних змін була більш значною у дітей першої групи. Так КФШ відновились більш як у половини хворих дітей з ПСП та ППФР (від 15,1% до 69,4%), тоді як у дітей без ППФР вона залишалась майже однаковою (70,2% і 78,0%) ($p < 0,05$).

Такі ж тенденції спостерігались і з показником ОФШ. Компенсована ОФШ переважала у дітей II групи (70,2%), після лікування вона виявлена у 78,0% дітей. У хворих I групи цей показник покращався вдвічі (від 34,5% до 75,8%) ($p < 0,05$).

Ми порівняли показники валідних (за нашими попередніми дослідженнями) психологічних тестів до, та після застосування обраній групі пацієнтів розробленого нами комплексу реабілітаційних заходів, щодо надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги.

Таблиця 5.2.1.4

Динаміка показників кислотоутворюючої та олужуючої функції шлунку у обстежених дітей (n=80)

Групи		ПСП і ППФР		ПСП без ППФР	
		І група (n=63)		ІІ група (n=17)	
		До лікування %	Після лікування %	До лікування %	Після лікування %
КФШ та ОФШ	КФШ підвищена	69,8	24,6	66,7	32,6
	Збережена	15,1	69,4	26,1	64,2
	Понижена	15,1	6,4	7,2	3,2
	ОФШ компенсована	34,5	75,8	70,2	78,0
	Субкомпенсов.	26,9	10,2	8,2	3,2
	Декомпенсов.	38,6	14,2	21,6	18,8

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) з показниками * - І групи;

Вважаючи на дані наших попередніх досліджень, які дозволили встановити сім маркерів сприйнятливості до ПСП, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору), наша увага була зосереджена на змінах цих показників під впливом реабілітаційних заходів.

Велику діагностичну силу має маркер «висока особистісна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна» (ДК =7,84). Наявність у особи, що обстежується,

цього маркеру у поєднанні з чинниками клініко-епідеміологічного обстеження дає певну насторогу щодо формування психосоматичної патології.

Після закінчення стаціонарного етапу ранньої реабілітації (2 тижні при БА та 3 тижні при ВХ) виявлені слідуючі зміни при аналізі показників тесту Спілбергера-Ханіна.

Таблиця 5.2.1.5

Показники тесту Спілбергера-Ханіна до та після терапії у досліджуваного контингенту (n=194)

Показник	Середнє значення показника до терапії « ±m »	Середнє значення показника після терапії « ±m »	Вірогідність змін
	Діти з ПСП і ППФР(n=93)		
Реактивна тривожність	34,32±1,52	28,43±0,75	P<0,05
Особистісна Тривожність	50,01±1,24	37,47±1,04	P<0,05
	Діти без ППФР (n=101)		
Реактивна тривожність	33,25±1,52	32,43±0,75	P<0,05
Особистісна Тривожність	46,34±1,24	41,47±1,04	P<0,05

Нами зафіксовані зміни з боку проявів реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ). А саме, спостерігалась позитивна тенденція до зниження

означених видів тривожності із високого рівня до середнього у дітей основної групи. Ці показники наведено у таблиці 5.2.1.5.

Дані, викладені у цій таблиці, засвідчують високі показники особистісної тривожності ($50,01 \pm 1,24$; $46,34 \pm 1,24$) за середніх показників реактивної тривожності ($34,32 \pm 1,52$; $33,25 \pm 1,52$), до початку лікування нашим комплексом, та достовірне зниження цих показників, у першу чергу особистісної тривожності ($37,47 \pm 1,04$) до середнього рівня в основній групі на відміну від групи контролю де спостерігалось збереження попереднього рівня, як реактивної так і особистісної тривожності.

На рис.5.2.1.1 представлено представлено достовірне зниження показників, у першу чергу особистісної тривожності, після використання нами комплексу реабілітаційних заходів. Реактивна тривожність теж дещо знизилася, що вказує на дезактуалізацію минулої психотравми внаслідок вдалого катарсису та зникнення ознак «актуального неврозу» за знаходження особистості «тут і зараз».

Після закінчення етапу ранньої реабілітації нами проведено порівняльний аналіз рівней тривожності у дітей з ПСП та ППФР (І група) та ПСП без ППФР (ІІ група) в залежності від нозологій (таб. 5.2.1.6).

Було виявлено, що рівень особистісної тривожності достовірно знизився у хворих на бронхіальну астму та виразкову хворобу у дітей основної групи і склав 66,7% та 68,0% всіх обстежених згідно груповому розподілу на відміну від попередніх даних (88,6%; 88,7%).

У контрольній групі достовірного зниження особистісної тривожності, як при БА, так і при ВХДПК не відбулось.

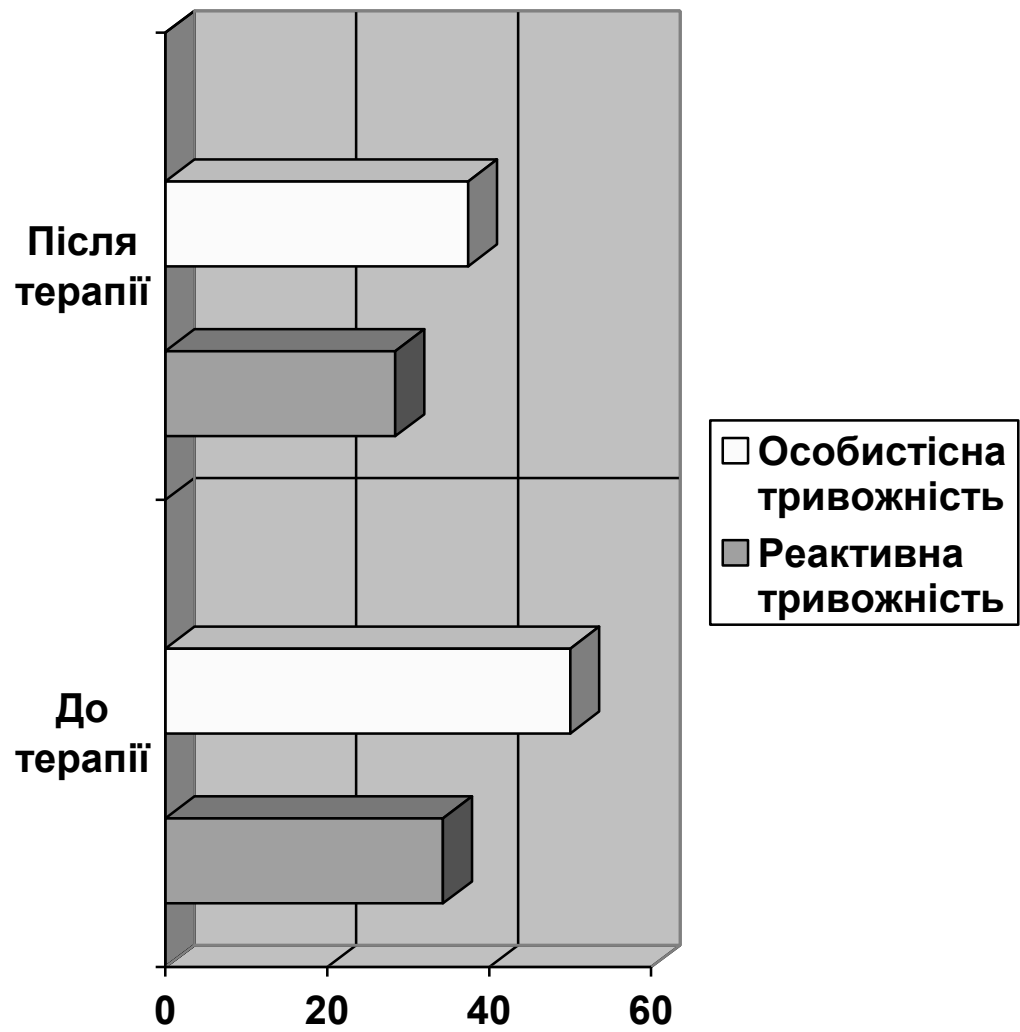


Рисунок 5.2.1.1 Показники тесту Спілбергера-Ханіна до та після терапії у досліджуваного контингенту основної групи

Таблиця 5.2.1.6

Динаміка реактивної та особистої тривожності у дітей в залежності від нозології (M±m)

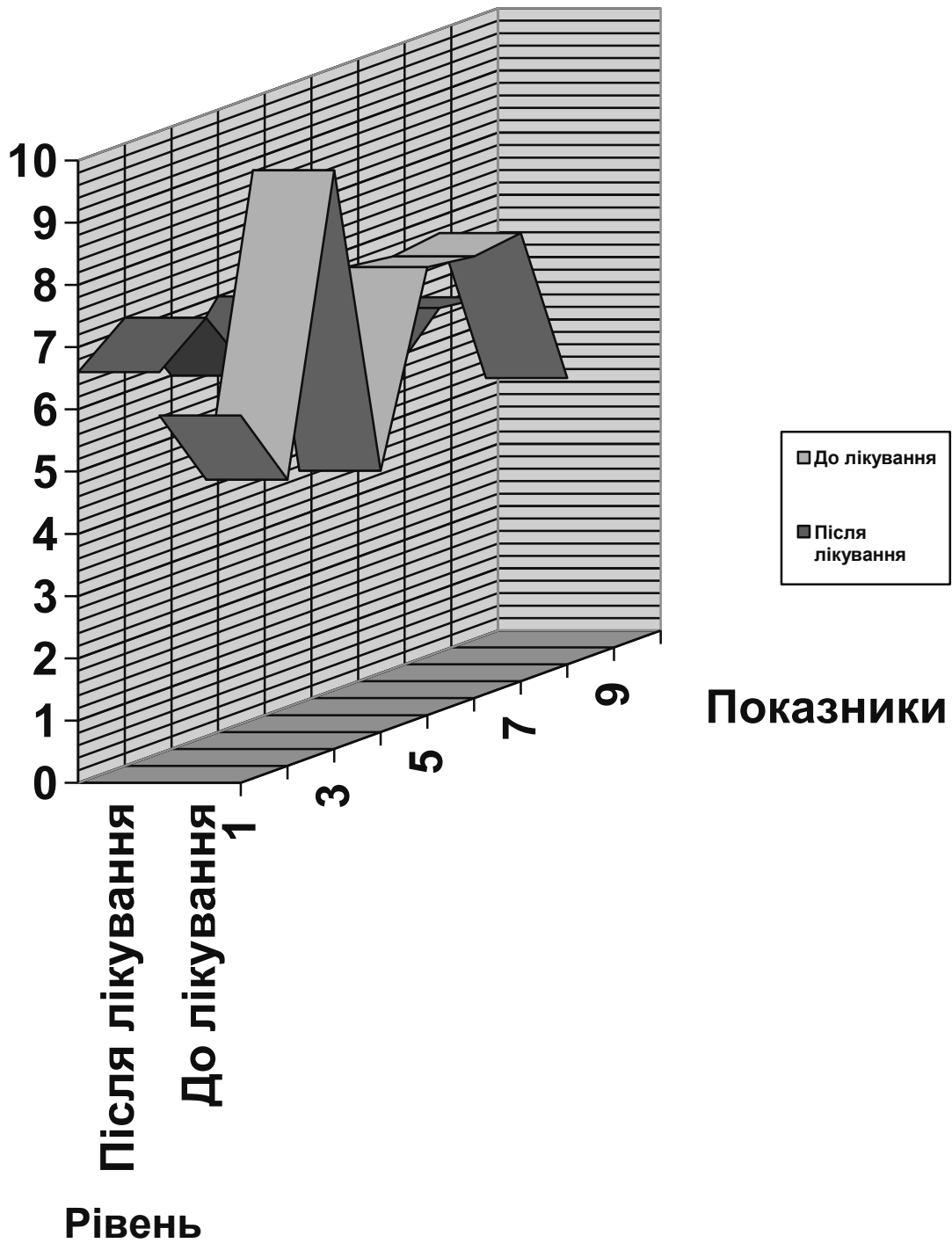
Групи обстежених	РТ		ОТ	
	До лікування	Після Лікування	До лікування	Після лікування
Діти з ПСП та ППФР (n=93)				
ВХДПК(n=63)	88,7%	68,0%*	88,8%	76,0%
БА (n=30)	88,6	66,7%*	90,0%	76,8%*
Діти з ПСП без ППФР (n=101)				
ВХДПК (n=17)	88,3%	82,6%	76,8%	71,0%
БА (n=84)	88,5%	83,4%	83,4%	81,0%

*- $p < 0,1$ порівняно з даними групи контролю, ВХДПК-виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, БА- бронхіальна астма.

Що стосується реактивної тривожності, то виявлено збереження її рівню в контрольній групі, в той час як в основній групі відмічено її достовірне зниження (83,4% і 66,7% та 82,6 і 68% відповідно).

У подальшому, ми порівняли показники тесту Кеттела до та після лікування (рис.5.2.1.2), (таб.5.2.1.7).

Відомо, з наших досліджень, що найбільшу діагностичну силу має маркер «високої тривожності за тестом Кеттела» (ДК =7,35) та «зниженої самооцінки» (ДК=7,34).



Показники: 1-адекватність самооцінки, 2-емоційна нестійкість- емоційна стійкість, 3-впевненість у собі - тривожність, 4-нерішучість - сміливість, 5-довірливість - підозрілість, 6-конформізм - нонконформізм, 7-розслабленість-напруженість, 8-підлеглисть - домінантність.

Рисунок 5.2.1.2 Показники тесту Р.Кеттела до та після терапії у досліджуваного контингенту основної групи

Таблиця 5.2.1.7

Показники індивідуально - психологічних особливостей дітей із ПСП і
ППФР за методикою Р.Кеттела, (M±m)

Фактории	ПСП та ППФР (n=93)	ПСП та ППФР (n=93)	P
	До лікування	Після лікування	
MD	5,9±0,2	6,6±0,2	<0,01
A	5,4±0,2	5,6±0,2	<0,001
B	4,7±0,2	4,8±0,1	>0,1
C	4,8±0,3	7,2±0,2	<0,05
E	4,6±0,2	5,0±0,2	<0,001
F	5,5±0,2	5,8±0,2	<0,01
G	8,2±0,2	8,7±0,2	>0,1
H	4,2±0,2	7,0±0,2	<0,001
I	5,9±0,2	5,5±0,2	>0,1
L	7,2±0,2	5,5±0,2	<0,001
M	6,1±0,2	6,2±0,2	<0,01
N	6,7±0,2	6,1±0,2	>0,1
O	9,3±0,1	6,0±0,1	<0,001
Q1	5,5±0,2	5,7±0,2	>0,1
Q2	7,1±0,2	5,2±0,2	<0,01
Q3	6,2±0,3	6,9±0,2	>0,1
Q4	7,2±0,3	6,0±0,1	<0,01

Діти та підлітки з психосоматичною патологією виразно проявляють такі індивідуальні-психологічні особливості їх особистості, як замкненість, відчуженість, мовчазність, що значно ускладнювало їх взаємовідносини. І тому стає зрозуміло наявність певних особливостей в емоційній сфері психосоматичних хворих, а саме підвищеного рівня тривожності, невпевненості у собі, роздратованості, емоційної нестійкості та заниженої самооцінки (таб.5.2.1.7).

При дослідженні емоційно-вольової сфери у дітей з основної групи прослідковується зменшення загострення таких рис характеру, як емоційна нестійкість, тривожність, невпевненість у собі, боязливість. Про що свідчать зменшення середнього значення по фактору О – від $9,3 \pm 0,1$ до $6,0 \pm 0,1$, $p < 0,001$ та збільшення по фактору С – від $4,8 \pm 0,3$ до $7,2 \pm 0,2$, $p < 0,001$. Достовірно зменшилось середнє значення і по фактору - Q4 (з $7,2 \pm 0,3$ до $6,0 \pm 0,1$, $p < 0,01$), що вказує зменшення напруженості, фрустрованості, нетерплячості та надмірного хвилювання.

Якщо ж проаналізувати хворих основної групи, звертаючи увагу на їх комунікативні властивості та особливості міжособистісних стосунків, то ми бачимо, що середні показники по фактору Н, Е при порівнянні з попередніми достовірно збільшились (з $4,2 \pm 0,2$ до $7,0 \pm 0,2$ та з $4,6 \pm 0,2$ до $5,9 \pm 0,2$ відповідно, $p < 0,001$) та достовірно зменшується по фактору L (з $7,2 \pm 0,2$ до $5,0 \pm 0,1$, $p < 0,001$), вказуючи на зменшення ускладнень у взаєминах з ровесниками, вчителями, батьками, в зв'язку з чим інтереси дітей та підлітків стають більш зверненими на оточуючих, зростає, додатковим свідченням чого є достовірно вище значення по фактору Q2 (з $7,1 \pm 0,2$ до $6,0 \pm 0,1$, $p < 0,01$).

Кількісний аналіз кольороасоціативних відповідей показав (таб. 5.2.1.8.), що після проведеного лікування активність у хворих з психосоматичною патологією та ППФР достовірно підвищилась і дорівнювала $50,7 \pm 4,1$ на відміну від попередніх $45,1 \pm 4,7$ у.о. в той час, як у групі контролю суттєво не

змінилась і дорівнювала $48,1 \pm 2,1$ на відміну від попередніх $47,25 \pm 1,5$ у.о.; Працездатність у хворих була низькою, складаючи $35,7 \pm 4,1$ та $36,4 \pm 1,2$ у.о., згідно груповому розподілу. Після лікування вона достовірно підвищилась у обох групах і дорівнювала $53,5 \pm 4,3$ та $51,3 \pm 2,1$ у.о. відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця 5.2.1.8

Показники проективного тесту «Добро» і «Зло» з вибором кольору у дослідженого контингенту (n=302)

Показник	ПСП та ППФР		ПСП без ППФР		Досто- вірність
	Середнє значення показника « $\pm m$ »		Середнє значення показника « $\pm m$ »		
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Активність	$45,1 \pm 4,7$	$50,7 \pm 4,1$	$47,25 \pm 1,5$	$48,1 \pm 2,1$	$P < 0,05$
Працездатність	$35,7 \pm 4,1$	$53,5 \pm 4,3$	$36,4 \pm 1,2$	$51,3 \pm 2,1$	$P < 0,05$
Відхилення від автоген. норми	$55,05 \pm 4,2$	$39,7 \pm 3,1$	$53,25 \pm 2,2$	$43,7 \pm 2,1$	$P < 0,05$

Відхилення від автогенної норми у хворих мало високі показники як у основній групі так і у групі контролю ($55,05 \pm 4,2$ та $53,25 \pm 2,2$ у.о. відповідно ($p < 0,05$)). Після лікування цей показник достовірно знизився в обох групах, але більш значущі зрушення відбулись у основній групі ($39,7 \pm 3,1$; $43,7 \pm 2,1$ відповідно), у якій були застосовані методи психотерапії.

З таблиці 5.2.1.8 видно, що після лікування відбулось вирівнення цифр показників активності і працездатності, що при зменшенні відхилення від автогенної норми вказує на гармонізацію, підвищення стабільності особистості та купіровання патологічного процесу.

Оскільки психофізіологічний стан людини уособлюється на ЕЕГ активацією окремих ділянок кори великих півкуль та залежить від пульсового кровонаповнення ми винесли 2 валідних, за нашими попередніми дослідженнями, показника для оцінки ефективності застосованого нами комплексу: орієнтовну реакцію (ОР) на ЕЕГ- співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей, та амплітуду пульсового кровонаповнення (А) на РЕГ- хвилях, до та після лікування. Дані нейрофізіологічних досліджень викладені у таблиці 5.2.1.9.

Таблиця 5.2.1.9

Нейрофізіологічні показники у досліджуваній групі до та після лікування

Вірогідність	Показник	До лікування	Після лікування
P<0,05	ОР	0,82±0,03	1,23±0,06
P<0,05	А (Ом.)	0,08±0,01	0,12±0,02

З вищенаведеної таблиці випливає, що до застосування нашого комплексу співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей було низьким (нижче 1), що вказує на низьку адаптованість та знижений рівень активності процесів у підкіркових структурах - Perezбудження та функціональна блокада таламо-кортикальних зв'язків. Підвищення цього коефіцієнту після застосування нашого комплексу вказує на покращення таламо-кортикальних зв'язків: зняття Perezбудження та функціональної блокади. Вірогідно знижені цифри амплітуди пульсового кровонаповнення, до застосування нашого комплексу, вказують на дещо знижену, дизрегуляторно обумовлену, перфузію головного мозку. Підвищення цифр,

після застосування комплексу, вказує на покращення умов роботи головного мозку за рахунок нормалізації перфузії.

У пацієнтів вірогідно знизилась спонтанність та тривожність за рахунок зниження лабільності та/або регідності процесів збудження в корі головного мозку, що корелює з нейрофізіологічними показниками: зменшення вираженості синдромів гіпоактивності та лабільності.

Таблиця 5.2.1.10

Кореляційний зв'язок між показниками емоційної сталості та тривожності тесту Р.Кеттела та ЕЕГ-синдромами гіпоактивності та лабільності у досліджуваного контингенту до та після лікування

Показник	ЕЕГ: синдром лабільності « r »		ЕЕГ: синдром гіпоактивності « r »	
	До лікування	Після Лікування	До лікування	Після Лікування
Тривожність « r »	0,65	0,72	-0,5	-0,58
емоційна сталість « r »	-0,52	- 0,60	0,68	0,74

Слід зазначити, що ступінь корелятивного зв'язку між показниками емоційної сталості та тривожності тесту Р.Кеттела та ЕЕГ-синдромами гіпоактивності та лабільності після застосування розробленого нами комплексу заходів підвищився, що вказує на адекватність нейрофізіологічних корелятивів та на стабілізацію особистості хворих після застосування реабілітаційних заходів. Цей зв'язок відображено у таблиці 5.2.1.10.

Для визначення клінічної ефективності різних терапевтичних комплексів ми використали метод бальної оцінки динаміки клінічних проявів захворювання. Клінічна оцінка динаміки захворювання у балах проводилась при обстеженні на початку лікування та наприкінці раннього етапу реабілітації. На основі бальних оцінок клінічного обстеження обчислювали величину інтегрального показника патології (ІПП) для основної та контрольної груп. На діагностичному етапі (ІПП1) в основній та контрольних групах були $7,63 \pm 0,61$ та $7,55 \pm 0,42$ ($p > 0,05$) відповідно. ІПП2 (на етапі ранньої реабілітації) був $3,41 \pm 0,324$ та $6,04 \pm 0,609$ ($p < 0,05$) відповідно.

Таблиця 5.2.1.11

**Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування дітей (в балах)
($M \pm m$)**

Групи дітей (n=194)	Діагностичний етап	Рання реабілітація		К
		ІПП2	S	
Основна (n=93)	$7,63 \pm 0,61$	$3,41 \pm 0,324^{* \#}$	4,22	2,8
Контрольна (n=101)	$7,55 \pm 0,42$	$6,04 \pm 0,609$	1,51	

* - різниця достовірна порівняно з даними до проведення лікування ($p < 0,05$),
- різниця достовірна порівняно з даними психотерапії ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать про достовірне зменшення ІПП, на етапі ранньої реабілітації в основній та контрольній групах, що підтверджує більш значну ефективність удосконаленої нами терапії.

Для кількісної оцінки динаміки клінічних проявів у хворих обчислювався показник ступеню покращення клінічної картини (S). S - це

різниця ІІІ2 та 1 в основній та контрольній групах. Отриманий коефіцієнт ефективності терапії в основній та контрольній групах складає - $K1=2,8$.

Об'єктивізуючи дані дослідження методом бальної оцінки провідних клінічних симптомів, слід зазначити, що у дітей, в комплекс лікування яких було включено сеанси психотерапії, позитивна динаміка була більш швидкою, ніж в контрольній групі хворих (табл.5.3.1.11). Тобто, динаміка зворотних змін основних клінічних проявів захворювання у дітей І-ої групи відбувалася майже втричі швидше.

5.2.2. Групова психотерапія на пізньому етапі реабілітації

У психологічному словнику [220] йде мова про психологічний клімат як соціально-психологічне поняття емоційного та соціально-оціночного характеру. Дослівно це поняття визначається як «переважаючий в групі чи колективі відносно стійкий емоційний настрій, в якому поєднуються настрої людей, їх душевні переживання і хвилювання, відношення один до одного, до роботи та до оточуючих подій» [198; 206]. При цьому вказується, що психологічний клімат може бути сприятливим чи несприятливим, здоровим чи нездоровим. Отже, можна зробити висновок, що саме здоровий психологічний клімат сприяє конструктивним міжособистісним стосункам, а нездоровий – деструктивним міжособистісним стосункам членів колективу.

Згідно словника А. В. Петровського та М. Г. Ярошевського, під соціально-психологічним кліматом слід розуміти «якісну сторону міжособистісних стосунків, що виявляється у вигляді сукупності психологічних умов, які сприяють чи перешкоджають продуктивній міжособистісній діяльності і всебічному розвитку особистості» [220]. Схоже визначення подано у словнику практичного психолога [302]. Така інтерпретація поняття «соціально-психологічного клімату» вказує на те, що міжособистісні стосунки членів колективу можуть сприяти чи перешкоджати

їх міжособистісній діяльності. Звідси цілком логічно зауважити, що коли міжособистісні стосунки сприяють цій діяльності, то у членів колективу виникають позитивні емоційні реакції, коли ж не сприяють, то емоційні реакції мають негативний характер.

Основними показниками здорового соціально-психологічного клімату, на думку науковців [37; 44; 57; 108] можуть бути:

- прерогатива атмосфери взаємної уваги, поважного відношення членів колективу один до одного, товариський дух;
- довіра і висока вимогливість членів групи один до одного;
- доброзичлива та ділова критика;
- вільний виклад особистої думки при обговоренні питань, які стосуються усього колективу;
- відсутність тиску керівників на підлеглих і визнання за ними права приймати значимі для групи рішення;
- достатня інформованість членів колективу про його завдання і стан справ щодо їх виконання;
- задоволення від належності до колективу;
- висока ступінь емоційного включення та взаємодопомоги в ситуаціях, які викликають стан фрустрації тощо.

Негативний розвиток стосунків призводить до поступового відособлення окремих членів колективу, зменшення кількості міжособистісних контактів, активізації опосередкованих засобів зв'язку порівняно з безпосередніми, згортання мережі комунікативних зв'язків (до формально необхідних), затримки інформації щодо засобів опосередкованого спілкування та руйнування зворотного зв'язку. Саме такі комунікативні зв'язки в колективі можуть бути емпіричними показниками її соціально-психологічного клімату. Позитивна оцінка зв'язків породжує почуття задоволеності собою та іншими, і, навпаки, негативна оцінка зв'язків породжує почуття невдоволеності собою та іншими. Переживання взаємин відбивається на настроях, зумовлює самопочуття людини: від позитивних психічних станів до негативних. Зміст

переживань членів колективу визначається їх ставленням до оточення (інших членів колективу та соціально-психологічних явищ). Певні настрої через імітацію, навіювання поширюються на інших людей і створюють відповідний психологічний фон.

Головним регулятором міжособистісних стосунків є привабливість однієї людини для іншої. Привабливість складається з почуттів симпатії та притягання. З цього приводу М. О. Обозов вважав, що якщо симпатія-антипатія – це переживання задоволення та незадоволення від контактів з іншими людьми, то притягання-відштовхування є практичною стороною цих переживань [198].

Важливо звернути увагу на те, що міжособистісна привабливість-непривабливість може набувати характеру сталих зв'язків між людьми й переходити у взаємну прихильність або неприязнь. Через те М. О. Обозов класифікує міжособистісні стосунки таким чином: знайомства, товариські, дружні, любовні, подружні, родинні, деструктивні. При цьому головними критеріями відмінності міжособистісних стосунків запропоновано вважати рівень включення особистості у ці стосунки та вибірковість щодо партнерів [198].

Більшість дослідників [108; 117; 118; 152; 161; 164] притримуються думки, що найповніше суб'єктивний характер міжособистісних стосунків виявляється в сумісності людей. Сумісність відображає оптимальне поєднання якостей людей у процесі взаємодії, що сприяє успішному виконанню спільної діяльності. Слід зазначити, що сумісність є одним із головних факторів, що забезпечують узгодженість дій і взаєморозуміння партнерів. Дослідники виокремлюють такі варіації сумісності як фізичну, психофізіологічну, соціально-психологічну та психологічну і зазначають, що при її відсутності в групі людей за певних умов може викликати роз'єднаність групи, що призведе до виникнення конфлікту [198; 206].

1. Науковці [198; 206; 219; 221] вказують на те, що характер міжособистісних стосунків членів групи може значною мірою визначати

основні її якості:

- інтегративність (міра єдності, згуртованості та спільності);
- референтність (ступінь прийняття членами групи групових норм і цінностей);
- лідерство (ступінь провідного впливу тих чи інших членів групи на групу в цілому);
- інтрагрупову активність (міра активізації групою своїх членів);
- інтергрупову активність (ступінь впливу певної групи на інші).

2. При цьому звертається увага на те, що відсутність інтегративності означає нездатність виконувати завдання [139; 148-149].

Варто зазначити, що міжособистісні стосунки впливають на такі важливі характеристики групи як:

- спрямованість (соціальна цінність її мети, методів діяльності, ціннісних орієнтацій і групових норм);
- організованість (реальна здатність групи до самоуправління);
- інтелектуальну комунікативність (характер міжособистісного сприйняття і налагодження взаєморозуміння);
- емоційну комунікативність (міжособистісні стосунки емоційного характеру, що свідчать про переважаючий настрій групи);
- вольову комунікативність (здатність групи протистояти труднощам і перешкодам, її стресостійкість, надійність в екстремальних умовах діяльності) [198 217].

3. Експериментальні дослідження показують, що міжособистісні стосунки людей тісно пов'язані з розвитком моральної самосвідомості як механізму саморегулювання поведінки у соціумі. Особливий вплив на ставлення до інших людей має самооцінка особистості. Вона виступає своєрідною проекцією оціночного ставлення до інших, визначає характер вимог і соціально-психологічних очікувань особистості. Низька самооцінка передбачає несприйняття себе, самовідкидання, негативне ставлення до своєї особистості. Автори вказують, що є три фактори, які впливають на

формування самооцінки: співставлення образу реального «Я» з образом ідеального «Я»; інтеріоризація соціальних реакцій; оцінювання успішності своїх дій і проявів через призму своєї ідентичності [126; 198; 221]. Таким чином, психологічний механізм оцінок і самооцінок – це інтеріоризований механізм соціальних контактів, орієнтацій і цінностей.

4. Слід акцентувати, що самооцінка не лише регулює процес спілкування людини, але й відіграє важливу роль у сприйманні нею інших людей, створюючи вибірковість сприймання і уваги при оцінці інших. Отже, адекватна самооцінка виступає однією з головних умов взаєморозуміння між людьми [221; 219; 220].

5. У свою чергу неадекватна самооцінка інтегративних якостей особистості сприяє неадекватній поведінці і є джерелом для виникнення міжособистісних конфліктів [206].

6. Виконуючи регулятивні функції, самооцінка виступає необхідною внутрішньою умовою організації суб'єктом своєї поведінки, діяльності, відносин. Функції самооцінки не обмежуються вирішенням завдань адаптації суб'єкта до оточуючого світу: вона є важливим фактором мобілізації людиною своїх сил у період самоствердження.

Під поняттям «самоствердження» психологи розуміють одну з форм самовизначення особистості [126; 206; 220]. Самоствердження відображає прагнення особистості займати у референтній групі визначну позицію, яка ґрунтується на усвідомленні індивідом необхідності діяти у відповідності до своїх ціннісних орієнтацій і відносин, які склалися у групі в процесі спілкування і діяльності.

Протиріччя процесу самоствердження відображаються у міжособистісних конфліктах, які можна визначити як конфлікти становлення особистості. У цих конфліктах проходять «апробацію» погляди і цінності особистості, встановлюються норми поведінки і взаємозв'язків, формується й корегується життєва позиція. Крім того, результати досліджень показують, що активну роль у цьому процесі відіграють і соціальні очікування людини

(експектації).

Етап пізньої реабілітації проводився на поліклінічному та шкільному рівнях. Він складався з медичних, психологічних та педагогічних засобів. Медичні засоби були спрямовані на попередження рецидиву захворювання (базисна терапія при БА та підтримуюча протирецидивна терапія при ВХ ДПК).

Психологічна складова сприяла подальшій корекції особистісних особливостей пацієнта і проводиться не лише індивідуально з дитиною, але й з найближчим оточенням.

Педагогічна складова комплексної реабілітації включала засвоєння валеологічної інформації з акцентом на необхідність валеологічного самовиховання, а також індивідуальну та групову виховну роботу, направлену на гармонізацію міжособистісних стосунків дитини, попередження внутрішньо-особистісних конфліктів

На етапі пізньої реабілітації проводилась групова психотерапія. В ході психотерапевтичної корекції ми використовували групові форми роботи, оскільки в даному випадку вона має ряд переваг, в порівнянні з індивідуальною, зокрема:

- груповий досвід протидіє відчуженню, допомагає у вирішенні міжособистісних проблем;

- група відображує суспільство в мініатюрі, в ній моделюється система взаємовідносин та взаємозв'язків, яка характерна для реального життя, що надає підліткам можливість побачити та проаналізувати в психологічно безпечних умовах закономірності спілкування та поведінки інших людей та самих себе, які не помічаються ними в звичайних життєвих ситуаціях;

- можливість отримання зворотного зв'язку від дітей та підлітків з подібними проблемами;

- в групі можливо ідентифікувати себе з іншими, “зіграти” роль іншої людини з метою кращого розуміння її і себе та ознайомлення з новими ефективними способами поведінки;

- група полегшує процеси саморозкриття, самодослідження та самопізнання; ці процеси не можуть бути повними без участі інших людей; відкриття себе іншим та відкриття себе самому собі дозволяють зрозуміти себе та підвищити впевненість у собі.

На перших заняттях відбувалось знайомство підлітків, в ході якого кожен з учасників групи називав своє ім'я, те чим він захоплюється на сьогоднішній день, те чим він хотів би займатись, але на даний момент через ту чи іншу причину не може здійснити. Після знайомства ведучий пояснював підліткам основний зміст роботи, яка буде проведена в групі. Далі, учасники групи ознайомились з правилами роботи групи, зверталася увага на довірливий стиль спілкування, відвертість, конфіденційність, персоніфікацію висловлювань, недопустимість безпосередніх оцінок людини, повага до того, хто говорить, спілкування за принципом “тут і тепер” тощо.

На початку групової роботи дуже важливо встановити контакт з підлітками та створити позитивну мотивацію до занять. Приклади використаних нами вправ спрямовані на встановлення контакту з учасниками групи, створення можливості для саморозкриття, самовираження та самоаналізу, подолання бар'єрів у спілкуванні [13; 15; 17; 84; 93; 94].

Вправа „хто я?”.

Підліткам групи пропонувалось поділити аркуш паперу на три колонки по вертикалі: в першій колонці відповісти на запитання: “хто я?”. Для цього необхідно швидко написати десять слів-епітетів, до того ж писати необхідно в тій послідовності, в якій вони виникають у голові.

В другій колонці написати, як би на це запитання відповіли ваші батьки, або ж близькі люди.

В третій – на це ж запитання відповідає хто-небудь із групи. Для цього всі кладуть свої підписані аркуші на стіл, вони перемішуються, і далі кожен, не дивлячись, бере аркуш зі столу та пише про ту людину, чий папірець попав до нього в руки. Далі аркуші знову кладуться на стіл і кожен забирає свій. Під час обговорення результатів даної процедури зверталась увага на те,

чи повторюється яка-небудь властивість у всіх трьох колонках; наскільки людина добре знає та може себе охарактеризувати (кількість слів в першій колонці); відношення до самого себе (співвідношення позитивних та негативних епітетів). Гра сприяє усвідомленню дітьми того, чи співпадає уявлення самого про себе та думка інших стосовно нього.

Вправа „всі ми”. Один учасник виходить із кімнати. Ведучий просить кожного учасника сказати про того, хто вийшов що-небудь приємне. Це все записується. Далі той, хто вийшов – заходить. Ведучий говорить, наприклад: ”поки ти був відсутній ми випадково завело про тебе розмову. Не повіриш, як багато приємного про тебе було сказано. Дехто сказав...” Учасник повинен сказати хто, на його думку це міг сказати і чому. Дана гра - це асоціативно-рольовий портрет учасників, усіх тих, хто зібрався в групі. Він демонструє, як кожен бачить себе.

Нами також використовувалися інші ігри, спрямовані на зменшення напруження, поглиблення процесів самопізнання, знаходження в собі головних індивідуальних особливостей : „моє майбутнє” -проективний малюнок та обговорення [13; 32; 46].

Враховуючи те, що у відповідності з результатами нашого дослідження у дітей та підлітків відмічається підвищений рівень тривожності, тому, одним із завдань нашої роботи було навчити всіх дітей навичкам саморегуляції (регулюванню таких функцій організму, як кровообіг, частота серцевих скорочень, дихання), зменшенню надмірного хвилювання, тривожності, ефективного зниженню фізичної та психічної втоми, самоактивації. З цією метою проводилось навчання підлітків елементам нижчого ступеню аутогенного тренування (АТ) [209].

На початку надавалась детальна інформація стосовно аутогенного тренування, як методу психотерапевтичного впливу на людину. Розповідалось про ефекти даного методу та його переваги саме при психосоматичних захворюваннях. Надалі, кожне заняття починалось та закінчувалось навчанням оволодінню першим ступенем аутогенного

тренування, детально зупиняючись на всіх моментах, які відіграють важливу роль в опануванні даного методу. А саме, зверталась увага на умови виникнення аутогенного стану; пози, при яких досягається найкращий ефект розслаблення; “маску релаксації”; умови виходу з аутогенного стану.

Перша стандартна вправа аутогенного тренування – “важкість”. При цьому пропонувалось прийняти одну, найбільш зручну для кожного із них, позу для АТ, розслабитись та пасивно зосередитись на важкості однієї з рук. Зверталась увага на те, що по мірі розслаблення важкість буде відчуватись і в інших частинах тіла та необхідно спостерігати за нею до тих пір, поки відчуття важкості не почне зникати і сторонні звуки почнуть відволікати увагу. При оволодінні вправами АТ робився акцент на пасивному зосередженні на певних відчуттях без участі вольового зусилля, яке, навпаки, буде перешкоджати виникненню аутогенного стану.

Друга вправа АТ - “тепло” - присвячена поглибленню розслаблення та пасивному зосередженні спочатку на відчутті важкості, а далі - тепла в тілі, починаючи, як і в першій вправі, з концентрації на теплі в руці, яке при подальших заняттях буде саме по собі поширюватись на другу руку, ноги та тулуб.

Наступні вправи АТ – “серце” (пасивна концентрація на відчутті пульсації в тілі);

“дихання” (пасивна концентрація на спокійному диханні);

“сонячне сплетіння” (пасивна концентрація на відчутті тепла в черевній порожнині);

“прохолода чола” (зосередження на відчутті прохолоди в ділянці чола) поступово опановувались по мірі засвоєння попередніх вправ та кожне нове відчуття викликалось після появи станів, на яких підлітки навчились уже пасивно зосереджуватись.

В ході роботи з підлітками по опануванні технікою АТ давались домашні завдання для закріплення пройденого матеріалу та швидшого оволодіння даною методикою. Найскладнішим для учасників групи виявився

момент засвоєння першої вправи методики, оскільки така робота вимагала терпіння та систематичності, на що не всі були здатні і зокрема чверті всі дітей не вдавалось відчувати важкість в тілі і вони не могли рухатись далі у засвоєнні методики. Проте, почувши від своїх товаришів, що вони досягли бажаного результату, дані пацієнти почали більш старанно та ретельно працювати і вже через чотири дні вони почали відчувати важкість у тілі, а згодом, у них швидко пішли справи по засвоєнню наступних вправ.

Займаючись аутогенним тренуванням діти та підлітки навчилися пасивно концентрувати увагу на спокої, шести стандартних вправах, що дало їм можливість самостійно покращувати своє самопочуття, знімати розумову втому, головний біль, уповільнити темп серцевих скорочень та дихання, які прискорювались у них при хвилюванні.

Паралельно із засвоєнням техніки АТ дітей та підлітків навчали аналізувати їх власні тривожні думки, що стосувались проблемних ситуацій, та трансформувати ці думки в більш реалістичні.

На початку роботи пояснювалась різниця між думкою та відчуттям, які виникають внаслідок певної події, яка відбулась та важливість навчитись вірно розрізняти подію, думку та почуття, що пізніше допоможе більш ефективно орієнтуватись в проблемних ситуаціях.

Для того, щоб полегшити усвідомлення кожним учасником групи ірраціональність їх думок та зменшити ступінь тривоги і страху, ми моделювали ситуації, які викликали страх у підлітків та в ігровій формі проводили розбір кожної окремої ситуації, активно залучаючи до роботи всіх учасників групи. При цьому використовувались ігри - „проективний малюнок- добро і зло, моє майбутнє” [13; 182].

Враховуючи те, що у дітей та підлітків із психосоматичною патологією часто формувался негативний образ самого себе, завдяки якому вони надалі починали з готовністю погоджуватись з припущенням, що інші поганої про них думки, на заняттях групи ми відводили час для виявлення позитивних сторін особистості кожного та формування позитивної установки. З цією

метою учасникам групи пояснювалось, що вираз – „любити себе” – включає не милування собою, а приймання себе таким яким ти є, з усіма своїми слабкостями та недоліками. Якщо людина знає та усвідомлює свої негативні сторони, то вона зможе знайти у собі сили для того, щоб ставати кращою, сильнішою та сміливішою. Відводилось 15 хвилин на те, щоб скласти як найбільш детальний список причин, через які вони не можуть себе полюбити. Потім, вони викреслювали з даного переліку такі загальні принципи, як, наприклад: „любити себе не скромно”, „людина повинна любити інших, а не себе” і т. ін. Після цього в переліку залишалось лише те, що пов’язане особисто з кожним учасником групи, те, що заважає йому нормально жити. Далі, пропонувалось замислитись: якщо б ці недоліки належали не самій дитині, а людині, яку він дуже любить та цінує, які б із них він пробачив їй, а які б оцінив навіть, як позитивні якості. Якщо ці якості не перешкодили полюбити іншу людину, то вони, відповідно, не можуть завадити полюбити самого себе, і тому їх із свого переліку підліток викреслював. Із тих якостей, які залишились, відмічались ті риси та недоліки, які б кожен учасник групи зміг допомогти значимій для себе людині подолати. Якщо такі є, то чому б не допомогти самому собі подолати їх? В результаті аналізувалось, чи багато негативних рис залишилось в переліку? Далі, пропонувалось сказати собі те, що у кожної людини є деякі негативні риси та потрібно навчитись жити з ними і думати, як їх позбавитись, але при цьому не втрачати повагу до себе і продовжувати себе любити.

Також, для прийняття себе та підвищення самооцінки кожному інші учасники групи висловлювали своє враження про нього у вигляді позитивних фраз-установок, таких як: „дуже гарний”, „вихований”, „цілеспрямований” та ін., які підліток записував, а потім відбирав дві фрази, які йому найбільш імпонували. В якості домашнього завдання учасникам групи пропонувалось кожен день протягом двох місяців по десять разів переписувати ці фрази, для того, щоб допомогти собі побудувати свій позитивний образ. А також, дивлячись не себе у дзеркало підліток повинен

повторювати кожен день текст наступного змісту: „Я люблю тебе (назвати своє ім'я) та приймаю таким, який ти є, із усіма недоліками та позитивними якостями. Я не буду боротись з тобою, і мені зовсім не потрібно отримувати перемогу над тобою. Але моя любов дасть мені можливість розвиватись та удосконалюватись, самому радіти життю і приносити радість в життя інших”.

Також ми запропонували такий метод самопомоги, як техніка „інтеграції якорів” [206; 209; 211; 212].

На початку роботи по оволодінню даним методом пояснювався зміст таких понять, як „якір” та „ресурсні можливості” і проводились вправи, за допомогою яких учасники групи навчались знаходити в собі потрібні ресурси та підбирати „якорі”.

Далі розповідалось як потрібно пов'язувати вибрані якорі з бажаним для них станом і кілька разів проводилось сполучення якоря з певним відчуттям. На завершення оволодіння цією технікою діти та підлітки уявляли ситуації, які викликають у них тривогу та страх, викликаючи в собі ті неприємні відчуття, які вони щоразу відчували в цих ситуаціях і на піку свого стану використовували свій якір.

Після проведення вправи детально обговорювались всі ситуації та стани кожного.

На заключному етапі психокорекційної роботи заняття були спрямовані на відпрацювання навичок по подоланню перешкод на шляху до досягнення своєї мети, на закріплення уявлень про свою унікальність, неповторність та проводились переважно в ігровій формі.. За допомогою гри – „я – подарунок для людства” [13] ще раз підкреслювалась унікальність кожного учасника групи. Гра – „минуле, теперішнє та майбутнє” [13; 181; 182] – допомогла дітям та підліткам ще раз проаналізувати свої особисті якості та отримати зворотній зв'язок від групи.

На останньому занятті проводилось повторне тестування за методиками, які були використані на початку психотерапевтичної корекції.

Оцінка ефективності групової психотерапевтичної корекції у дітей та підлітків проводилася після проведеного етапу пізньої реабілітації (амбулаторно –поліклінічний етап) для оцінки динаміки стану і необхідної достатності заходів.

Кожне заняття проводилось в стандартній формі та включало в себе наступні елементи: ритуал привітання, розминку, основний зміст, рефлексію з приводу даного заняття та ритуал прощання. Заняття проводились 2 рази на тиждень тривалістю 1,5 години. Кількість учасників групи – 4 - 5 чоловік. Загальна тривалість програми – 1 місяць.

Всі обстежені діти були поділені на дві репрезентативні групи (діти з ПСП та ППФР і без них). Оскільки результати психологічних досліджень достовірно не відрізнялись у пацієнтів з ПСП на фоні ППФР і без них, ми мали підстави використання останніх в якості лікувального контролю.

Таким чином, основну групу склали 93 хворих, у комплексну терапію яких було включено проведення групових сеансів психотерапії.

У контрольну групу увійшли 101 дітей, що одержували тільки протирецидивне лікування основного захворювання.

Результати лікування оцінювались за динамікою психологічних (тести Спілбергера-Ханіна, Кеттела, проєктивний тест «Добро» та «Зло» з вибором кольору), клініко-анамнестичних, нейрофізіологічних показників (комп'ютерне ЕЕГ).

Об'єктивізація ефективності лікування проводилось наприкінці лікування та порівнювалась з початковими даними. Отримані результати оброблені статистично з використанням пакету програм Math CAD з визначенням рівня верогідності. В роботі використано аналіз бальної оцінки провідних клінічних симптомів, з вирахуванням інтегрального показника патології (ППП) та коефіцієнта порівняльної ефективності терапії (С.М. Макєєв, 1985).

Динаміка основних клінічних синдромів представлена в таблиці 5.2.2.1.

Нами виявлено, що наприкінці лікування більш значущі позитивні клінічні дані були отримані в першій групі досліджуваних дітей, до терапії яких було залучено сеанси групової психотерапії.

Таблиця 5.2.2.1

Динаміка клінічних синдромів та симптомів у дітей з ПСП і ППФР та без ППФР (n=194)

Синдроми і симптоми	ПСП і ППФР		ПСП без ППФР	
	Після ранньої реабілітації	Після пізньої реабілітації	Після ранньої реабілітації	Після пізньої реабілітації
	Абс.ч.; %	Абс.ч.; %	Абс.ч.; %	Абс.ч.; %
1. Больовий синдром:	6 (6,5)	-	12 (11,9)	-
2. Диспептичний синдром:	5 (5,4)	-	7 (6,9)	-
3. Астено – вегетативний синдром	14 (15,0)	5(6,5)	28 (27,8)	14(13,9) *
4. Синдром хронічної інтоксикації:	12 (12,9)	3(3,2)	14 (13,9)	12(11,8) *
5. Порушеної вентиляції бронхів	3(3,2)	-	12(11,8)	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) з даними: * - I групи; ** - II групи;

Таблиця 5.2.2.2

Динаміка ендоскопічних змін гастроудоденальної зони у дітей з ПСП та ППФР і без них після II етапу лікування (n=80)

Ендоскопічні зміни	I група (n=63)		II група (n=17)	
	До лікування (%)	Після лікування (%)	До лікування (%)	Після лікування (%)
Поверхневі зміни				
Стравоходу	11,7	-	19,8	-
шлунка і ДПК	1,8	-	9,4*	-
антрума та цибулини ДПК	65,8	-	46,1	6,4
Деструктивні (ерозивно-виразкові) зміни				
Ерозії:	42,5	-	47,9	-
СОШ (одиночні)	7,1	-	9,8	-
СОШ (множинні)	11,5	-	5,2	-
ДПК (одиночні)	7,5	-	6,3	-
ДПК (множинні)	11,7	-	11,5	-
СОШ і ДПК (одиночн)	5,2	-	2,2	-
СОШ і ДПК (множин.)	10,4	-	-	-
виразка ДПК	67,4	-	94,4	-
множинні виразки ДПК	32,6	-	15,6	-
Деформація ДПК	8,8	8,8	-	-
ΣПЕЗ (бали)	21,8± 2,1	6,1±2,1	50,6± 0,9	24,3± 09
ΣПГДЗ (бали)	17,1	-	4,6	-

Продовження таблиці 5.2.2.2

Ендоскопічні зміни	І група (n=63)		ІІ група (n=17)	
	До лікування (%)	Після лікування (%)	До лікування (%)	Після лікування (%)
Гіперпластичні зміни				
антрума шлунку	5,2	3,2	-	-
СО ДПК	33,7	11,5	1,8	1,8
Поліп шлунка	3,2	3,2	-	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками І групи;

І група- ПСП і ППФР; ІІ група – ПСП без ППФР.

Так, больовий, диспепсичний та синдром порушеної вентиляції бронхів наприкінці пізньої реабілітації зник у обох групах. Астеновегетативний синдром після лікування залишався у 6,5% першої групи та у 13,9% пацієнтів другої групи ($p < 0,05$). Синдром хронічної інтоксикації залишався у 3,2% дітей І групи та у 11,8 другої ($p > 0,05$).

В першій групі досліджуваних дітей наприкінці етапу пізньої реабілітації зникло відчуття роздратованості, слабкості та порушення сну, пацієнти відчували себе повністю урівноваженими.

При аналізі даних ФЕГДС (таб. 5.2.2.2) наприкінці пізнього етапу реабілітації спостерігалось нівілювання деструктивних (ерозивно-виразкових) ендоскопічних змін. Поверхневі зміни СОШ і ДПК виявлено тільки у 6,4% дітей із другої групи ($p < 0,05$).

При аналізі Σ ПГДЗ виявлено, що глибина деструктивних змін зменшилась у дітей обох груп, але достовірно меншою вона стала у першій групі ($6,1 \pm 2,1$ проти $24,3 \pm 09$ балів), ($p < 0,001$).

Таблиця 5.2.2.3

Динаміка морфологічних змін у обстежених хворих (n=80)

Показник	I група (n=63)		II група (n=17)	
	До лікування %	Після лікування %	До лікування %	Після лікування %
Активність патологічного процесу в шлунку				
Мінімальна	13,3	-	58,6	-
Помірна	53,3	-	21,8	-
Максимальна	33,4	-	19,7	-
Поверхневі морфологічні зміни				
поверхневий	26,7	-	76,9	14,2*
поверхневий з ослизненням залоз	-	-	15,4	3,2*
Гіперпластичні морфологічні зміни				
гіперпластичний	33,2	3,2	7,7	3,2
поверхневий з ослиз- ненням залоз і ЛФГ	-	-	15,4	3,2
поверхневий з гіперплазією залоз	-	-	-	-
Ерозивні морфологічні зміни				
Ерозивний	20,1	3,2	18,4	-
Атрофічні морфологічні зміни				
Вогнищевий атрофічний зі склерозом строми	13,3	-	-	-
Атрофічно-гіперпласт. З кишковою метаплазією	6,7	3,2	-	-

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) *-з показниками I групи;

Лімфофолікулярна гіперплазія (ЛФГ) СОШ і ДПК (з наявністю поліпів СОШ) достовірно частіше мала місце у хворих з ППФР - 11,5% проти 1,8% у дітей без ППФР ($p < 0,001$). ЛФГ антруму по типу “бруківки” діагностована у 3,2% хворих I групи, тобто у дітей з ПСП та ППФР.

Результати морфологічного дослідження наведені табл. 5.2.2.3.

Активність патологічного процесу зникла в обох групах. В групі дітей з ППФР поверхневі морфологічні зміни повністю зникли, в той час як у дітей без ППФР залишились у 17,4 % пацієнтів, з них поверхневий з ослизненням залоз у 3,2% ($p < 0,05$). В I групі дітей (ПСП і ППФР) морфологічні зміни які мали гіперпластичний характер виявлені у 3,2% ($p < 0,05$).

Таблиця 5.2.2.4

Динаміка показників кислотоутворюючої та олузнюючої функції шлунку у обстежених дітей (n=80)

Групи		ПСП і ППФР I група (n=63)		ПСП без ППФР II група (n=17)	
		До лікування %	Після лікування %	До лікування %	Після лікування %
		КФШ та ОФШ	КФШ підвищена	69,8	7,2
Збережена	15,1		89,6	26,1	85,2
Понижена	15,1		3,2	7,2	-
ОФШ компенсована	34,5		97,8	70,2	89,8
Субкомпенсов.	26,9		-	8,2	-
Декомпенсов.	38,6		9,2	21,6	10,2

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) з показниками * - I групи;

У пацієнтів цієї групи залишилась явища кишкової метаплазії в шлунку (3,2%) хворих ($p < 0,05$).

Результати дослідження кислотоутворюючої (КФШ) й олузнюючої функції шлунка (ОФШ) наведені в табл. 5.2.2.4.

Після проведення реабілітації відмічається вирівнювання показників кислотоутворюючої та олузнюючої функції шлунку в обох групах обстежених дітей. Але зворотня динаміка позитивних змін була більш значною у дітей першої групи. Так КФШ відновились у 89,8% хворих дітей з ПСП та ППФР (від 15,1% до 89,8%), тоді як у дітей без ППФР- у 85,2% (від 26,1% до 85,2%) ($p < 0,05$).

Таблиця 5.2.2.5

Показники тесту Спілбергера-Ханіна до та після терапії у досліджуваного контингенту (n=194)

Показник	Середнє значення показника до терапії « $\pm m$ »	Середнє значення показника після терапії « $\pm m$ »	Вірогідність змін
	Діти з ПСП і ППФР (n=93)		
Реактивна тривожність	34,32 \pm 1,52	26,43 \pm 0,75	P<0,05
Особистісна Тривожність	50,01 \pm 1,24	35,47 \pm 1,04	P<0,05
	Діти без ППФР (n=101)		
Реактивна тривожність	33,25 \pm 1,52	30,43 \pm 0,75	P<0,05
Особистісна Тривожність	46,34 \pm 1,24	39,47 \pm 1,04	P<0,05

Такіж тенденції спостерігались і з показником ОФШ. Компенсована ОФШ переважала у дітей II групи (70,2%), після лікування вона вона виявлена у 89,8% дітей. У хворих I групи цей показник покращався втричі (від 34,5% до 97,8%) ($p < 0,05$).

Ми порівняли показники валідних (за нашими попередніми дослідженнями) психологічних тестів до, та після застосування обраній групі пацієнтів розробленого нами комплексу реабілітаційних заходів, щодо надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги.

Після закінчення амбулаторно-полікліничног етапу пізньої реабілітації виявлені слідуочі зміни при аналізі показників тесту Спілбергера-Ханіна.

Нами зафіксовані зміни з боку проявів реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ). А саме, спостерігалась позитивна тенденція до зниження означених видів тривожності із високого та середнього рівня до нормальних показників у дітей основної групи. Ці показники наведено у таблиці 5.2.2.5.

Дані, викладені у цій таблиці, засвідчують високі показники особистісної тривожності ($50,01 \pm 1,24$; $46,34 \pm 1,24$) за середніх показників реактивної тривожності ($34,32 \pm 1,52$; $33,25 \pm 1,52$), до початку лікування нашим комплексом, та достовірне зниження цих показників, у першу чергу особистісної тривожності ($35,47 \pm 1,04$) до нормального рівня в основній групі на відміну від групи контролю де спостерігалось збереження середніх показників підвищеного рівня, як реактивної так і особистісної тривожності.

Після закінчення етапу пізньої реабілітації нами проведено порівняльний аналіз рівней тривожності у дітей з ПСП та ППФР (I група) та ПСП без ППФР (II група) взаємності від нозологій (таб. 5.2.2.6). Було виявлено, що рівень особистісної тривожності достовірно знизився у хворих на бронхіальну астму та виразкову хворобу у дітей основної групи і склав 20,1% та 17,4 % всіх обстежених згідно груповому розподілу на відміну від попередніх даних (88,6%; 88,7%). У контрольній групі теж виявлено

достовірне зниження особистісної тривожності та, на відміну від основної, високі її показники залишались у 41,7% хворих на БА та у 59,4% на ВХДПК.

Що стосується реактивної тривожності, то вона залишалась високою у 20,8% дітей з БА і у 25,6% з ВХДПК, в основній групі. У контрольній групі високі показники відмічались у 44,7% хворих на БА та у 47,4% на ВХДПК.

Таблиця 5.2.2.6

Динаміка реактивної та особистої тривожності у дітей взаємності від нозології (M±m)

Групи обстежених	РТ		ОТ	
	До лікування	Після Лікування	До лікування	Після Лікування
Діти з ПСП та ППФР (n=93)				
ВХДПК(n=63)	88,7%	25,6%*	88,8%	17,4%
БА (n=30)	88,6	20,8%*	90,0%	20,1%*
Діти з ПСП без ППФР (n=101)				
ВХДПК (n=17)	88,3%	47,4%	76,8%	59,4%
БА (n=84)	88,5%	44,7%	83,4%	41,7%

*- $p < 0,1$ порівняно з даними групи контролю, ВХДПК-виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, БА- бронхіальна астма.

Після проведення амбулаторно-поліклінічного етапу пізньої реабілітації виявлено зменшення рівню реактивної тривожності в обох групах. Однак, її підвищений рівень зберігався лише у чверті хворих основної групи (як при БА, так і при ВХ), в той час, як в контролі – майже у половини хворих (рис.5.2.2.1).

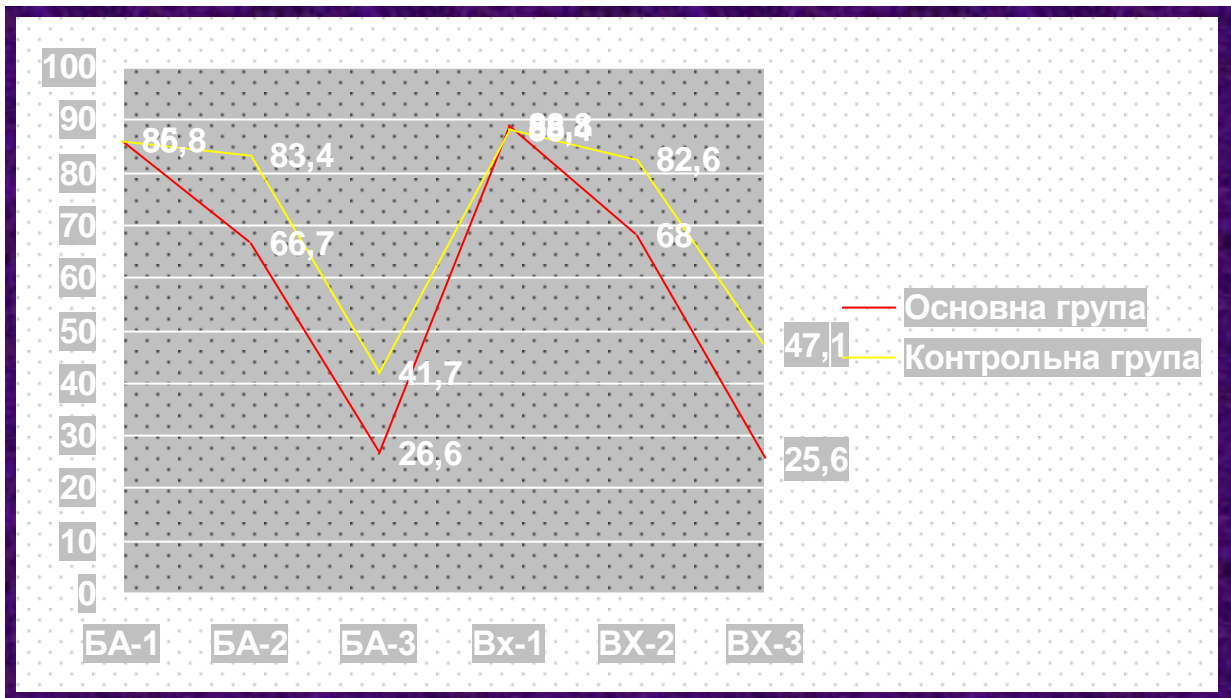


Рис.5.2.2.1. Підвищена реактивна тривожність при БА і ВХ (тест Спілбергера-Ханіна - після II і III етапу реабілітації у дітей основної та контрольних груп)

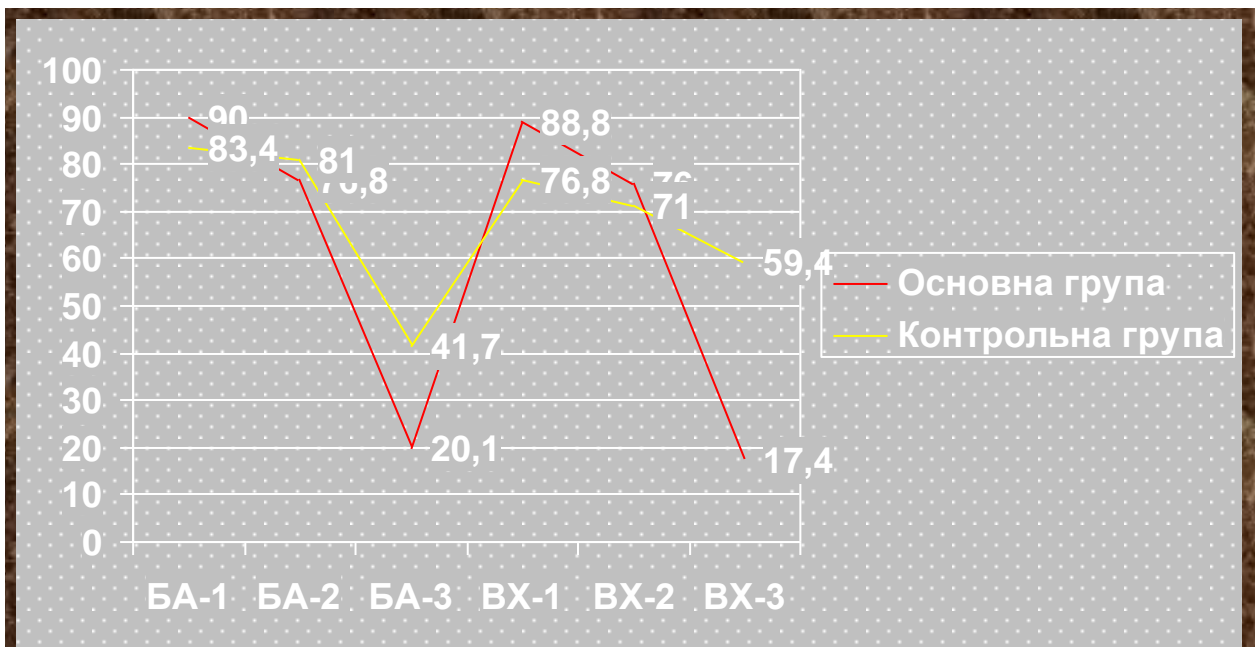
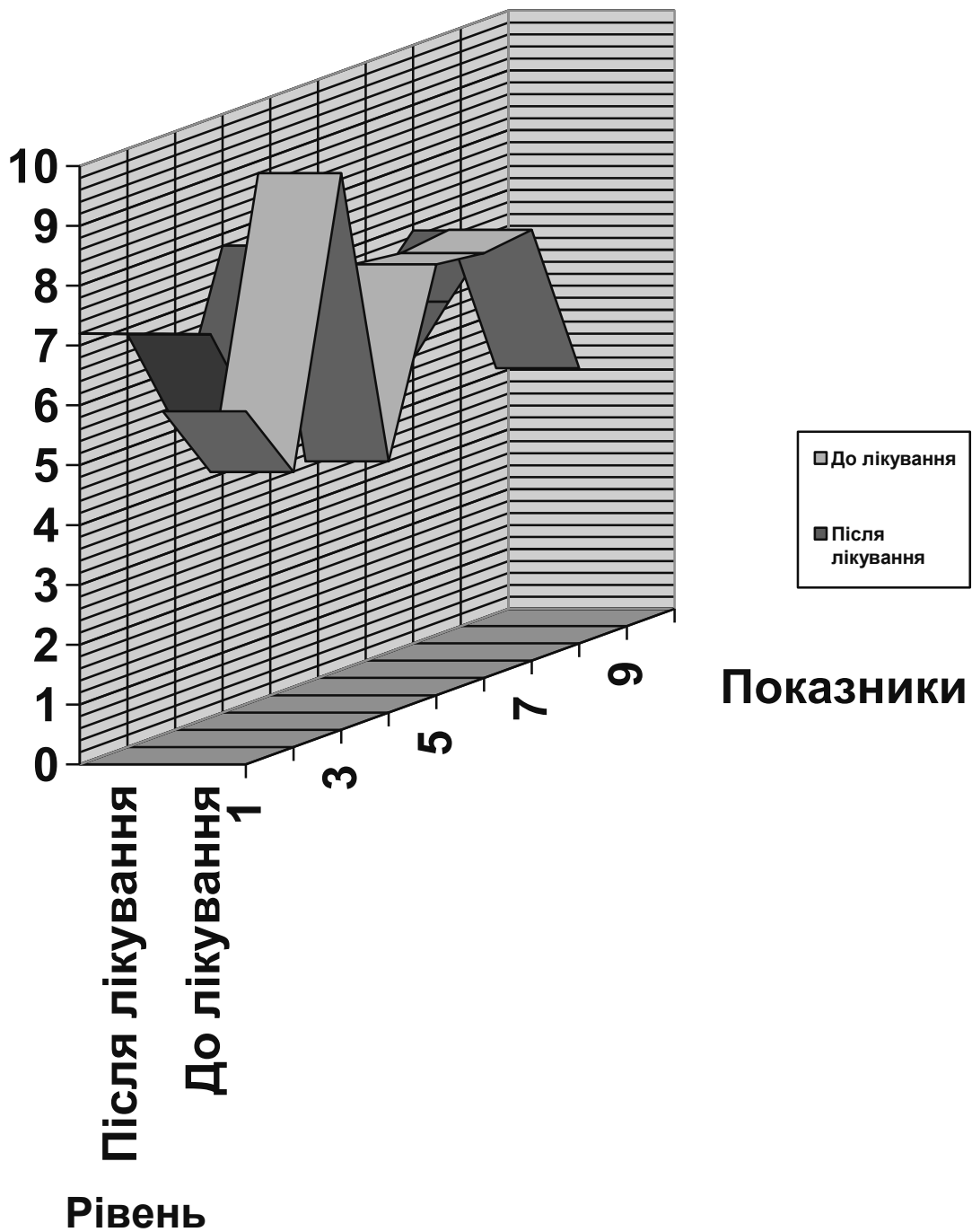


Рис.5.2.2.2. Підвищена особистісна тривожність при БА і ВХ (тест Спілбергера-Ханіна - після II і III етапу реабілітації у дітей основної та контрольних груп)

Таблиця 5.2.2.7

Показники індивідуально - психологічних особливостей дітей із ПСП і ППФР та без них після проведення пізньої реабілітації за методикою Р.Кеттела, (M±m)

Фактори	ПСП та ППФР (n=93)		ПСП без ППФР (n=101)		P
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
MD	5,9±0,2	7,2±0,1	5,5±0,1	6,0±0,2	<0,01
A	5,4±0,2	7,8±0,1	6,8±0,1	7,3±0,2	<0,001
B	4,7±0,2	4,8±0,1	4,4±0,1	4,7±0,2	>0,1
C	4,7±0,3	7,8±0,1	5,8±0,1	6,1±0,2	<0,05
E	4,6±0,2	6,9±0,1	6,1±0,1	6,9±0,2	<0,001
F	4,5±0,2	5,8±0,1	5,6±0,1	5,9±0,2	<0,01
G	8,2±0,2	8,7±0,2	8,2±0,2	7,9±0,2	>0,1
H	4,2±0,2	7,1±0,1	6,1±0,1	7,0±0,2	<0,001
I	5,9±0,2	5,5±0,2	5,9±0,2	5,6±0,2	>0,1
L	7,2±0,2	5,1±0,1	5,5±0,1	5,5±0,2	<0,001
M	5,1±0,2	6,2±0,2	6,6±0,2	6,5±0,2	<0,01
N	6,7±0,2	6,1±0,2	6,4±0,2	6,1±0,2	>0,1
O	9,3±0,1	5,1±0,1	8,1±0,1	5,9±0,2	<0,001
Q1	5,5±0,2	6,7±0,2	6,2±0,2	6,5±0,2	>0,1
Q2	7,1±0,2	5,0±0,1	5,4±0,1	5,1±0,2	<0,01
Q3	6,2±0,3	6,9±0,2	6,3±0,2	6,8±0,2	>0,1
Q4	7,2±0,3	6,0±0,1	5,9±0,1	5,8±0,2	<0,01



Показники: 1-адекватність самооцінки, 2-емоційна нестійкість- емоційна стійкість, 3-впевненість у собі - тривожність, 4-нерішучість - сміливість, 5-довірливість - підозрілість, 6-конформізм - нонконформізм, 7-розслабленість-напруженість, 8-підлеглість - домінантність.

Рисунок 5.2.2.3 Показники тесту Р.Кеттела до та після терапії у досліджуваного контингенту основної групи

Такі ж тенденції виявлені і при визначенні особистісної тривожності. Однак, після III етапу досягнута більш значна позитивна динаміка у дітей основної групи, в той час, як в контролі у 41,7 і 59,4% пацієнтів зберігалась висока особистісна тривожність (рис.5.2.2.2), що свідчить про недостатню ефективність проведеної терапії.

У подальшому, ми порівняли показники тесту Кеттела до (діагностичний етап) та після лікування (пізня реабілітація).

Відомо, з наших досліджень, що діти та підлітки з психосоматичною патологією виразно проявляють такі індивідуальні-психологічні особливості їх особистості, як замкненість, відчуженість, мовчазність, що значно ускладнювало їх взаємовідносини.

І тому стає зрозумілою наявність певних особливостей в емоційній сфері психосоматичних хворих, а саме підвищеного рівня тривожності, невпевненості у собі, роздратованості, емоційної нестійкості та заниженої самооцінки. Вони ніяковіють в присутності інших, беруть провину на себе, намагаються бути непомітними.

При дослідженні емоційно-вольової сфери (таб.5.2.2.7) після проведення реабілітаційного комплексу у дітей з основної групи прослідковується нівілювання таких рис характеру, як емоційна нестійкість, тривожність, невпевненість у собі, боязливість. Про що свідчать зменшення середнього значення по фактору О – від $9,3 \pm 0,1$ до $5,1 \pm 0,1$, $p < 0,001$ та збільшення по фактору С – від $4,8 \pm 0,3$ до $7,6 \pm 0,2$, $p < 0,001$. Достовірно зменшилось середнє значення і по фактору - Q4 (з $7,2 \pm 0,3$ до $6,0 \pm 0,1$, $p < 0,01$), що вказує зменшення напруженості, фрустрованості, нетерплячості та надмірного хвилювання.

В той час, як у контрольній групі, незважаючи на позитивну динаміку, зміни не такі яскраві. Про що свідчать зменшення середнього значення по фактору О – від $8,1 \pm 0,1$ до $5,9 \pm 0,1$, $p < 0,001$ та практично відсутня динаміка по фактору С – від $5,8 \pm 0,1$ до $6,1 \pm 0,2$, і по фактору Q4 – від $5,9 \pm 0,1$ до

$5,8 \pm 0,2$ $p < 0,001$. Це свідчить про достовірне зменшення емоційної лабільності на тлі нетерплячості та надмірного хвилювання.

Якщо ж проаналізувати хворих основної групи, звертаючи увагу на їх комунікативні властивості та особливості міжособистісних стосунків, то ми бачимо, що середні показники по фактору Н, Е при порівнянні з попередніми достовірно збільшились (з $4,2 \pm 0,2$ до $7,1 \pm 0,1$ та з $4,6 \pm 0,2$ до $6,9 \pm 0,1$ відповідно, $p < 0,001$) та достовірно зменшується по фактору L (з $7,2 \pm 0,2$ до $5,1 \pm 0,1$, $p < 0,001$), вказуючи на зменшення ускладнень у взаєминах з ровесниками, вчителями, батьками, в зв'язку з чим інтереси дітей та підлітків стають більш зверненими на оточуючих, зростає, додатковим свідченням чого є достовірно нище значення по фактору Q2 (з $7,1 \pm 0,2$ до $5,0 \pm 0,1$, $p < 0,01$).

У контрольній групі середні показники по фактору Н, Е при порівнянні з попередніми достовірно збільшились (з $6,1 \pm 0,2$ до $7,0 \pm 0,1$ та з $6,1 \pm 0,2$ до $6,9 \pm 0,1$ відповідно, $p < 0,001$), але залишився на тому ж рівні показник по фактору L ($5,5 \pm 0,2$, $p < 0,01$), що свідчить про замкненість та недовірливість дітей. Діти контрольної групи залишаються замкненими на собі і не готовими до повноцінних взаємин з ровесниками та батками. У них відмічається егоцентричність, додатковим свідченням чого є відсутність динаміки по фактору Q2 ($5,4 \pm 0,1$ проти $5,1 \pm 0,2$, $p < 0,01$).

Кількісний аналіз кольороасоціативних відповідей показав (таб. 5.2.2.8.), що після проведеного лікування активність у хворих з психосоматичною патологією достовірно підвищилась і дорівнювала $55,5 \pm 3,1$ на відміну від попередніх $45,1 \pm 4,7$ у.о. в той час, як у групі контролю суттєво не змінилась і дорівнювала $49,1 \pm 1,1$ на відміну від попередніх $47,25 \pm 1,5$ у.о., ($p < 0,05$).

Працездатність у хворих була низькою, складаючи $35,7 \pm 4,1$ та $36,4 \pm 1,2$ у.о., згідно груповому розподілу. Після лікування вона достовірно підвищилась у обох групах і дорівнювала $56,5 \pm 2,3$ та $51,3 \pm 2,1$ у.о. відповідно ($p < 0,05$).

Відхилення від автогенної норми у хворих мало високі показники як у основній групі так і у групі контролю ($55,05 \pm 4,2$ та $53,25 \pm 2,2$ у.о. відповідно ($p < 0,05$). Після лікування цей показник достовірно знизився в обох групах, але більш значущі зрушення відбулись у основній групі ($32,7 \pm 1,1$; $42,7 \pm 1,1$ відповідно), у якій були застосовані методи психотерапії.

З таблиці 5.2.2.8 видно, що після лікування відбулось вирівнення цифр показників активності і працездатності, що при зменшенні відхилення від автогенної норми вказує на гармонізацію, підвищення стабільності особистості та купіювання патологічного процесу.

Таблиця 5.2.2.8

Показники проективного тесту «Добро» і «Зло» з вибором кольору у дослідженого контингенту (n=302)

Показник	ПСП та ППФР		ПСП без ППФР		Достовірність
	Середнє значення показника « $\pm m$ »		Середнє значення показника « $\pm m$ »		
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Активність	$45,1 \pm 4,7$	$55,5 \pm 3,1$	$47,25 \pm 1,5$	$49,1 \pm 1,1$	$P < 0,05$
Працездатність	$35,7 \pm 4,1$	$56,5 \pm 2,3$	$36,4 \pm 1,2$	$51,3 \pm 2,1$	$P < 0,05$
Відхилення від автогенної норми	$55,05 \pm 4,2$	$32,7 \pm 1,1$	$53,25 \pm 2,2$	$42,7 \pm 1,1$	$P < 0,05$

Оскільки психофізіологічний стан людини уособлюється на ЕЕГ активацією окремих ділянок кори великих півкуль та залежить від пульсового кровонаповнення ми винесли 2 валідних, за нашими попередніми дослідженнями, показника для оцінки ефективності застосованого нами комплексу: орієнтовну реакцію (ОР) на ЕЕГ- співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей, та амплітуду пульсового кровонаповнення (А) на РЕГ- хвилях, до та після лікування.

Дані нейрофізіологічних досліджень викладені у таблиці 5.2.2.9.

Таблиця 5.2.2.9

Нейрофізіологічні показники у досліджуваній групі до та після лікування

Вірогідність	Показник	До лікування	Після лікування
P<0,05	ОР	0,82±0,03	1,45±0,03
P<0,05	А (Ом.)	0,08±0,01	0,18±0,01

Після застосованого комплексу реабілітаційних заходів у пацієнтів достовірно знизилась спонтанність та тривожність за рахунок зниження лабільності та/або регідності процесів збудження в корі головного мозку, що корелює з нейрофізіологічними показниками: зменшення вираженості синдромів гіпоактивності та лабільності.

Співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей

було низьким (нижче 1), що вказує на низьку адаптованість та знижений рівень активності процесів у підкіркових структурах - перезбудження та функціональна блокада таламо-кортикальних зв'язків. Підвищення цього коефіцієнту ($1,45 \pm 0,03$) після застосування нашого комплексу вказує на покращення таламо-кортикальних зв'язків: зняття перезбудження та функціональної блокади ($p < 0,05$). Знижені цифри амплітуди пульсового кровонаповнення ($0,08 \pm 0,01$), до застосування нашого комплексу, вказують на дещо знижену, дизрегуляторно обумовлену, перфузію головного мозку ($p < 0,05$). Підвищення цифр ($0,18 \pm 0,01$), після застосування комплексу, вказує на покращення умов роботи головного мозку за рахунок нормалізації перфузії ($p < 0,05$).

Для визначення клінічної ефективності різних терапевтичних комплексів ми використали метод бальної оцінки динаміки клінічних проявів захворювання (таб.5.2.2.10).

Таблиця 5.2.2.10

Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування дітей (в балах) ($M \pm m$)

Групи (n=194)	Діагностичний етап	Рання реабілітація			Пізня реабілітація			Кі
		ППП1	ППП2	S1 K1	ППП3	S2 K2		
Основна (n=93)	7,63±0,61	3,41±0,324*#	4,22 2,8	0,91±0,255*#	2,50 0,71	1,75		
Контроль (n=101)	7,55±0,42	6,04±0,609	1,51	2,53±0,129*	3,51			

* - різниця достовірна порівняно з даними до проведення лікування ($p < 0,05$),

- різниця достовірна порівняно з даними психотерапії ($p < 0,05$).

Клінічна оцінка динаміки захворювання у балах проводилась при обстеженні на початку лікування, наприкінці раннього етапу реабілітації та наприкінці пізнього етапу реабілітації. На основі бальних оцінок клінічного

обстеження обчислювали величину інтегрального показника патології (ППП) для основної та контрольної груп. На діагностичному етапі (ППП1) в основній та контрольних групах були $7,63 \pm 0,61$ та $7,55 \pm 0,42$ ($p > 0,05$) відповідно. ППП2 (на етапі ранньої реабілітації) був $3,41 \pm 0,324$ та $6,04 \pm 0,609$ ($p < 0,05$) відповідно, а в кінці пізньої реабілітації ППП3 був $0,91 \pm 0,255$ та $2,53 \pm 0,129$ ($p < 0,05$) відповідно. Отримані дані свідчать про достовірне зменшення ППП, як на етапі ранньої так і на етапі пізньої реабілітації в основній та контрольній групах, що підтверджує більш значну ефективність удосконаленої нами терапії.

Для кількісної оцінки динаміки клінічних проявів у хворих обчислювався показник ступеню покращення клінічної картини (S). S1 - це різниця ППП2 та 1, а S2 - це різниця ППП3 та 2 в основній та контрольній групах. Отриманий коефіцієнт ефективності терапії в основній та контрольній групах складає - $K1=2,8$, $K2=0,71$, відповідно. А інтегральний коефіцієнт ефективності лікування в обох групах дорівнював - $Ki=1,75$.

Об'єктивізуючи дані дослідження методом бальної оцінки провідних клінічних симптомів, слід зазначити, що у дітей, в комплекс лікування яких було включено сеанси психотерапії, позитивна динаміка була більш швидкою, ніж в контрольній групі хворих. Тобто, динаміка зворотних змін основних клінічних проявів захворювання у дітей основної групи відбувалася в 1,75 разів швидше. Це підтверджує доцільність застосування психологічної корекції в комплексній терапії психосоматичної патології у дітей з ППФР.

5.3. Катамнез

Катамнестична оцінка ефективності проведених реабілітаційних заходів проводилася через рік після її впровадження.

Проведення катамнезу через рік спостереження (рис.5.3.1) показало, що виникнення рецидивів БА і ВХ ДПК у основній групі спостереження було достовірно меншим ніж у групі контролю як при ВХ ДПК, так і при БА (3,3%; 6,4% та 8,3%; 22,1% відповідно) ($p < 0,05$).

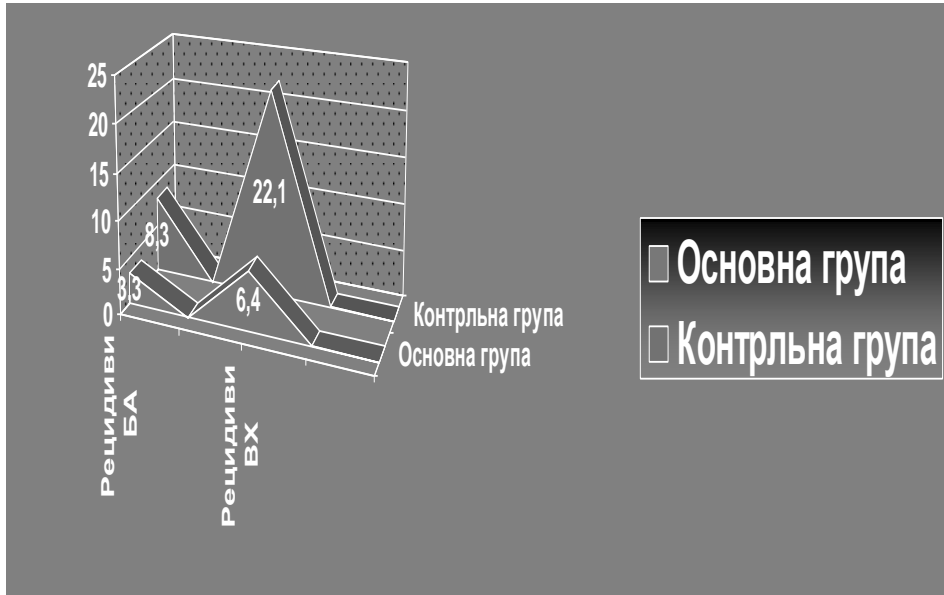


Рис.5.3.1. Катамнез обстежених пацієнтів – рецидиви основного захворювання

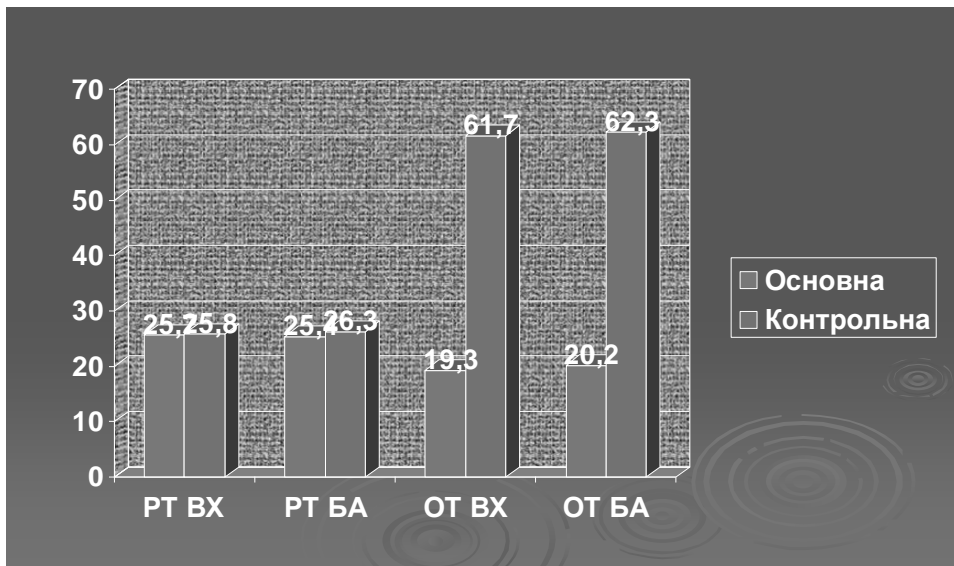


Рис.5.3.2. Катамнез обстежених пацієнтів – реактивна та особистісна тривожність

Проведене катamnестичне дослідження свідчить про те, що включення психотерапії у лікувальний комплекс основної групи хворих забезпечує більш стабільний психологічний стан дітей, що, в свою чергу сприяє меншому рецидивуванню психосоматичної патології.

Катamnестичне обстеження виявлено підвищення рівню реактивної тривожності практично у однакової кількості пацієнтів, як в контрольній, так і в основній групах (25,4% і 25,7% та 26,3 і 25,8% відповідно) (рис.5.3.2).

Що стосується особистісної тривожності, її підвищений рівень зберігався в основній групі - при БА у 20,2%, при ВХ у 19,3% хворих, в той час, як в контролі – більш, як у половини хворих (61,7% і 62,3% відповідно).

Саме переважання рівня особистісної тривожності над реактивною, за середніх показників останньої, може свідчити у віддалені строки про дефекти емоційно-вольової сфери та переважаюче формування тривожно-депресивних станів. Це так звана група «викривлених реакцій» за Е.Ліндеманом (*distorted reactions* у осіб, що перенесли психічну травму) [214; 220].

Як показало дослідження особистості, усереднений профіль дітей та підлітків із ПСП та ППФР, які склали основну групу дослідження, суттєво відрізнявся від аналогічного профілю дітей контрольної групи (ПСП без ППФР) (таб.5.3.1).

Так, у основній групі дітей відмічалось помірне підвищення середніх показників по факторах N (прямолинійність), Н (сміливість), L (підозрілість) та MD (адекватність самооцінки). Такий профіль є типовим для здорових дітей та підлітків і відображає притаманні цьому вікові психологічні проблеми - пошук власної ідентичності, імпульсивність, активність, соціальну сміливість, деяку напруженість у міжособистісних стосунках і разом з тим - завищену самооцінку, поблажливе ставлення до власних недоліків, прагнення до самоствердження.

Таблиця 5.3.1

**Показники індивідуально - психологічних особливостей дітей із
ПСП і ППФР та без них за методикою Р.Кеттела, (M±m)
(Катамнестичне спостереження)**

Фактори	ПСП та ППФР (n=93)		ПСП без ППФР n=101)		P 1-2
	Після лікування	Через рік	Після лікування	Через рік	
MD	7,2±0,1	7,2±0,1	6,0±0,2	5,9±0,1	<0,01
A	7,8±0,1	7,6±0,2	7,3±0,2	6,8±0,1	<0,001
B	4,8±0,1	4,9±0,1	4,7±0,2	4,7±0,2	>0,1
C	7,8±0,1	7,6±0,2	6,1±0,2	5,8±0,1	<0,05
E	6,9±0,1	6,7±0,2	6,9±0,2	6,1±0,1	<0,001
F	5,8±0,1	5,8±0,1	5,9±0,2	5,9±0,2	<0,01
G	8,7±0,2	8,9±0,2	7,9±0,2	7,9±0,2	>0,1
H	7,1±0,1	7,8±0,2	7,0±0,2	6,1±0,1	<0,001
I	5,5±0,2	5,5±0,2	5,6±0,2	5,6±0,2	>0,1
L	5,1±0,1	5,3±0,1	5,5±0,2	5,5±0,2	<0,001
M	6,2±0,2	6,4±0,2	6,5±0,2	6,5±0,2	<0,01
N	6,1±0,2	6,3±0,2	6,1±0,2	6,1±0,2	>0,1
O	5,1±0,1	5,1±0,1	5,9±0,2	8,1±0,1	<0,001
Q1	6,7±0,2	6,8±0,2	6,5±0,2	6,5±0,2	>0,1
Q2	5,0±0,1	5,2±0,1	5,1±0,2	5,1±0,2	<0,01
Q3	6,9±0,2	6,8±0,2	6,8±0,2	6,8±0,2	>0,1
Q4	6,0±0,1	6,3±0,1	5,8±0,2	5,8±0,2	<0,01

У дітей контрольної групи при порівнянні із основною виявлена вірогідна значущість відхилень середнього балу по факторам С - ($5,8 \pm 0,1$ проти $7,6 \pm 0,2$, $p < 0,001$), О + ($8,1 \pm 0,1$ проти $5,1 \pm 0,1$, $p < 0,001$), А - ($6,8 \pm 0,1$ проти $7,6 \pm 0,2$, $p < 0,01$), Н - ($6,1 \pm 0,1$ проти $7,8 \pm 0,2$, $p < 0,01$), Е - ($6,1 \pm 0,1$ проти $6,9 \pm 0,2$, $p < 0,01$) та MD ($5,5 \pm 0,1$ проти $7,2 \pm 0,2$, $p < 0,001$).

Для таких підлітків були характерні лабільність настрою, дратівливість, надмірна втомлюваність, тривожність, непевненість у собі, пригніченість, вразливість, замкненість, недовірливість, відчуженість, мовчазність та занижена самооцінка.

Як показало катамнестичне спостереження використання запропонованих нами реабілітаційних заходів допомогло дітям та підліткам краще пізнати себе, розвинути відчуття власної гідності, перемогти непевненість, підвищити самооцінку.

Найбільш успішно та в повному обсязі реалізувати себе в поведінці та діяльності, затвердити свої права та власну цінність.

Кількісний аналіз кольороасоціативних відповідей показав (таб. 5.3.2.), що через рік після проведеного лікування спостерігається збереження показників активності у хворих з психосоматичною патологією та ППФР які дорівнюють $50,6 \pm 3,1$. У групі контролю показик активності суттєво не змінився і дорівнює $47,1 \pm 2,1$ на відміну від попередніх $48,1 \pm 2,1$ у.о.. Працездатність у хворих основної групи залишилась високою і дорівнювала $53,2 \pm 2,3$, в той час, як в групі контролю достовірно знизилась складаючи $38,6 \pm 1,2$ у.о. на відміну від попередніх $51,3 \pm 2,1$ у.о. ($p < 0,05$).

Відхилення від автогенної норми у хворих мало низькі показники як у основній групі так і у групі контролю ($39,7 \pm 3,1$; $43,7 \pm 2,1$ відповідно ($p < 0,05$)). Через рік після лікування цей показник достовірно підвищився в обох групах, але більш значущі зрушення відбулись у контрольній групі ($41,3 \pm 2,1$;

49,5±2,1 відповідно ($p < 0,05$), у якій не були застосовані методи психотерапії.

З таблиці 5.3.2 видно, що через рік після проведеного лікування у основній групі спостереження показники активності і працездатності залишались високими, при незначному підвищенні показника відхилення від автогенної норми. Що вказує на можливість дитини успішно та в повному обсязі реалізувати себе в поведінці та діяльності, затвердити свої права та власну цінність.

Таблиця 5.3.2

Показники проективного тесту «Добро» і «Зло» з вибором кольору у дослідженого контингенту (n=302)

Показник	ПСП та ППФР		ПСП без ППФР		Досто- вірність
	Середнє значення показника « ±m »		Середнє значення показника « ±m »		
	Після лікування	Через рік	Після лікування	Через рік	
Активність	50,7±4,1	50,6±3,1	48,1±2,1	47,1±2,1	P<0,05
Працездатність	53,5±4,3	53,2±2,3	51,3±2,1	38,6±1,2	P<0,05
Відхилення від автоген. норми	39,7±3,1	41,3±2,1	43,7±2,1	49,5±2,1	P<0,05

У катамнезі проведено запис біоелектричної активності у дітей з ПСП та ППФР і без них. Діти були поділені на дві групи взаємності від виникнення загострень основного захворювання.

Проводився візуальний аналіз та оцінка одержаних ЕЕГ за системою, розробленою О.О.Жирмунською [104]. В систему включалось градуальне індексоване кодування опису ЕЕГ по наступним параметрам: головні компоненти ЕЕГ, амплітуда головних компонентів, характеристика альфа-активності, зональні розбіжності, наявність бета-активності низької частоти, характеристика тета- та дельта-активності.

Кожний з параметрів мав від чотирьох до семи ступенів можливих оцінок. По сукупності індексів вищезгаданих параметрів проводилось виділення групи та типів одержаних ЕЕГ. Визначався ступінь порушення ЕЕГ в виділених групах і підраховувалось число груп та типів ЕЕГ у психосоматичних хворих

Катамнестичне обстеження виявило, що у хворих які мали загострення основного захворювання зустрічався 5-й тип ЕЕГ (за класифікацією О.О.Жирмунської) - дезорганізований з перевагою тета- та дельта-активності, при якому коливання біопотенціалів всіх діапазонів реєструвалися без чіткої послідовності, що призводило до формування бездомінантних ЕЕГ-кривих - у досліджуваних хворих зустрічався у 11,6 % дітей основної групи (рис.5.3.3).

Десинхронізований тип (3 тип за класифікацією О.О.Жирмунської) реєструвався у 28,5 % хворих контрольної групи, для якого була характерна десинхронізація ЕЕГ з переважанням у всіх ділянках мозку швидкої активності, згладжування регіонарних розбіжностей, переважання синхронно-білатерального бета-ритму в лобних ділянках, при гіпервентиляції – посилення лобної іритації (рис.5.3.4).

У дітей які не мали загострень основного захворювання за катамнестичний період був виявлений організований тип ЕЕГ в основній групі та дезорганізований тип ЕЕГ з переважанням альфа-активності у контрольній.

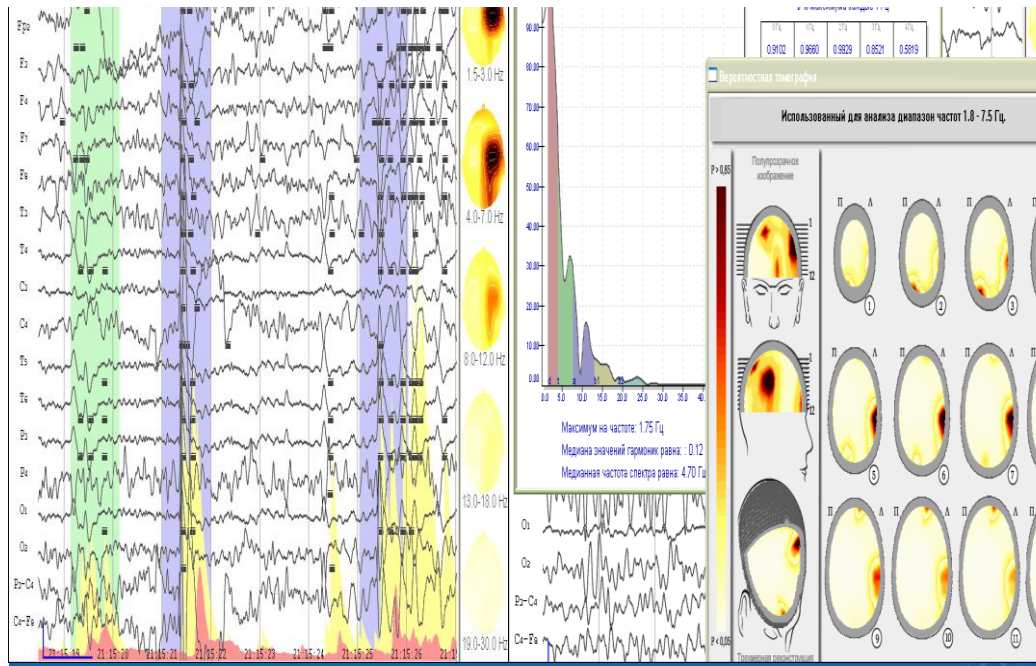


Рис.5.3.3. Дезорганизованный тип EEG с преобладанием тета- та дельта-активности (ПСП та ППФР)

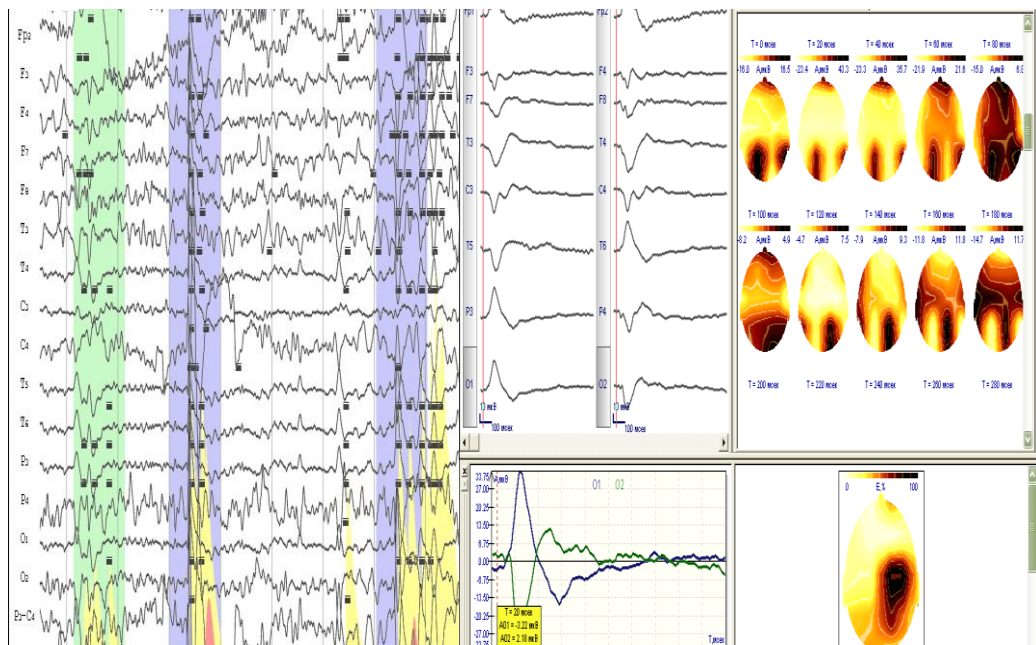


Рис.5.3.4. Десинхронизованный тип EEG (ПСП без ППФР)

Дезорганізований тип ЕЕГ з переважанням альфа-активності (4-й тип за класифікацією О.О.Жирмунської), який характеризувався нестійкістю частоти та амплітуди альфа-ритму, підсиленням бета-активності низької частоти та підвищеної амплітуди, підвищенням кількості низько- та середньоамплітудних повільних ЕЕГ складових дельта- та тета-діапазонів. Такий тип ЕЕГ реєструвався у 71,5% дітей контрольної групи.

Організований тип ЕЕГ відзначався регулярною та достатньо добре модульованою альфа-активністю середньої та високої потужності, з середньою чи високою амплітудою, зі збереженими зональними відмінностями, слабо вираженою бета-активністю та низьковольтними повільними хвилями.

Цей тип ЕЕГ спостерігався у 88,4% дітей основної групи.

У хворих основної групи спостереження при катamnестичному дослідженні БЕАМ спостерігались наступні вірогідні зміни:

- а) значне (в 3-5 разів) підвищення максимумів потужності альфа-ритму;
- б) збільшення частоти альфа-ритму з підвищенням відносної потужності альфа-2-піддіпазону в порівнянні з альфа-1-піддіпазоном;
- в) зниження потужності повільних (дельта- і тета-) складових ЕЕГ.

Такі зміни показали, що запропоновані нами реабілітаційні заходи викликали зменшення дезорганізації БЕАМ і нормалізує активність мозку з редукацією гальмівних форм потенціалів в корі, зменшує ознаки дисфункції в серединних неспецифічних структурах та ознак судинних порушень.

Таким чином, проведене катamnестичне дослідження через рік після застосування запропонованої комплексної, етапної медико-психолого-педагогічної реабілітації свідчить, що включення метаболічних препаратів та індивідуальної і групової психотерапії у лікувальний комплекс основної групи хворих зменшує рівень реактивної й особистісної тривожності,

забезпечує їх більш стабільний психологічний стан, нормалізує активність мозку з редукцією гальмівних форм потенціалів в корі, зменшує ознаки дисфункції в серединних неспецифічних структурах та ознак судинних порушень, що, в свою чергу, сприяє меншому рецидивуванню психосоматичної патології.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

За останні роки констатується неухильне зростання частоти виникнення психосоматичної патології (ПСП) у дітей під негативною дією мінливих соціально-економічних чинників та детермінованої психологічної предрисповиції [40; 70; 71; 177; 179; 211; 216; 253; 282; 283; 354; 382].

Тому проблема медичної та психолого-педагогічної реабілітації пацієнтів з психо-соматичною патологією і, особливо, дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку (ППФР) в останні десятиріччя набула актуальності в усьому світі [158; 200; 255; 256; 268; 319; 420]. Медико-соціальне значення цієї проблеми обумовлено значною розповсюдженістю різних форм порушень психофізичного розвитку у дітей, яка згідно даних МОЗ України становила в 2009 році 179 на 1000 дитячого населення (МОЗ України, 2010). Викликає велике занепокоєння медичної, психологічної та педагогічної спільноти стабільно високий рівень інвалідності у цій групі дітей, який складав на кінець 2009 року майже 166 тисяч осіб та розвиток у значної частини їх соціально значимої психосоматичної патології.

Проблема психосоматичної патології у широкому розумінні - це проблема існування людини [8; 20; 25; 38; 52; 53; 204; 224; 263].

По суті, психосоматичні захворювання чи, так звані, хвороби адаптації – це велике коло розладів, що поєднують у собі соматичні та психологічні порушення [260; 272; 288; 310; 312; 313; 316; 319; 353]. Традиційно до психосоматичної патології відносять гіпертонічну хворобу та виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, бронхіальну астму – захворювання, які мають прогресивний перебіг та супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, що поглиблюються з часом та порушують якість життя людини [20; 25; 38; 52; 53; 224; 263; 310].

Особливо це стосується дітей, які мають вроджені та набуті порушення психо-фізичного розвитку: ураження одного чи декількох аналізаторів (глухі,

слабочуючі; сліпі, слабозорі; логопати), порушення опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта чи поліомієліту); розумово відсталі та діти із затримкою психічного розвитку і психопатичними формами поведінки; особи з аутизмом.

На сьогодні з'ясовані основні фактори ризику розвитку порушень психофізичного розвитку, а також психосоматичної патології у дітей, які свідчать про існування спільних патогенетичних ланок їх формування. Переконаливо доведена роль спадкової схильності [255; 256], гострого та хронічного стресу [48; 51; 56; 61; 92; 93; 128; 130; 137; 144; 188], соціальних факторів [140; 161; 162; 189; 229] , педагогічної занедбаності [160; 201; 255], метаболічних розладів та інфекцій TORCH-комплексу (герпес, цитомегалія, токсоплазмоз) [34; 35; 109] у виникненні ППФР і ПСП та в хронізації, рецидивуванні і прогресуванні останніх у дітей [310; 353; 363].

Проте, остаточно не досягнуто консенсусу у розумінні причин виникнення, найбільш притаманного дитячому віку прогресування ПСП у пацієнтів з порушеннями психофізичного розвитку та подальшого поглиблення їх соціальної дезадаптації. На сьогодні як в Україні, так і в інших країнах світу відсутні дані щодо розповсюдженості, структури і особливостей клінічного перебігу цієї патології у дітей з ППФР.

У роботі представлено теоретичне та медико-психологічне дослідження основних причин виникнення і прогресування психосоматичної патології взагалі та у дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема. Окрім матеріалів аналітичного дослідження основних причин виникнення та прогресування психосоматичної патології, подані результати проведеного теоретичного вивчення існуючих методів профілактики та корекції психосоматичної патології у дітей.

Ми звернули особливу увагу на емоції людини, споконвічно покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше придушуються, вбудовуються в соціальний контекст, а згодом перекручуються, перестають

визнаватися їхнім господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

Проблема психосоматичних відносин – одне з найбільш складних питань сучасної медицини та психології, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного та соматичного встановлений і вивчається ще з часів Гіппократа, Платона, Арістотеля. У процесі розвитку медицини питання впливу психіки на перебіг соматичного захворювання спочатку не розглядалось. На сьогодні, в час стрімкого інформаційного потоку, зниження рухової активності, впливу несприятливих факторів навколишнього середовища стає актуальним розгляд питань психічного та соматичного здоров'я у єдності їх впливу один на одного, тобто, психосоматики.

До розвитку психосоматичних захворювань причетні і такі фізіологічні механізми, як миттєве та стійке (на все життя) запам'ятовування значущих подій у ранньому дитинстві (імпринтинг), умовно-рефлекторної фіксації та повторного переривання природної активізації відповідної вісцеральної системи й психологічне повернення (регресія) у відповідний дитячий віковий період. Звідси і запропонований спосіб корекції психосоматичних розладів – тимчасове повернення пацієнта «в дитинство» та виправлення недоліків його власного минулого. Отже, психосоматичні захворювання – це хвороби, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори.

Таким чином, ми зробити висновок, що у виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють два основних компоненти: психотравмуючий чинник та стан суб'єкта, який зазнає його впливу. При цьому вирішальним фактором стає стиль поведінки в різних несприятливих ситуаціях. У людини, орієнтованої на пошук в різних сферах діяльності, яка має високий рівень креативності, набагато більше шансів визначити характер взаємодії зі світом та соціальним оточенням. Саме тому велике значення в лікуванні та профілактиці психосоматичних захворювань має орієнтація хворого на його максимальну творчу самореалізацію.

Особливе місце у цьому плані займають діти з порушеннями психофізичного розвитку. Порушення розвитку є універсальною формою реакції організму на будь-який негативний вплив не тільки біологічних, але й несприятливих соціально-психологічних факторів.

Виділяють різні категорії дітей з відхиленнями у розвитку: з порушеннями одного з аналізаторів: з повною або частковою втратою слуху чи зору, діти-логопати; з порушеннями опорно-рухового апарату; розумово відсталі діти зі стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи; діти з затримкою психічного розвитку; з порушенням емоційно-вольової сфери; психопатичними формами поведінки; аутичні; з комплексними порушеннями ряду функцій [255; 256].

На нашу думку, слід виділити серед різних категорій дітей з відхиленнями у розвитку групу хворих дітей, в тому числі й з психосоматичною патологією, які потребують, в силу різних вторинних ускладнень розвитку, спеціальної психолого-педагогічної допомоги, перш за все корекційної, тобто спрямованої на поліпшення процесів розвитку і соціалізації.

Результатом проведення психотерапії має бути нормалізація психічних, емоційно-афективних і вегетативних розладів невротичного регістру, а також порушених відносин особи, зміна установок, звичок, поглядів, світогляду, позбавлення від патологічних залежностей, а також мобілізація ресурсів особи та адаптаційних психологічних і фізичних можливостей людини .

Виходячи з вище перерахованого, можна виділити, на наш погляд, одну з основних проблем, рішення якої може дозволити істотно підвищити ефективність лікування дітей з психосоматичною патологією. Вона заключається у відсутності можливості своєчасного надання психотерапевтичної допомоги на рівні первинної ланки (дитячої поліклініки) і педіатричних стаціонарів.

Для цього потрібна наявність відповідних спеціалістів – дитячого психотерапевта та дитячого медичного психолога, які здійснювали б, так звану, мультидисциплінарну взаємодію з педіатрами.

З урахуванням вище наведеного метою нашого дослідження стала розробка диференційованої системи медичної і психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку та психосоматичною патологією на основі клініко-експериментального вивчення патогенетичної ролі медичних і психологічних факторів у виникненні та прогресуванні захворювання.

Відповідно до мети були визначені завдання:

1. Обґрунтувати теоретичні засади дослідження щодо виникнення та прогресування психосоматичної патології і формування порушень психофізичного розвитку у дітей.

2. З'ясувати розповсюдженість і структуру ПСП у дітей з ППФР.

3. Вивчити особливості клініко-параклінічного перебігу ПСП у дітей з ППФР.

4. Визначити основні комбінації факторів ризику формування та прогресування ПСП у дітей з ППФР.

5. Створити математичні моделі прогнозування виникнення ПСП у дітей з ППФР шляхом з'ясування статистично значимих комбінацій факторів ризику.

6. Дати характеристику нейрофізіологічних особливостей у дітей з ППФР та ПСП і порівняти їх з даними у здорових дітей та пацієнтів з функціональними розладами.

7. З'ясувати психологічні особливості дітей з ППФР та ПСП.

8. Обґрунтувати та розробити диференційовану систему медичної і психолого-педагогічної реабілітації дітей з ППФР та ПСП, визначити їх ефективність і впровадити в медичну та психолого-педагогічну практику.

Об'єктом дослідження була психосоматична патологія у дітей з порушенням психофізичного розвитку.

Предметом дослідження - фактори ризику, особливості клініко-психологічного перебігу, психологічні та нейрофізіологічні зміни при ПСП у дітей з ППФР та ефективність їх диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

-визначена розповсюдженість психосоматичної патології, яка складає 89 у дітей без ППФР, а при наявності ППФР—86 на 1000 дитячого населення;

-з'ясована структура психосоматичних захворювань у дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку та без них. В обох групах дітей найчастіше виявлені дві нозологічні форми – бронхіальна астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (у пацієнтів з ППФР переважала виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, а при відсутності порушень психо-фізичного розвитку виявлена зворотня тенденція з превалюванням бронхіальної астми);

-у віковій структурі психосоматичної патології у дітей з ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без порушень психофізичного розвитку ($10,5 \pm 0,7$ років та $14,2 \pm 0,5$ відповідно);

-виявлений більш тривалий і тяжкий перебіг психосоматичної патології (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та бронхіальна астма) у переважної більшості (73%) дітей з порушеннями психо-фізичного розвитку;

-вивчені статистично значущі комбінації факторів ризику формування психосоматичної патології у дітей з порушенням психофізичного розвитку та встановлена їх інформаційна цінність (високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору);

-розроблена математична модель прогнозування виникнення та прогресування психосоматичної патології у дітей з ППФР;

- створений спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків;

- встановлено, що для психосоматичної патології у дітей як з ППФР, так і без них характерні значні психологічні порушення, що потребують відповідних психологічних підходів до їх усунення;

- здійсненне теоретичне моделювання реабілітаційного процесу у дітей з психосоматичною патологією та ППФР;

- експериментально обгрунтована, розроблена та впроваджена в практику медицини, психології і педагогіки система диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ППФР та психосоматичною патологією;

- доведена медична та психолого-педагогічна ефективність диференційованої комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з психосоматичними захворюваннями та ППФР;

- розроблений спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Удосконалено:

- концепцію медико-психологічного реабілітування дітей з ПСП при наявності ППФР та їх відсутності;

- алгоритм діагностичних підходів до виявлення психо-соматичної патології у дітей;

- методи корекції стійких психологічних стереотипів у дітей з психосоматичними захворюваннями за наявності ППФР та їх відсутності.

Дістало подальшого розвитку:

- розробка комплексного підходу до проведення медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з психосоматичною патологією за наявності ППФР та їх відсутності;

- розуміння необхідності системного та міждисциплінарного підходу до виявлення та реабілітації дітей з психосоматичною патологією.

Для розв'язання визначених завдань, досягнення мети, підтвердження гіпотези, використовувались такі методи:

описані матеріали, методи та організація дослідження, а також представлений розподіл обстежених дітей на групи.

Когортно-епідеміологічний метод дозволив встановити розповсюдженість психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психо-фізичного розвитку та без них.

Соціально-демографічний метод використовувався для аналізу чинників, які впливали на формування психосоматичної патології. Шляхом опитування відповідно до розробленого нами опитувальника збиралась інформація про саму дитину, її сім'ю, матеріально-побутові умови, стан здоров'я, спадкову обтяженість, шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність і характер міжособистісних стосунків.

Клініко-психологічний метод застосовувався для вивчення психопатологічних особливостей у дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Клініко-психологічні дослідження здійснювались за допомогою наступних методик:

-використання шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л.Ханіна дозволило визначити рівень тривожності як конституціональної особливості пацієнта чи наслідку хворобливого стану, або реакції особистості на стресові події;

-методика багатofакторного дослідження особистості Р. Кеттела (виявлення особливостей особистості, які утворюють в актах людських взаємовідносин своєрідну єдність спонукань, дій та переживань, що дозволило встановлювати цілісність індивідуальності);

-для визначення загального психоемоційного стану дітей був використаний розроблений нами “Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків”, пріоритетність якого

підтверджена Деклараційним патентом України на корисну модель №44347 від 25.09.2009р. (Г.Мозгова, В. Синьов, Г. Бекетова);

-для визначення ефективності реабілітації психосоматичних розладів у дітей був використаний розроблений нами “Спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією” (Деклараційний патент України на корисну модель №44346 від 25.09.2009р. (Г. Мозгова, В. Синьов, Г. Бекетова);

-комплексна нейрофізіологічна діагностика з використанням топографічного картування спектральної потужності основних ритмів електроенцефалограми (ЕЕГ) та її спектрального аналізу;

-спеціальні інструментальні методи дослідження (УЗО органів черевної порожнини, щитоподібної залози, нирок, фіброезофагогастродуоденоскопія, за необхідності з прицільною біопсією з подальшим гітологічним дослідженням біоптатів, внутрішньошлункова рН-метрія, спірографія);

-загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні методи діагностики;

-статистичні методи: обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003», «STATISTIKA 8.0», «EPIINFO 5.0». Під час формування репрезентативних вибірок для розрахунку достатньої кількості обстежених ми використали програму STATCALC з пакету EPIINFO, V.5.0;

-для визначення клінічної ефективності різних терапевтичних комплексів ми використали метод бальної оцінки динаміки клінічних проявів захворювання. Використовували бальну оцінку кожного симптому захворювання в динаміці лікування з наступним обчислення інтегрального показника патології (ІПП) за методом С.М. Макєєва (1985): $ІПП = a_1 \sum A + a_2 \sum B + a_3 \sum C + \dots + a_n \sum X$. За цим методом обчислювали частоту спостереження кожного з синдромів (а), суму балів кожного з синдромів (\sum), ступінь поліпшення клінічної картини захворювання (S), коефіцієнт ефективності удосконаленої комплексної терапії в порівнянні з базисною (K).

Частота знаходження кожного з синдромів (a) визначається за формулою $a = \frac{n}{N}$; де n -кількість дітей, у яких спостерігався хоча б один симптом даного синдрому, N -загальна кількість дітей в групі. Сума балів кожного з синдромів (Σ) обчислюється як сума балів даного синдрому у кожного хворого. Ступінь поліпшення клінічної картини (S) визначається з різниці двох показників ПП. Коефіцієнт ефективності удосконаленої терапії в порівнянні з базисною (K) визначається за формулою: $K_1 = \frac{S_1}{S_{1b}}$, де S_1 -ступінь поліпшення клінічної картини захворювання в основній групі за даний етап лікування, S_{1b} -те ж саме в групі порівняння. Усереднена величина трьох коефіцієнтів ефективності (K_1, K_2, K_3) є K - інтегральний показник порівняльної ефективності лікування : $K = 1/3(K_1 + K_2 + K_3)$.

Коефіцієнт K вказує, у скільки разів удосконалена терапія ефективніша за базисну. Обчислення проводили 3 рази: до лікування, після етапу ранньої реабілітації (через два тижні від початку застосування лікувальної програми), після етапу пізньої реабілітації (через 2 місяці після закінчення етапу ранньої реабілітації), а також в катамнезі через рік після завершення етапу пізньої реабілітації.

Робота проводилась з 2000 по 2010 рік у 3 етапи:

I етап (2000-2003рр., 2009р.) – визначення клініко-анамнестичних особливостей психосоматичних захворювань у дітей у динаміці (клінічні бази кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО ім. П.Л.Шупика МОЗ України (ДКЛ №9 Подільського району м. Києва та Обласної дитячої клінічної лікарні м.Боярка). Опрацьовано 2935 історій хворб.

II етап (2003-2007рр., 2009р.) – вивчення нейрофізіологічних особливостей у 32 здорових дітей, у 27 пацієнтів з психосоматичними розладами без ППФР та 20 пацієнтів з ППФР, а також 53 дитини із психосоматичною патологією – 30 дітей без ППФР та 23 з ППФР. Всього

досліджено 130 дітей (НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, лабораторія нейрофізіології).

Обстеження було проведене під час реалізації спільного з Всесвітнім Дитячим Фондом ЮНІСЕФ та Фондом благодійної організації «Надія і житло для дітей» в Україні проекту «Проведення експертної оцінки потреб дітей, а також складання індивідуальних планів опіки кожної дитини». Здійснено медичні та психологічні огляди 265 дітей з ураженнями центральної нервової системи та опорно-рухового апарату, які виховуються в Хмельницькому, Макарівському, Харківському та Херсонському дитячих будинках.

III етап (2007-2010рр.) – вивчення розповсюдженості психосоматичної патології серед 874 дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку – когортне епідеміологічне дослідження на базі Хортицького учбово-реабілітаційного багатoproфільного центру, спеціальної школи-інтернату №15 м.Києва, школи №6 для глухих дітей м.Києва, Харківської обласної школи-гімназії ім. Короленка для сліпих дітей. Всього було відібрано та обстежено 98 дітей та підлітків з психосоматичними захворюваннями та ППФР, які склали основну групу.

З метою вивчення особливостей перебігу та розповсюдженості ПСП серед дітей та підлітків без порушення психофізичного розвитку та з ними було проведене когортне епідеміологічне дослідження на базі поліклініки №2 клінічної дитячої лікарні №9 Подільського району м.Києва з опрацюванням 12335 амбулаторних карт дітей та підлітків і 1139 історій розвитку дітей зі спеціалізованих інтернатів та дитячих будинків, а також 2935 історій хвороб з гастроентерологічного та соматичного відділень ДКЛ №9.

Таким чином, в результаті проведених досліджень визначено 3 групи дітей: першу контрольну групу склали 108 практично здорових дітей, другу групу контролю – 111 пацієнтів з ПСП за відсутності ППФР та в основну групу увійшло 98 хворих з ППФР і ПСП у віці від 5 до 17 років.

У дисертації надається інформація щодо когортно-епідеміологічного дослідження, яке дозволило виявити розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них, а також визначити основні фактори ризику формування та прогресування ПСП.

Результатом даного обстеження є висновок про наявність психосоматичної патології та її нозологічну приналежність. Як з'ясувалось, розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них практично однакова та складає відповідно 86‰ та 89‰ ($p>0,05$). Однак в структурі психосоматичної патології найбільш значущими нозологіями у дітей, як без ППФР, так і з ними виявилась бронхіальна астма (БА) та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК).

Проте у дітей без ППФР розповсюдженість БА (68‰) значно перевищила розповсюдженість ВХ ДПК (12‰) ($p<0,001$), яка за висловом Ф.Александера (2002) є «королевою психосоматики». У дітей з порушеннями психофізичного розвитку, навпаки, виявляється статистично достовірне превалювання виразкової хвороби над бронхіальною астмою – 56‰ та 26‰ відповідно ($p<0,001$).

Співвідношення дівчаток і хлопчиків в I та II групах склало 1:1. Переважна більшість дітей в обох групах (62,2% і 73,0% відповідно) мала вік від 11 до 17 років. Скоріш за все, це обумовлено тим, що у більшості хворих дітей початок захворювання припадає на ранній шкільний вік (7-10 років), а для формування хронічної патології, зазвичай, потрібен час у 2-4 роки. При цьому ризик хронізації захворювання значно зростає саме в пре- та пубертатний період, що пояснюється особливостями функціонування дитячого організму в ці періоди. Гетерохронність становлення процесів регуляції різноманітних фізіологічних функцій обумовлює, так звані, критичні періоди розвитку дитячого організму, що є основою підвищеної чутливості дитини до середовищних впливів і розвитку десинхронозу - одного з перших неспецифічних проявів багатьох патологічних станів.

Аналіз факторів ризику формування психосоматичної патології, враховуючи їх різнонаправленість і мультифакторіальність, обґрунтовує необхідність виявлення їх статистично значимих комбінацій. Це дозволить вже на ранніх етапах розвитку захворювання прогнозувати вірогідність його подальшого перебігу.

При проведенні когортно-епідеміологічного дослідження дані щодо наявності/відсутності патологічних симптомів для проведення порівняльного аналізу з оцінкою частот ознак й розрахунком величин діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності були цифровані. Числове вираження симптомів здійснювали через розрахунки інтегрального показника інтенсивності симптоматики в залежності від ступеня виразності і частоти виникнення симптому. На кожну дитину заповнювалась анкета з переліком різних факторів ризику.

Дані анкет сумувались у протокол. Проведене комплексне дослідження дозволило створити прогностичну таблицю для оцінки ризику формування психосоматичної патології у дітей. В цю таблицю були зведені всі статистично значущі фактори і розташовані в ній у порядку зменшення модулів їх діагностичних коефіцієнтів (тобто, в порядку зменшення їх «прогностичної сили»). Оцінка ризику за допомогою згаданих таблиць здійснюється шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є. Гублера, 1978).

Суть процедури полягає у тому, що діагностичний коефіцієнт (ДК) притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності прогнозу. Так, наприклад, достовірності прогнозу на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $\Sigma_{дк} > 13$, на рівні $p < 0,01$ – $\Sigma_{дк} > 20$, а на рівні $p < 0,001$ – $\Sigma_{дк} > 30$.

В світлі цього стає зрозумілим, що жоден з встановлених факторів ризику не є самодостатнім для вірогідного прогнозу (зі всіх факторів поданих у таблиці ДК < 13), і тому вірогідний прогноз можливий лише при їх сукупному використанні.

В процесі дослідження встановлено також сім факторів антиризик формування психосоматичної патології. Їхня потужність коливається від малої (Необтяжена спадковість – ДК=-0,89 при J=0,18) до помірної (Гармонійні відносини у родині – ДК=-5,95 при J=0,92). Тим не менше, наявність перелічених в табл. 4 факторів антиризик, разом забезпечить достовірність прогнозування резистентності на рівні $p < 0,01$, оскільки у такого поєднання факторів модуль $\Sigma ДК = -20,77$ більше 20 - граничного значення для цього рівня достовірності.

У роботі вивчені клініко-параклінічні особливості перебігу ПСП у дітей з ППФР та без ППФР, основні синдроми та симптоми перебігу даної патології.

Визначені основні клінікопатологічні тенденції в психологічному та нейрофізіологічному статусі обстежених дітей обох груп, які можна діагностувати на ранніх етапах формування захворювання з використанням розробленої нами математичної моделі.

Клінічна картина ПСП у дітей з ППФР та без них характеризувалась поліморфізмом скарг і клінічних синдромів. Основними синдромами у дітей з ВХ ДПК були больовий абдомінальний (93,8% і 91,7%), диспептичний (65,2% і 58,4%), синдром хронічної інтоксикації (38,8% і 38,7%) відповідно, які достовірно не відрізнялись в обох групах ($p > 0,05$).

Що стосується астено-невротичного синдрому, то він достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП та ППФР (95,9% і 52,1%) ($p < 0,001$). Така ж тенденція виявлена і серед обстежених з БА. Однак, виявлено, що у дітей без психофізичних вад (II група) незначна тривалість захворювання (1-2 роки) мала місце більш як у половини хворих (53,4%), до 5 років - у 29,9%, більше 5 років - у 16,7%. Що стосується пацієнтів з психофізичними вадами (I група), то у них відмічено достовірне збільшення тривалості захворювання: 1-2 роки – лише у 26,9% хворих, в той час як до 5 років – у 41,9% та більше 5 років 31,1% дітей ($p < 0,05$).

Тобто, вказане пов'язано з більш тривалим, а також значно тяжчим перебігом захворювання у дітей з ППФР.

У віковій структурі ПСП у дітей з ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без психофізичних вад розвитку ($10,5 \pm 0,7$ та $14,2 \pm 0,5$ років відповідно ($p < 0,05$). Також визначено більш тяжкий та затяжний перебіг психосоматичної патології у переважної більшості (53,8%) дітей з психо-фізичними вадами розвитку проти 16,7% у дітей без ПФВР ($p < 0,001$).

Визначення психологічного стану можна розглядати як інтегральну складову здоров'я дитини, оскільки саме на особистісному рівні сфокусовані ті проблеми, які ми плануємо виявити в процесі діагностики. Окрім об'єктивної ситуації кожної людини (життєвих обставин, реального стану здоров'я), суттєвим є визначення її суб'єктивного ставлення до цієї ситуації, а також оцінка її власних реакцій на життєві труднощі, індивідуальних ресурсів опору і розвитку. Відомо, що брак механізмів захисту ускладнює процеси розпізнавання та вираження емоцій, зменшує спроможність дитини до психічної переробки стресу, знижує можливість управління інтенсивними негативними переживаннями. Останні можуть слугувати основою для формування в подальшому різноманітних психосоматичних розладів, які можуть бути розглянуті як окремий особистісний спосіб реагування .

Аналіз даних психологічного дослідження дозволив встановити сім маркерів сприйнятливості до ПСП, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності й емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність і високі показники відхилення від автогенної норми за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору), пріоритетність якого захищена деклараційним патентом України.

Деякі зі встановлених маркерів, наприклад, висока особистісна тривога та висока реактивна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна, та низька працездатність і відхилення від автогенної норми за проективним тестом

«Добро» та «Зло» з вибором кольору є самодостатніми для вірогідного визначення ризику – антиризиком, оскільки їх ДК достатньо високий, але менше порогового значення 13, яке забезпечує безпомилковість діагностичного висновку на рівні $p < 0,05$, тому вони забезпечуватимуть необхідну достовірність діагностичних висновків лише при їхньому сукупному використанні з іншими.

Для визначення нейрофізіологічних маркерів формування ПСП у дітей з ППФР було проведене скрінінгове дослідження функціонального стану головного мозку у пацієнтів з психосоматичною патологією за допомогою визначення біоелектричної активності головного мозку із застосуванням спектрально-топографічного аналізу основних ритмів ЕЕГ та побудовою мап її спектральної потужності. ЕЕГ у дітей з ПСП та з ППФР і без них характеризувалась наявністю нерегулярного дезорганізованого альфа-ритму, нестійкої частоти (8-10 кол/с), з полімодальним спектром потужності альфа-ритму, низької амплітуди (до 35 мкВ), низької та середньої енергетичної потужності (до 10 мкВ²), в деяких випадках зі спотвореними зональними розбіжностями, і значною (>20%) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності. Форма α -хвиль була гострою.

β -активність – переважно була низької і високої частоти (в межах 13-30 Гц) середньої та високої амплітуди (до 30 мкВ) з максимальною спектральною щільністю на мапах мозку в лобно-центральных та потиличних ланах кірки мозку.

Δ -активність частотою 2-4 кол/с була переважно середньої та високої амплітуди (50-80 мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральных та потиличних ланах кірки мозку.

θ -активність частотою 5-7 кол/с була середньої та високої амплітуди (до 100 мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральных ланах кірки мозку.

Слід зауважити, що амплітуди спектральних потужностей повільних складових дельта- та тета-діапазонів були в 2-3 рази вищими за амплітуду спектральної потужності альфа-ритму.

Реакція розплющування-заплющування очей була послаблена (мала не виражену депресію альфа- ритму). Реакція засвоєння ритму (РЗР) під час дискретної світлостимуляції була виражена у частотному діапазоні 7-9 Гц.

Зазначимо, що гіпервентиляція провокувала значне (від 2 до 5 разів) збільшення спектральної потужності повільних (дельта- і тета-) складових ЕЕГ, в формі білатерально-синхронних пароксизмальних хвиль частотою 4-7 кол/с, з максимальною спектральною щільністю у задньо-лобно-центральных ланах кірки мозку. В деяких випадках - з ознаками генералізації і явищами залучення дієнцефально-стовбурових структур мозку.

Дослідивши особливості функціонального стану першої групи дітей з ораганізованим типом ЕЕГ, прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з нормальними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, відповідно до вікової норми, з нормальними показниками функціонального стану головного мозку, що забезпечують психологічне здоров'я, нормальні адаптивні можливості організму та здатність переносити психофізичні навантаження.

Дослідивши особливості функціонального стану другої групи дітей з помірно-дезорганізованим типом ЕЕГ, прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з частково аномальними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, з помірно зміненими показниками функціонального стану головного мозку, що з певними застереженнями можуть забезпечити психологічну сталість в нормальних умовах життєдіяльності, але без значних психофізичних навантажень.

Дослідивши особливості функціонального стану третьої групи з дезорганізованим типом ЕЕГ, прийшли до висновку, що в цій групі переважають особи з патологічними, зптвореними спектрально-топографічними показниками ЕЕГ, зі значно зміненими патологічними

показниками функціонального стану головного мозку, що не зможуть забезпечити психологічну надійність в нормальних умовах, не кажучи вже про психофізичні навантаження.

Зазначимо, що у здорових дітей визначається домінуючий мономодальний спектр потужності альфа-ритму з нормальним топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в потиличних ланах кірки мозку).

Що стосується дітей з психосоматичними розладами, то у них також виявлені певні особливості: наявність помірно-дезорганізованого типу ЕЕГ з домінуючим бімодальним спектром потужності альфа-ритму, з нормальним або частково втраченим топічним розподілом (максимальна спектральна щільність альфа-ритму в потилично-тім'яних та центральних ланах кірки мозку).

Таким чином, використання нейрофізіологічного дослідження функціонального стану головного мозку з використанням спектрально-топографічного аналізу ЕЕГ є доцільним для діагностики, а також для моніторингу медико-психолого-педагогічної реабілітації осіб з психосоматичною патологією.

Все вище перелічене свідчить про необхідність ранньої діагностики та прогнозування вірогідності виникнення й прогресування ПСП у дітей з ППФР і без них.

Для виділення з множини загальновідомих ФР тих, вплив яких на формування ПСП є найбільшим, ми використовували покроковий дискримінантний і дискримінантний аналіз і створили математичну модель, яка описується наступними формулами:

$$f1 = -29,49 + 5,27X1 + 5,92X2 + 9,7X3 + 5,82X4 + 6,83X5 + 4,4X6 + 5,82X7 + 6,4X8$$

(1);

$$f2 = -0,72 + 1,64X1 + 1,02X2 + 2,07X3 - 0,59X4 - 0,27X5 + 0,3X6 + 0,4X7 + 0,1X8$$

(2);

де -29,49 (1) і -0,72 (2) - два постійних вільних члени вказаних формул;

f_1 і f_2 - залежні змінні функції: величина вірогідності виникнення (f_1) чи відсутності вірогідності виникнення (f_2) захворювання. При $f_1 > f_2$ прогноують вірогідність виникнення ПСП у дітей;

при $f_1 < f_2$ - така вірогідність відсутня.

Якщо $f_1 > f_2$, то можемо знайти ступінь вірогідності (FL) виникнення захворювання по формулі: $FL = 1/e^{k_1} + e^{k_2}$, де: k_1 - різниця між меншою і більшою величиною, k_2 - константа, що дорівнює 0 (тому, що $L=1$), e - експонента, яка дорівнює 2,718. Величину e^{k_1} та e^{k_2} визначають за допомогою табличних показників функції e^{-x} (Митропольский А.К., 1969).

При $FL > 0,75$ прогноують високий рівень вірогідності виникнення ПСП; при FL від 0,75 до 0,6 - середній; менше 0,6 - низький.

Індикація перемінних "X" наведена в таблиці 8.

Використання розробленої математичної моделі дає можливість розподілу дітей на групи ризику і дозволяє на ранніх етапах прогноувати вірогідність виникнення ПСП і її подальшого перебігу при застосуванні в умовах дитячої поліклініки та шкільно-дошкільних закладів.

Таким чином, клініко-параклінічними особливостями перебігу ПСП у дітей з ППФР у порівнянні з пацієнтами без ППФР є: переважання астено-невротичного синдрому в клінічній картині, більша тривалість захворювання та значно тяжчий його перебіг. В той же час, відмічені однакові тенденції в психологічному та нейрофізіологічному статусі обстежених дітей обох груп, які можна діагностувати на ранніх етапах формування захворювання з використанням розробленої нами математичної моделі.

У роботі науково обгрунтовано та розроблено систему трьох етапної комплексної, медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ПСП та ППФР і визначена її ефективність.

При наявності ПСП у дітей з ПФВР та без них визначено три етапи реабілітації (діагностичний, етап ранньої та пізньої реабілітації) з реалізацією комплексного, індивідуального та мультидисциплінарного підходу до діагностики, лікування та диспансерного нагляду.

Проведений нами аналіз поширеності психосоматичної патології, клініко-епідеміологічних, соціально-психологічних та нейрофізіологічних закономірностей її формування у дітей та підлітків вказує на те, що в переважній більшості випадків, проблема зосереджена навколо психологічних особливостей самої особистості та її міжособистісних стосунків, перш за все, в родині та школі, що обґрунтовує доцільність поєднання психокорекційного впливу на індивідуально-особистісні особливості дитини та на соціальні умови її розвитку з метою створення оптимальних умов для усунення прогресування психосоматичної патології.

Реабілітація дітей з психосоматичною патологією повинна бути своєчасною, комплексною та етапною з включенням заходів медичного та психолого-педагогічного напрямів.

Кінцевою метою реабілітації є досягнення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівню життєдіяльності дитини. Для цього необхідне дотримання принципу раннього початку реабілітаційних заходів, етапності, системності, комплексності та індивідуального підходу.

Нами розроблена етапна система реабілітації дітей з психосоматичною патологією та психофізичними вадами розвитку і без них.

I. Діагностичний етап полягав в проведенні комплексного (клініко-епідеміологічного, клініко-психологічного та нейрофізіологічного) обстеження дітей і підлітків з метою виявлення психосоматичного та супутніх захворювань (згідно МКЗ-Х), визначення їх форми, ступеню тяжкості, наявності чи відсутності ускладнень.

II. Етап ранньої реабілітації (стаціонарний етап) - лікування загострення психосоматичного захворювання у відповідності до Протоколів надання медичної допомоги МОЗ України та додаткового включення препарату метаболічного ряду «Стимол», а також індивідуальної психологічної допомоги медичним психологом чи психотерапевтом для досягнення стійкої клініко-параклінічної ремісії психосоматичного захворювання.

III. Етап пізньої реабілітації, який проводиться на поліклінічному, за необхідності, санаторно-курортному, а також шкільному рівнях. Він складається з медичних, психологічних та педагогічних засобів.

Медичні засоби спрямовані на попередження рецидиву захворювання (базисна терапія при БА та підтримуюча протирецидивна терапія при ВХ ДПК).

Психологічна складова сприяє подальшій корекції особистісних особливостей пацієнта і проводиться не лише індивідуально з дитиною, але й з найближчим оточенням в родині та школі.

Педагогічна складова комплексної реабілітації включає засвоєння валеологічної інформації з акцентом на необхідність валеологічного самовиховання, а також індивідуальну та групову виховну роботу, направлену на гармонізацію міжособистісних стосунків дитини, попередження внутрішньо особистісних конфліктів.

Підкреслимо, що на сьогодні в державних Протоколах МОЗ України надання медичної допомоги при психосоматичній патології (бронхіальній астмі та виразковій хворобі дванадцятипалої кишки) не передбачені психотерапевтичні засоби лікування.

Однак отримані нами результати клініко-епідеміологічного і, особливо, психологічного та нейрофізіологічного обстеження дітей з психосоматичною патологією та порушеннями психофізичного розвитку і без них є підґрунтям для обов'язкового включення в лікувальний алгоритм ведення таких пацієнтів психологічного консультування медичним психологом чи психотерапевтом на етапі ранньої реабілітації.

На етапі пізньої реабілітації дітей з психосоматичною патологією та психофізичними вадами і без них, важливим є включення в комплекс реабілітаційних заходів індивідуального консультування психологом та індивідуальної роботи з педагогом.

Зазначимо, що регламентована медикаментозна терапія ПСП у дітей не завжди супроводжується досягненням стійкої клініко-параклінічної ремісії,

що обґрунтовує необхідність включення в лікувальний алгоритм психотерапії як системи психологічних впливів, спрямованих на зміну (перебудову) певних особливостей (властивостей, процесів) психіки. Зазначене досягається шляхом дослідження індивідуальної психологічної проблеми з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості та міжособистісних стосунків.

Традиційні підходи до лікування ПСП передбачають застосування засобів психофармакотерапії: транквілізаторів, антидепресантів та нейролептиків. Однак при цьому стиралася межа між розладами різного психопатологічного рівня та порушувався принцип адекватної терапії. Тобто, нерідко при лікуванні незначних порушень використовувалися настільки “агресивні” лікувальні засоби, що в кінцевому результаті призводило до фіксації і посилення психосоматичних проявів. Це стосується, в першу чергу, лікування дітей з психосоматичними захворюваннями.

З іншого боку, психогенна природа афективних порушень, які лежать в основі більшості психосоматичних захворювань, обумовлює крайню актуальність включення психотерапії в комплекс заходів у відношенні пацієнтів даного профілю. Тут також можна виділити основну проблему, рішення якої дозволяє істотно підвищити ефективність лікування дітей з психосоматичними захворюваннями.

Клінічна психотерапія припускає вияв (у тому числі з допомогою проєктивних тестів) змісту прихованого психотравмуючого конфлікту, а також урахування психопатологічної структури хворобливого стану, його клінічної форми, етапу динаміки та індивідуально-вікових (в тому числі й дизонтогенетичних) особливостей пацієнта. Зрештою, той факт, що в переважній більшості випадків психогенні конфлікти дітей викликані або підтримуються несприятливими сімейними ситуаціями та неадекватним виховним підходом, визначає обов’язкове залучення батьків до психотерапевтичного процесу.

Невід'ємною частиною психологопедагогічної реабілітації є робота з найближчим оточенням – це родина і школа.

Робота з викладачами призводить до вивчення особливостей особистості учнів, стану їх соматичного здоров'я і наявності несприятливих факторів сімейного середовища обговорювалися з класними керівниками класів у формі, що не порушує деонтологічні вимоги.

На підставі цієї інформації викладачі не тільки формували для себе детальне уявлення про учнів свого класу, але і намічали програму індивідуальної і групової виховної роботи, а також заходів щодо раціонального розподілу громадського навантаження в колективі. Вчителі могли визначити для себе оптимальні способи і темп подання окремим школярам навчального матеріалу, а також правильно трактувати деякі поведінкові реакції своїх учнів (прояв сором'язливості при публічному виступі міг неправильно розцінюватися як недостатня підготовленість, тощо).

У процесі взаємодії з педагогічним колективом загальноосвітньої школи була виявлена необхідність організації психологічної просвіти вчителів, роз'яснення деяких психологічних особливостей підліткового віку, спектру психоневрологічних розладів з початком в даному періоді життя людини та таким видом патології, як психосоматична зокрема. Вчителям давалися практичні рекомендації стосовно особливостей їх поведінки з підлітками, схильними до підвищеної тривожності, заниженої самооцінки та працездатності. Ми підкреслювали роль педагогічних впливів на дитину у формуванні не тільки його ставлення до навчального закладу, навчання в цілому, майбутньої професії, але і до самого себе. Відзначали, що необережність, некомпетентність вчителя може завдати шкоди самооцінці підлітка, сформуванню через самоідентифікацію як «поганого, нездібного учня» негативну Я-концепцію. Навпаки, доброзичливість і підтримка педагогів, не тільки сприяють формуванню позитивного самовідношення учнів, але і мають для них велике психогігієнічне значення [66].

Робота з батьками. Установлення тісного співробітництва з батьками хворих дітей стало дуже важливим елементом розробленої нами реабілітаційної системи, тому що вивчення умов формування стереотипів поведінки, показало високу значимість стосунків у родині для збереження і зміцнення психічного здоров'я дітей та підлітків. Дуже важлива медико-психологічна просвіта батьків (роз'яснення їм особливостей дитячо-підліткового віку, змісту психологічних змін, що відбуваються у дитини, ролі матері і батька в успішності становлення особистості).

У випадку несприятливого проходження однієї з фаз розвитку об'єктних відносин та загострення центрального конфлікту формуються такі особистісні характеристики : недовіра, сором'язливість та сумніви у власних силах, почуття агресії чи провини, почуття власної неповноцінності, яке призводить до порушення міжособистісних стосунків, суспільно-дезадаптивних форм поведінки, порушень адаптації, а також і до формування домінуючих інтелектуальних патернів та стереотипів поведінки [54; 60; 62; 65; 96; 99;165].

Метою нашого дослідження було допомогти хворим краще пізнати себе, розвинути відчуття власної гідності, перемогти невпевненість, підвищити самооцінку. Найбільш успішно та в повному обсязі реалізувати себе в поведінці та діяльності, затвердити свої права та власну цінність.

У відповідності з поставленою метою ми застосовували арт- терапію (малювання з вербалізацією намальованого).

Відомим, близьким до запропонованого нами, а тому прийнятим нами за прототип, є спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей і підлітків шляхом рисованого аперцептивного тесту (РАТ).

Відомо, що об'єктивізація внутрішнього світу йде через вербалізацію та знаходить своє зовнішнє відтворення через відношення та результати діяльності. Малювання дає дитині можливість скинути напругу та дозволяє вийти на поверхню дійсним почуттям.

Найбільш адекватним для проведення психотерапії є відображення на папері уявлень пацієнта про своє майбутнє (метод корекції стійких стереотипів реагування). Це є фактично навчанням новому стилю більш адаптивної поведінки та моделюванням власних нових стереотипів психоемоційного реагування.

Перед початком сеансу малювання дитині пропонувалось уявити своє майбутнє – гармонійне, радісне, без хвороб, а потім намалювати (тобто відобразити символом) таке поняття як "Моє майбутнє" та до кожного відображеного об'єкту підібрати кольорову асоціацію з подальшим обговоренням малюнку. У лікувальному комплексі сеанси психотерапії проводилися на етапах ранньої та пізньої реабілітації.

На етапі пізньої реабілітації проводилась групова психотерапія. В ході психотерапевтичної корекції ми використовували групові форми роботи, оскільки в даному випадку вона має ряд переваг у порівнянні з індивідуальною, зокрема:

- груповий досвід протидіє відчуженню, допомагає у вирішенні міжособистісних проблем;
- група відображує суспільство в мініатюрі, в ній моделюється система взаємовідносин та взаємозв'язків, яка характерна для реального життя, що надає підліткам можливість побачити та проаналізувати в психологічно безпечних умовах закономірності спілкування та поведінки інших людей і самих себе, які не помічаються ними в звичайних життєвих ситуаціях;
- можливість отримання зворотного зв'язку від дітей та підлітків з подібними проблемами;
- в групі можливо ідентифікувати себе з іншими, "зіграти" роль іншої людини з метою кращого розуміння її і себе та ознайомлення з новими ефективними способами поведінки;
- група полегшує процеси саморозкриття, самодослідження та самопізнання; ці процеси не можуть бути повними без участі інших людей;

відкриття себе іншим та відкриття себе самому собі дозволяють зрозуміти себе та підвищити впевненість у собі.

Етап пізньої реабілітації проводився на поліклінічному та шкільному рівнях. Він складався з медичних, психологічних та педагогічних засобів. Медичні засоби були спрямовані на попередження рецидиву захворювання (базисна терапія при БА та підтримуюча протирецидивна терапія при ВХ ДПК).

Психологічна складова сприяла подальшій корекції особистісних особливостей пацієнта і проводиться не лише індивідуально з дитиною, але й з найближчим оточенням.

Педагогічна складова комплексної реабілітації включала засвоєння валеологічної інформації з акцентом на необхідність валеологічного самовиховання, а також індивідуальну та групову виховну роботу, направлену на гармонізацію міжособистісних стосунків дитини, попередження внутрішньо-особистісних конфліктів.

Враховуючи те, що у відповідності з результатами нашого дослідження у дітей та підлітків відмічається підвищений рівень тривожності, тому, одним із завдань нашої роботи було навчити всіх дітей навичкам саморегуляції (регулюванню таких функцій організму, як кровообіг, частота серцевих скорочень, дихання), зменшенню надмірного хвилювання, тривожності, ефективного зниженню фізичної та психічної втоми, самоактивації. З цією метою проводилось навчання підлітків елементам нижчого ступеню аутогенного тренування (АТ) [209].

На етапі пізньої реабілітації виконувався проєктивний тест „Моє майбутнє” з подальшим його обговоренням та проводилось аутогенне тренування. Діти навчилися пасивно концентрувати увагу на спокої, виконувати шість стандартних вправ (“важкість”, “тепло”, “серце”, “дихання”, “сонячне сплетіння”, “прохолода чола”) та аналізувати власні тривожні думки, що стосувались проблемних ситуацій, і трансформувати ці думки в більш реалістичні. Це дало їм можливість самостійно покращувати

своє самопочуття, знімати розумову втому, головний біль, уповільнити темп серцевих скорочень та дихання, які прискорювались у них при хвилюванні.

Займаючись аутогенним тренуванням діти та підлітки навчилися пасивно концентрувати увагу на спокої, шести стандартних вправах, що дало їм можливість самостійно покращувати своє самопочуття, знімати розумову втому, головний біль, уповільнити темп серцевих скорочень та дихання, які прискорювались у них при хвилюванні.

Паралельно із засвоєнням техніки АТ дітей та підлітків навчали аналізувати їх власні тривожні думки, що стосувались проблемних ситуацій, та трансформувати ці думки в більш реалістичні.

На початку роботи пояснювалась різниця між думкою та відчуттям, які виникають внаслідок певної події, яка відбулась та важливість навчитись вірно розрізняти подію, думку та почуття, що пізніше допоможе більш ефективно орієнтуватись в проблемних ситуаціях.

Для того, щоб полегшити усвідомлення кожним учасником групи ірраціональність їх думок та зменшити ступінь тривоги і страху, ми моделювали ситуації, які викликали страх у підлітків та в ігровій формі проводили розбір кожної окремої ситуації, активно залучаючи до роботи всіх учасників групи. При цьому використовувались ігри - „проективний малюнок- добро і зло, моє майбутнє” [13; 182].

Враховуючи те, що у дітей та підлітків із психосоматичною патологією часто формувался негативний образ самого себе, завдяки якому вони надалі починали з готовністю погоджуватись з припущенням, що інші поганої про них думки, на заняттях групи ми відводили час для виявлення позитивних сторін особистості кожного та формування позитивної установки. З цією метою учасникам групи пояснювалось, що вираз – „любити себе” – включає не милування собою, а приймання себе таким яким ти є, з усіма своїми слабкостями та недоліками. Якщо людина знає та усвідомлює свої негативні сторони, то вона зможе знайти у собі сили для того, щоб ставати кращою, сильнішою та сміливішою.

Кожне заняття проводилось в стандартній формі та включало в себе наступні елементи: ритуал привітання, розминку, основний зміст, рефлексію з приводу даного заняття та ритуал прощання. Заняття проводились 2 рази на тиждень тривалістю 1,5 години. Кількість учасників групи – 4-5 чоловік.

Для оцінки ефективності запропонованої нами системи медико-психолого-педагогічної реабілітації обстежені пацієнти розподілені на три репрезентативні лікувальні групи (основну (n=93), контрольну (n=101) та групу здорових (n=108)).

Оскільки результати психологічних досліджень достовірно не відрізнялись у пацієнтів з ПСП на фоні ППФР і без них, ми мали підстави використання останніх в якості лікувального контролю. Діти основної та контрольної груп одержували загальноприйнятту базисну терапію в залежності від основного захворювання згідно затверджених МОЗ України Протоколів лікування.

У комплексну терапію дітей основної групи був включений препарат метаболічної дії «Стимол» і сеанси індивідуальної психотерапії на етапі ранньої реабілітації та групова психотерапія на етапі пізньої реабілітації.

Результати лікування оцінювались за динамікою психологічних (тести Спілбергера-Ханіна, Р.Кеттела, проєктивний тест «Добро» та «Зло» з вибором кольору), клініко-анамнестичних, нейрофізіологічних показників (комп'ютерна ЕЕГ). Ми порівняли показники валідних (за нашими попередніми дослідженнями) психологічних тестів до та після застосування в обраній групі пацієнтів розробленого нами комплексу реабілітаційних заходів щодо надання спеціалізованої медико-психолого-педагогічної допомоги.

Об'єктивізація ефективності лікування проводилась наприкінці етапу ранньої і пізньої реабілітації та порівнювалась з початковими даними обстеження.

Нами виявлено, що наприкінці стаціонарного лікування більш значущі позитивні клінічні дані були отримані в першій групі досліджуваних дітей з

ПСП та ППФР, до терапії яких було залучено препарат «Стимол» та сеанси індивідуальної психотерапії.

Так, больовий синдром зникав швидше і після проведеного лікування відмічався лише у $6,5 \pm 0,05\%$ хворих першої групи. В той же час, у дітей з другої групи після проведеної терапії на біль скаржились $11,9 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$). Прояви диспепсії відмічали $5,4 \pm 0,1\%$ хворих першої та $6,9 \pm 0,1\%$ другої групи ($p > 0,05$), а відповідно до початку спостереження $-71,2 \pm 0,7\%$ і $61,3 \pm 0,1\%$.

Прояви астеновегетативного синдрому після лікування залишалися у $15,0 \pm 0,1\%$ та $27,8 \pm 0,3\%$ пацієнтів першої і другої груп, зменшившись відповідно до початкового періоду у 6,5 та 2 рази ($p < 0,001$). Синдром порушеної вентиляції бронхів достовірно зменшився і складав $3,2 \pm 0,1\%$ хворих основної групи та $11,9 \pm 0,1\%$ контрольної ($p < 0,05$).

При аналізі даних ФЕГДС наприкінці пізнього етапу реабілітації спостерігалось нівелювання деструктивних (ерозивно-виразкових) ендоскопічних змін. Поверхневі зміни СОШ і ДПК виявлено тільки у $6,4\%$ дітей із другої групи ($p < 0,05$).

При аналізі Σ ІПГДЗ виявлено, що глибина деструктивних змін зменшилась у дітей обох груп, але достовірно меншою вона стала у першій групі ($6,1 \pm 2,1$ проти $24,3 \pm 0,9$ балів), ($p < 0,001$).

Лімфофолікулярна гіперплазія (ЛФГ) СОШ і ДПК (з наявністю поліпів СОШ) достовірно частіше мала місце у хворих з ППФР - $11,5\%$ проти $1,8\%$ у дітей без ППФР ($p < 0,001$). ЛФГ антруму по типу “бруківки” діагностована у $3,2\%$ хворих I групи, тобто у дітей з ПСП та ППФР.

За результатами морфологічного дослідження активність патологічного процесу зникла в обох групах. В групі дітей з ППФР поверхневі морфологічні зміни повністю зникли, в той час як у дітей без ППФР залишились у $17,4\%$ пацієнтів, з них поверхневий з ослизненням залоз у $3,2\%$ ($p < 0,05$).

В I групі дітей (ПСП і ППФР) морфологічні зміни які мали гіперпластичний характер виявлені у 3,2% ($p < 0,05$).

У пацієнтів цієї групи залишилась явища кишкової метаплазії в шлунку (3,2%) хворих ($p < 0,05$).

Результати дослідження кислотоутворюючої (КФШ) й олузнюючої функції шлунка (ОФШ) показали, що після проведення реабілітаційних заходів відмічається вирівнювання показників кислотоутворюючої та олузнюючої функції шлунку в обох групах обстежених дітей. Але зворотня динаміка позитивних змін була більш значною у дітей першої групи. Так КФШ відновилась у 89,8% хворих дітей з ПСП та ППФР (від 15,1% до 89,8%), тоді як у дітей без ППФР- у 85,2% (від 26,1% до 85,2%) ($p < 0,05$).

Такіж тенденції спостерігались і з показником ОФШ. Компенсована ОФШ переважала у дітей II групи (70,2%), після лікування вона виявлена у 89,8% дітей. У хворих I групи цей показник покращався втричі (від 34,5% до 97,8%) ($p < 0,05$).

Після закінчення амбулаторно-поліклінічного етапу пізньої реабілітації виявлені наступні зміни при аналізі показників тесту Спілбергера-Ханіна.

Нами зафіксовані зміни з боку проявів реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ). А саме, спостерігалась позитивна тенденція до зниження означених видів тривожності із високого та середнього рівня до нормальних показників у дітей основної групи.

Після закінчення етапу пізньої реабілітації нами проведено порівняльний аналіз рівней тривожності у дітей з ПСП та ППФР (I група) та ПСП без ППФР (II група) взаємності від нозологій.

Дані дослідження засвідчують високі показники особистісної тривожності ($50,01 \pm 1,24$; $46,34 \pm 1,24$) за середніх показників реактивної тривожності ($34,32 \pm 1,52$; $33,25 \pm 1,52$), до початку лікування нашим комплексом та достовірне зниження цих показників, у першу чергу, особистісної тривожності ($35,47 \pm 1,04$) до нормального рівня в основній групі

на відміну від групи контролю де спостерігалось збереження середніх показників підвищеного рівня, як реактивної так і особистісної тривожності.

Після закінчення стаціонарного етапу (ранньої) реабілітації (2 тижні при БА та 3 тижні при ВХ ДПК) виявлено збереження рівню реактивної тривожності в контрольній групі (88,5% та 83,4% при БА і 88,3% та 88,4% при ВХ ДПК), в той час як в основній групі відмічено її достовірне зниження (85,8% і 66,7% при БА і 82,6% і 68,0% при ВХ ДПК відповідно, $p < 0,05$). Після проведення амбулаторно-поліклінічного етапу (пізньої) реабілітації виявлено зменшення рівню реактивної тривожності в обох групах. Однак її підвищений рівень зберігався лише у чверті хворих основної групи (як при БА, так і при ВХ), в той час, як в контрольній – майже у половини хворих .

Такі ж тенденції виявлені і при визначенні особистісної тривожності. Однак після III етапу досягнута більш значна позитивна динаміка у дітей основної групи, в той час, як в контрольній у 41,7 і 59,4% пацієнтів зберігалась висока особистісна тривожність, що свідчить про недостатню ефективність проведеної терапії.

Саме переважання рівня особистісної тривожності над реактивною, за середніх показників останньої, може свідчити у віддалені строки про дефекти емоційно-вольової сфери та переважаюче формування тривожно-депресивних станів. Це так звана група «викривлених реакцій» за Е.Ліндеманом (*distorted reactions* у осіб, що перенесли психічну травму) [214; 220].

Кількісний аналіз кольороасоціативних відповідей показав (проективний тест «Добро» та «Зло»), що після проведеного лікування активність у хворих з психосоматичною патологією достовірно підвищилась і дорівнювала $50,7 \pm 4,1$ на відміну від попередніх $45,1 \pm 4,7$ у.о. в той час, як в контрольній групі суттєво не змінилась і дорівнювала $48,1 \pm 2,1$ у.о. на відміну від попередніх $47,25 \pm 1,5$ у.о.; Працездатність у хворих була низькою, складаючи $35,7 \pm 4,1$ та $36,4 \pm 1,2$ у.о., згідно груповому розподілу. Після лікування вона достовірно підвищилась у обох групах і дорівнювала $53,5 \pm 4,3$

та $51,3 \pm 2,1$ у.о. відповідно ($p < 0,05$). Відхилення від автогенної норми у хворих мало високі показники як у основній групі так і у групі контролю ($55,05 \pm 4,2$ та $53,25 \pm 2,2$ у.о. відповідно ($p < 0,05$). Після лікування цей показник достовірно знизився в обох групах, але більш значущі зрушення відбулись у основній групі ($39,7 \pm 3,1$ і $43,7 \pm 2,1$ відповідно), у якій були застосовані метаболічний препарат «Стимол» та методи індивідуальної психотерапії.

Після лікування відбулось вирівнювання цифр показників активності й працездатності, що при зменшенні відхилення від автогенної норми вказує на гармонізацію, підвищення стабільності особистості та купіювання патологічного процесу.

Як показало дослідження особистості, усереднений профіль дітей та підлітків із ПСП та ППФР, які склали основну групу дослідження, суттєво відрізнявся від аналогічного профілю дітей контрольної групи (ПСП без ППФР).

Так, у основній групі дітей відмічалось помірне підвищення середніх показників по факторам N (прямолинійність), H (сміливість), L (підозрілість) та MD (адекватність самооцінки). Такий профіль є типовим для здорових дітей та підлітків і відображає притаманні цьому віковій психологічній проблемі - пошук власної ідентичності, імпульсивність, активність, соціальну сміливість, деяку напруженість у міжособистісних стосунках і разом з тим - завищену самооцінку, поблажливе ставлення до власних недоліків, прагнення до самоствердження.

У дітей контрольної групи при порівнянні із основною виявлена вірогідна значущість відхилень середнього балу по факторам C - ($5,8 \pm 0,1$ проти $7,6 \pm 0,2$, $p < 0,001$), O + ($8,1 \pm 0,1$ проти $5,1 \pm 0,1$, $p < 0,001$), A - ($6,8 \pm 0,1$ проти $7,6 \pm 0,2$, $p < 0,01$), H - ($6,1 \pm 0,1$ проти $7,8 \pm 0,2$, $p < 0,01$), E - ($6,1 \pm 0,1$ проти $6,9 \pm 0,2$, $p < 0,01$) та MD ($5,5 \pm 0,1$ проти $7,2 \pm 0,2$, $p < 0,001$).

Для таких підлітків були характерні лабільність настрою, дратівливість, надмірна втомлюваність, тривожність, невпевненість у собі,

пригніченість, вразливість, замкненість, недовірливість, відчуженість, мовчазність та занижена самооцінка.

Як показало катамнестичне спостереження використання запропонованих нами реабілітаційних заходів допомогло дітям та підліткам краще пізнати себе, розвинути відчуття власної гідності, перемогти невпевненість, підвищити самооцінку.

Найбільш успішно та в повному обсязі реалізувати себе в поєдінні та діяльності, затвердити свої права та власну цінність.

Оскільки психофізіологічний стан людини уособлюється на ЕЕГ активацією окремих ділянок кори великих півкуль та залежить від пульсового кровонаповнення ми винесли 2 валідних, за нашими попередніми дослідженнями, показника для оцінки ефективності застосованого нами комплексу: орієнтовну реакцію (ОР) на ЕЕГ- співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей та амплітуду пульсового кровонаповнення (А) на РЕГ-хвилях до та після лікування.

До застосування реабілітаційних заходів співвідношення латентних періодів реакцій синхронізації та десинхронізації при застосуванні проби з заплющенням-розплющенням очей було низьким (нижче 1), що вказує на низьку адаптованість та знижений рівень активності процесів у підкіркових структурах - перезбудження та функціональна блокада таламо-кортикальних зв'язків. Підвищення цього коефіцієнту після застосування запропонованого реабілітаційного комплексу вказує на покращення таламо-кортикальних зв'язків: зняття перезбудження та функціональної блокади. Виявлені вірогідно знижені цифри амплітуди пульсового кровонаповнення до лікування, вказують на дещо знижену, дизрегуляторно обумовлену, перфузію головного мозку. Підвищення цифр після застосування реабілітаційного комплексу вказує на покращення умов роботи головного мозку за рахунок нормалізації перфузії.

Для визначення клінічної ефективності різних терапевтичних комплексів ми використали метод бальної оцінки динаміки клінічних проявів захворювання.

Клінічна оцінка динаміки захворювання у балах проводилась при обстеженні на початку лікування, наприкінці раннього етапу реабілітації та наприкінці пізнього етапу реабілітації. На основі бальних оцінок клінічного обстеження обчислювали величину інтегрального показника патології (ІПП) для основної та контрольної груп.

На діагностичному етапі ІПП1 в основній та контрольних групах були $6,620 \pm 0,609$ та $6,450 \pm 0,417$ ($p > 0,05$) відповідно. ІПП2 (на етапі ранньої реабілітації) був $3,640 \pm 0,324$ та $5,540 \pm 0,609$ ($p < 0,05$), а в кінці пізньої реабілітації ІПП3 склав $1,400 \pm 0,255$ та $2,640 \pm 0,129$ ($p < 0,05$) відповідно. Отримані дані свідчать про достовірне зменшення клінічних проявів захворювання як на етапі ранньої, так і на етапі пізньої реабілітації в основній та контрольній групах. Однак, в основній групі клінічна ефективність була більш значна.

Для кількісної оцінки динаміки клінічних проявів у хворих обчислювався показник ступеню покращення клінічної картини (S). S1 - це різниця ІПП2 та 1, а S2 - це різниця ІПП3 та 2 в основній та контрольній групах. Отриманий коефіцієнт ефективності терапії в основній та контрольній групах складає - $K1=2,79$, $K2=0,71$, відповідно. А інтегральний коефіцієнт ефективності лікування в обох групах дорівнював - $K_i=1,75$.

Об'єктивізуючи дані дослідження методом бальної оцінки провідних клінічних симптомів, слід зазначити, що у дітей, в комплекс лікування яких було включено сеанси психотерапії, позитивна динаміка була більш швидкою, ніж в контрольній групі хворих (табл.10). Тобто, динаміка зворотних змін основних клінічних проявів захворювання у дітей основної групи відбувалася в 1,75 разів швидше.

Це підтверджує доцільність застосування метаболічних засобів та психологічної корекції в комплексній терапії психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Проведення катамнезу через рік спостереження показало, що виникнення рецидивів БА і ВХ у основній групі спостереження було достовірно меншим ніж у групі контролю як при ВХ ДПК, так і при БА (3,3%; 6,4% та 8,3%; 22,1% відповідно) ($p < 0,05$).

Катамнестичне обстеження виявило підвищення рівню реактивної тривожності практично в однаковій кількості пацієнтів як в контрольній, так і в основній групах (25,4% і 25,7% та 26,3 і 25,8% відповідно).

Що стосується особистісної тривожності, її підвищений рівень зберігався в основній групі - при БА у 20,2%, при ВХ у 19,3% хворих, в той час, як в контролі – більш, як у половини хворих (61,7% і 62,3% відповідно).

Катамнестичне обстеження виявило, що у хворих які мали загострення основного захворювання зустрічався 5-й тип ЕЕГ (за класифікацією О.О.Жирмунської) - дезорганізований з перевагою тета- та дельта-активності, при якому коливання біопотенціалів всіх діапазонів реєструвалися без чіткої послідовності, що призводило до формування бездомінантних ЕЕГ-кривих - у досліджуваних хворих зустрічався у 11,6 % дітей основної групи.

Десинхронізований тип (3 тип за класифікацією О.О.Жирмунської) реєструвався у 28,5 % хворих контрольної групи, для якого була характерна десинхронізація ЕЕГ з переважанням у всіх ділянках мозку швидкої активності, згладжування регіонарних розбіжностей, переважання синхронно-білатерального бета-ритму в лобних ділянках, при гіпервентиляції – посилення лобної іризації.

У дітей які не мали загострень основного захворювання за катамнестичний період був виявлений організований тип ЕЕГ в основній групі та дезорганізований тип ЕЕГ з переважанням альфа-активності у контрольній.

Дезорганізований тип ЕЕГ з переважанням альфа-активності (4-й тип за класифікацією О.О.Жирмунської), який характеризувався нестійкістю частоти та амплітуди альфа-ритму, підсиленням бета-активності низької частоти та підвищеної амплітуди, підвищенням кількості низько- та середньоамплітудних повільних ЕЕГ складових дельта- та тета-діапазонів. Такий тип ЕЕГ реєструвався у 71,5% дітей контрольної групи.

Організований тип ЕЕГ відзначався регулярною та достатньо добре модульованою альфа-активністю середньої та високої потужності, з середньою чи високою амплітудою, зі збереженими зональними відмінностями, слабо вираженою бета-активністю та низьковольтними повільними хвилями.

Цей тип ЕЕГ спостерігався у 88,4% дітей основної групи.

У всіх хворих при повторних дослідженнях БЕАМ спостерігались наступні вірогідні зміни:

- а) значне (в 3-5 разів) підвищення максимумів потужності альфа-ритму;
- б) збільшення частоти альфа-ритму з підвищенням відносної потужності альфа-2-піддіапазону в порівнянні з альфа-1-піддіапазоном;
- в) зниження потужності повільних (дельта- і тета-) складових ЕЕГ.

Такі зміни показали, що застосування реабілітаційного комплексу у ПСП та ППФР і без них викликає зменшення дезорганізації БЕАМ і нормалізує активність мозку з редукцією гальмівних форм потенціалів в корі, зменшує ознаки дисфункції в серединних неспецифічних структурах та ознак судинних порушень.

Проведене катамнестичне дослідження через рік після застосування запропонованої комплексної, етапної медико-психолого-педагогічної реабілітації свідчить, що включення метаболічних препаратів та індивідуальної і групової психотерапії у лікувальний комплекс основної групи хворих забезпечує їх більш стабільний психологічний стан, що, в свою чергу, сприяє меншому рецидивуванню психосоматичної патології та зменшує рівень реактивної й особистісної тривожності.

Таким чином, теоретико-практичне обґрунтування необхідності створення комплексної етапної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ПСП та ППФР і без них, включення в алгоритм їх ведення метаболічних засобів та індивідуальної й групової психотерапії дозволило підвищити на 75% ефективність лікування пацієнтів з ВХ ДПК та БА і знизити кількість їх рецидивів протягом року катамнестичного спостереження.

В той же час, проведене науково-практичне дослідження не вичерпує всіх проблемних питань ПСП у дітей з ППФР, а відкриває новий напрям у вивченні їх клініко-психолого-нейрофізіологічних особливостей, а також обґрунтовує необхідність подальшого вирішення багатогранної проблеми їх етапної, комплексної та диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення та наукове розв'язання актуальної медико-психолого-педагогічної проблеми комплексної етапної реабілітації дітей з ПСП та ППФР.

1. Проведений системний, порівняльний теоретико-методологічний та історичний аналіз існуючих даних щодо виникнення та прогресування ПСП і ППФР у дітей та обґрунтовані теоретико-мотодичні і методологічні засади дослідження.

2. З'ясовано, що розповсюдженість ПСП у дітей з ППФР достовірно не відрізняється від такої у пацієнтів без ПФВР і складає 89 та 86 осіб на 1000 дитячого населення відповідно.

3. Визначено, що у структурі ПСП у дітей з ППФР та без них переважають дві нозологічні форми – бронхіальна астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Однак, у пацієнтів з ПФВР найбільшу питому вагу має виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, яка виявлена у 56%, бронхіальна астма складала 26%, а цукровий діабет і неспецифічний виразковий коліт – 1% і 3% відповідно. При відсутності ППФР виявлено зворотню тенденцію - бронхіальна астма була у 68%, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у 12%, цукровий діабет у 5% та ревматоїдний артрит склав 4%.

4. У віковій структурі у дітей з ПСП та ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без психофізичних вад розвитку ($10,5 \pm 0,7$ років та $14,2 \pm 0,5$ відповідно).

5. При проведенні динамічного опрацювання історій хвороб дітей, які лікувались у відділеннях стаціонару з'ясовані клінічні особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей без ПФВР: наявність мало- та асимптомних клінічних форм у 29,0% пацієнтів; виявлення перших клінічних ознак хвороби у вигляді ускладнень (шлунково-кишкова

кровотеча, рубцево-виразкова деформація слизової оболонки дванадцятипалої кишки) (8,1%). Така ж закономірність відмічена і у дітей з ПФВР. Однак, частота виявлення ускладнених форм захворювання була достовірно вищою (14,7%).

6. Особливостями клінічного перебігу ПСП у дітей з ППФР була їх більша тривалість (73,0%) та тяжкість (53,8%) проти 46,6% і 16,7% у хворих без ПФВР.

7. Визначені основні комбінації факторів ризику формування та прогресування ПСП у дітей з ППФР та створено математичну модель прогнозування їх формування і прогресування.

8. Визначені нейрофізіологічні особливості формування ПСП у дітей з ППФР та без них: наявний (не домінуючий) дезорганізований спектр потужності альфа-ритму із спотвореним зональним розподілом у вигляді максимальної спектральної щільності альфа-ритму в центральних ланках кірки мозку.

9. Виявлені кардинальні комплексні психологічні маркери розвитку ПСП у дітей з ППФР і без них, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за розробленим нами проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору).

10. Науково обґрунтовано та розроблено систему трьохетапної комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з ПСП та ППФР, визначена її ефективність та проведено впровадження в медичну, психологічну і педагогічну практику. При наявності ПСП у дітей з ПФВР та без них визначено три етапи реабілітації (діагностичний, етап ранньої та пізньої реабілітації) з реалізацією комплексного, індивідуального та мультидисциплінарного підходу до діагностики, лікування та диспансерного нагляду дітей з ПСП та ППФР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М. : Кафедра-М, 1998. – 272 с.
2. Абдрахимова Ц. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности невротических расстройств у учащихся школ и лицеев / Ц. Б. Абдрахимова // Архив психиатрии. – 2002. – Т.8, вып.1(28). – С. 40-43.
3. Айзенк Х. Психологические теории тревожности / Ханс Айзенк // Тревога и тревожность / ред. В. М. Астапова. – СПб. : Питер, 2001.-220с.
4. Айзенк Х. Исследования человеческой психики / Ханс Айзенк, Майкл Айзенк. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 340 с.
5. Акжигитов Р. Г. Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике / Р. Г. Акжигитов // Лечащий врач. – 2001. – №2. – С. 31-35.
6. Алдер Х. НЛП : наука и искусство достижения совершенства / Хэри Алдер. – Мн. : Издатель В.П. Ильин, 1998. – 320 с.
7. Алдер Х. НЛП : современные психотехнологии / Хэри Алдер. – СПб. : Питер, 2000. – 154 с.
8. Александер Ф. Психосоматическая медицина : принципы и практическое применение / Франц Александер [Пер. с англ. С. Могилевского]. – М. : Эксмо, 2002. – 420с.
9. Александров А. А. Личностно-ориентированные методы психотерапии / А. А. Александров. – СПб. : Речь, 2000. – 210 с.
10. Александровский Ю. А. Глазами психиатра / Ю.°А. Александровский. – М., 1999. – 320 с.
11. Александровский Ю.°А. Пограничные психические расстройства / Ю.°А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
12. Альбицкий В.°Ю. Часто болеющие дети : клинико-социальные аспекты / В.°Ю. Альбицкий, А.°А. Баранов. – Саратов, 1986. – 183 с.

13. Анн Л.°Ф. Психологический тренинг с подростками / Людмила Анн. – СПб. : Питер, 2003. – 271с.
14. Ананьев Б.°Г. Структура личности / Б.°Г. Ананьев // Психология личности в трудах отечественных психологов / Л. В. Куликов [сост.]. – СПб. : Питер, 2000. – С. 91-95.
15. Андреева°Е.°И. Патогенетические основы врачебной тактики оздоровления часто болеющих детей, посещающих дошкольные учреждения / Е.°И. Андреева, Б.°К. Мусина // Педиатрия. – 1990. – № 9.– С. 63-67.
16. Андрієвська В.°В. Проблема творення наукового тексту в системі фахової підготовки молодого науковця // Теоретико-методологічні проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти : матеріали методологічного семінару АПН України, 16 грудня 2004 р. / За ред. акад. С. Д. Максименко. – К., 2005. – С. 599-605.
17. Андрющенко°А.°В. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Андрющенко А.°В. [и др.] ; под ред. А.°Б.°Смулевича. – М. : Изд. дом «Русский врач», 2000. – 160 с.
18. Анохин П.°К. Очерки по физиологии функциональных систем /°П.°К.°Анохин. – М. : Медицина, 1975. – 447 с.
19. Антропов Ю.°Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков /°Ю.°Ф.°Антропов, Ю.°С. Шевченко. – М. : Изд-во Института психотерапии, 1999. – 296 с.
20. Антропов Ю.°Ф. Психосоматические расстройства у детей /°Ю.°Ф.°Антропов, Ю.°С. Шевченко. – М. : Из-во НГМА. – 2000. – 320 с.
21. Анцыферова Л.°И. Психология формирования и развития личности /°Л.°И.°Анцыферова // Психология личности в трудах отечественных психологов / Л. В. Куликов [сост.]. – СПб. : Питер, 2000. – С. 207-213.
22. Аптер И.°М. Клинико-физиологический анализ некоторых форм системных неврозов / И.°М. Аптер // Журн. неврол. и психиатр. – 1961. – Вып. 12. – С.°1858-1863.

23. Аракелов Г.°Г. Особенности стрессовой реакции у правшей и левшей /°Г.°Г. Аракелов //°Вестник Московского Университета. Сер 14. Психология. – 2004. – №2. – С. 3-21.
24. Аракелов Г.°Г. Плацебо и реакция нервной системы при развитии стрессового напряжения /°Г.°Г. Аракелов, Е.°К.°Шотт // Вестник Моск. ун-та. Серия 14.Психология. – 2001. – №2. – С. 34-50.
25. Арина Г.°А. Новый психологический метод изучения функциональных психосоматических симптомов / Г.°А. Арина, И.°А. Виноградова //°Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1989. – С. 11-12.
26. Арина Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г.°А. Арина, Н.°А.°Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – № 3. – С. 116-125.
27. Арон И.°С. Психосоматические аспекты личности детей, страдающих соматическими заболеваниями / И.°С. Арон // Казанский медицинский журнал. – 2000. – №2. – С. 133.
28. Аршавский°В.°В. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию / В.°В.°Аршавский, В.°С.°Ротенберг // Журн. высшей нервной деятельности. – 1976. – № 2. Т. 26. – С. 424-428.
29. Астапов В.°М. Тревожность у детей / В.°М. Астапов. – СПб. : Питер, 2003. – 224 с.
30. Астахов А.°Л. Стимол : просто амінокіслота чи універсальні ліки проти стресу / А.°Л. Астахов // Ліки України. – 2004. – №1(78). – С. 35-36.
31. Ахмедов Т.°И. Тревога и страх в структуре личности психосоматического человека / Т.°И. Ахмедов // Архів психіатрії. – 2002. – №4 (31). – С. 151-157.
32. Бабак О.°Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способы их коррекции / О.°Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – №2. – С. 65-67.

33. Бабак О.°Я. Лікування кислотозалежних захворювань : що ми сьогодні про це знаємо? / О.°Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – №4(6). – С. 4-9.
34. Бабак О.°Я. Сучасна фармакотерапія дисбактеріозу кишківника : метод. рекомендації. / О.°Я. Бабак, І.°Е. Кушнір. – Харків, 1999. – 27 с.
35. Бабак М.°О. Особенности клинических проявлений дуоденальной язвы, ассоциированной с резистентными штаммами *Helicobacter pylori* / О.°Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – №4. – С. 30-34.
36. Бадьина Н.°П. Динамика показателей школьной адаптации часто болеющих учащихся начальных классов / Н.°П. Бадьина // Вопросы психологии. – 2007. – №3. – С. 53–61.
37. Банщикова В.°М. Медицинская психология : учебник для студ. мед. ин-тов. / Банщикова В.°М., Гуськов В.°С., Мягков И.°Ф. ; Мин. Здравоохранения СССР. – М. : Медицина, 1967. – 239 с.
38. Бассин Ф.°Б. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни / Ф.°Б. Бассин // Клиническая медицина. – 1970. – Т.48. №9. – С. 13-19.
39. Батуев А.°С. Эмоциональный стресс // Батуев А.°С. Высшая нервная деятельность / А.°С. Батуев. – М. : Высш. шк., 1991. – С. 97-98.
40. Бікшаєва Я.°Б. Взаємодія конституційно-генетичних, резидуально-органічних і мікросоціальних чинників при формуванні психосоматичних розладів у дітей та підлітків / Я.°Б. Бікшаєва // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, вип.3 (34). – С. 124-130.
41. Белоусов Ю.°В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю.°В.°Белоусов. – Харьков : Консум, 2000. – 527 с.
42. Березанцев А.°Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства / А.°Ю. Березанцев. – М. : Информационные технологии, 2001. – 191 с.
43. Березовский А.°Э. Самосознание психических больных : учеб. пособие / А.°Э. Березовский, Н.°Н. Крайнова, Н.°С. Бондарь. – Самара : Сам. гос. ун-т, 2001. – 34 с.

44. Берлянд И.°Е. К постановке проблемы рефлексии как проблемы общения / И.°Е. Берлянд // Методологические проблемы психологии личности. – М., 1981. – С. 134-144.
45. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры : пер с англ / Эрик Берн. – СПб. : Университетская книга ; М. : АСТ, 1998. – 397 с.
46. Богучарова О.°І. Щодо питання збереження здоров'я школярів завдяки родинному вихованню (поради психолога) / О.°І. Богучарова // Психологія : збірник наукових праць. – К. : Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова, 2002. – Вип. 15. – С. 224-231.
47. Бондарчук О.°І. Психологія сім'ї : курс лекцій / О.°І. Бондарчук. – К. : МАУП, 2001. – 96 с.
48. Бодров В.°А. Проблема преодоления стресса. Ч.1 : «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению / В.°А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – №1. – С. 122-133.
49. Бодров В.°А. Когнитивные процессы и психологический стресс / В.°А. Бодров // Психологический журнал. – 1986. – Т.17, №4. – С. 64-74.
50. Болдырева Г.°Н. Электрофизиологические корреляты вовлечения в патологический процесс таламо-гипоталамических структур мозга человека / Г.°Н. Болдырева, Н.°Н. Брагина // Журн. ВнД. – 1993. – Т 43, Вып.4. – С. 721-729.
51. Брагина К.°Р. Влияние психотравмирующих факторов на развитие психосоматических расстройств у студентов / Брагина К.°Р., Симанкова°О.°С., Стрельникова И.°Н. // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, в. 1(30) (додаток). – С. 156.
52. Бройтигам В. Психосоматическая медицина : краткий учебник / Вальтер°Бройтигам, Пауль Кристиан, Михаэль фон Рад ; пер. с нем. Г.°А. Обухова, А.°В.Брунека ; предисл. В.°Г.Остроглазова. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. – 373 с.

53. Брызгунов И.°П. Психосоматика у детей / И.°П. Брызгунов. – М. : Психотерапія, 2009. – 480 с.
54. Буянов М.°И. Основы психотерапии детей и подростков : практич. руководство / М.°И. Буянов. – К. : Вища школа, 1990. – 191 с.
55. Вайнштейн И.°И., Емоційні структури серця й мозку / И.°И. Вайнштейн, П.°В. Симонов. – М. : Наука, 1979. – 95 с.
56. Васильева О.°С. Экстремальные ситуации и предельные возможности человека / О.°С. Васильева, Ф.°Р. Филатов // Психологический журнал. – 2002. – №3. – С. 130-131.
57. Валкер Д. Тренинг разрешения конфликтов : практ. рук. по ненасильств. разрешению конфликтов в нач. шк. / Джеми Валкер; [Пер. с нем. Эйвадиса Р. С.]. – СПб. : Речь, 2001. – 126 с.
58. Варга А.°Я. Системная семейная психотерапия : крат. лекц. курс / А.°Я.°Варга. – СПб. : Речь, 2001. – 142 с.
59. Вегетативные расстройства : клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.°М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агенство, 2000. – 752 с.
60. Великанова Л.°П. Школьная тревожность и ее медико-психологическая коррекция в условиях реабилитационного центра / Л.°П. Великанова, Н.°В.°Андросова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т.14, вып.1. – С. 54-57.
61. Вейн А.°М. Предисловие к сборнику научных трудов, посвященных эмоциональному стрессу / А.°М. Вейн // Роль эмоционального стресса в генезе нервно-психических заболеваний. – М., 1977. – С. 3-4.
62. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса : (клиническая психология). Сообщ.2 / Калмыкова Е.°С., Комисарова°С.°А., Падун М.°А., Агарков В.°А. // Психологический журнал. – 2002. – №6. – С. 89-97.
63. Вильямс К. Тренинг по управлению стрессом / Ксандрия Вильямс ; [Пер. с англ. Юрия Гольдберга]. – М. : ЭКСМО, 2002. – 270 с.

64. Винникотт Д.°В. Маленькие дети и их матери / Дональд Вудс Винникотт. – М. : Класс, 1998. – 80 с.
65. Вольпе Д. На пути к созданию научной психотерапии / Д. Вольпе // Эволюция психотерапии. Т.2. – М. : НФ «Класс», 1998. – С. 255-272.
66. Воробейчик Я.°Н. Основы психогигиены / Я.°Н. Воробейчик. – К. : Здоров'я, 1989. – 178 с.
67. Воронов М. Психосоматика : практическое руководство / М.°Воронов. – К. : Ника-Центр, 2002. – 256 с.
68. Выготский Л.°С. Развитие высших психических функций /°Л.°С.°Выготский. – М., 1960. – 499 с.
69. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии /°Л.°С.°Выготский // Психология. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 892-997.
70. Галенко З.°Н. Гастроэнтерологическая служба в Украинской ССР и пути ее дальнейшего развития / З.°Н. Галенко // Второй съезд гатроэнтерологов УССР «Актуальные вопросы гастроэнтерологии». – Днепропетровск, 1989. – С. 12-13.
71. Галенко З.°Н. Распространенность социально наиболее значимых болезней органов пищеварения среди населения Украины и состояние ее специализированной гастроэнтерологической службы / З.°Н. Галенко // Гастроэнтерология : респ. межвед. сб. – К. : Здоров'я, 1992. – С. 3-6.
72. Гарбузов В.°И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология : Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов / В.°И. Гарбузов. – СПб. : «Сотис», 1999. – 319 с.
73. Гарганеева Н.°П. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике / Гарганеева Н.°П., Тетенев Ф.°Ф. // Клин. мед. – 2001. – Т.79, №8. – С. 60-63.
74. Гиндак К. Психотерапия каждому / Екатерина Гиндак. – Миргород : Из-во «Миргород», 2008. – 90 с.

75. Глущенко Л.°П. Деякі психологічні характеристики у пацієнтів з соматичними захворюваннями / Л.°П. Глущенко, О.°Л. Глущенко // Архів психіатрії. – 2002. – № 3 (30). – С. 186.
76. Горизонтов П.°Д. Стресс и система крови / П.°Д. Горизонтов, О.°Н.°Белоусова, М.°И. Федотова. – М. : Медицина, 1983. – 239 с.
77. Городнова Н.°М. Досвід соціально-психологічної адаптації дітей, хворих на епілепсію в умовах загальноосвітньої школи / Н.°М. Городнова // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 3. – С. 56-57.
78. Горяінова Л.°О. Школу здоров'я – створюємо самі! (порадник для педагогів, управлінців, творчих вчителів) / Л.°О. Горяінова, Н.°О. Холодова. – Харків, 2002. – 32 с.
79. Гриценок Л.°І. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків / Л.°І. Гриценок // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 5. – С. 53-59.
80. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С.°Ауэрбах. – Спб. : Питер, 2002. – 240 с.
81. Григорьев П.°Я. Клиническая гастроэнтерология / П.°Я. Григорьев, А.°В. Яковенко. – М. : МИА. – 2001. – 704 с.
82. Гринберг Дж. Управление стрессом / Джеррольд Гринберг; [Пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.
83. Гриценок Л.°І. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків / Л.°І. Гриценок // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 5. – С. 53-59.
84. Групповая психотерапия : методические рекомендации / Сост.: Б.°В. Михайлов, Н.°А. Марута, В.°В. Чугунов. – Х. : ХМАПО, 2002. – 20 с.
85. Губанов Н.°И. Психосоматическая проблема / Н.°И. Губанов, Г.°И.°Царегородцев // Филос. науки. – 1990. – №12. – С. 22-31.
86. Гублер Е.°В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.°В. Гублер. – М. : Медицина, 1978. – 294 с.

87. Гудман Р. Обсуждение и создание детских рисунков : практикум по арт-терапии. / Роберт Гудман ; под ред. А.И. Копытина. – СПб., 2000.
88. Давыдов В.°В. Проблемы развивающего обучения / В.°В. Давыдов. – М. : Академия, 2004. – 288 с.
89. Данилова Н.°Н. Психофизиология / Н.°Н. Данилова. – М. : Аспект Прогресс, 2000. – 373 с.
90. Дилео Д. Детский рисунок : диагностика и интерпретация / Джон Дилео ; [пер. с англ. Е. Фатюшиной]. – М. : Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001. – 272 с.
91. Дишук І.°П. Тривога як феномен невротичних розладів / І.°П. Дишук, К.°І. Дишук // Архів психіатрії. – 2004. – Т.10, №2 (37). – С. 82-83.
92. Диагностика посттравматичного стрессового розладу як ускладнення після перенесеної хвороби і пологів / І.°Шаллан // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №4. – С. 5-9.
93. Джорж М. Что такое стресс и как с ним совладать / М. Джорж // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2002. – №1. – С. 65-71.
94. Доскин В.°А. Профилактика экзаменационного стресса / В.°А. Доскин // Школа и психологическое здоровье учащихся / Под ред. С.°М.°Громбаха. – М., 1988. – С. 147-160.
95. Драгунский В.°В. Цветовой личностный тест / В.В. Драгунский. – Мн. ; М. : Харвест-АСТ, 2000. – 448 с.
96. Драпкин Б.°З. Терапия материнской любовью – материнская суггестия / Б.°З. Драпкин // Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Сост.: Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. – СПб. : Речь, 2002. – С. 536-539.
97. Древіцька О.°О. Проблеми психічного здоров'я дітей і досвід організації психотерапевтичної допомоги школярам / О.°О. Древіцька // Актуальні питання дитячої психіатрії. – Харків, 1999. – Вип.2. – С. 84-86.
98. Дьячкова Н.°Г. Опыт применения препарата Стимол для профилактики и коррекции отклонений в нервно-психическом здоровье

детей и подростков в условиях детских учреждений / Н.°Г. Дьячкова // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". – М. – 1997. – Т. IV. – С. 160.

99. Ермошин А. Вещи в теле : психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ермошин. – М. : Независимая фирма «Класс», 2004. – 320°с.

100. Єгірева Л. Стрес: причини, ознаки й техніки подолання : психолого – валеологічний проект. 2 частина. / Л. Єгірева // газ. Шкільний світ. – 2006. – №41 (листопад). – С. 19-21.

101. Єгорова Л.°О. Тілесно–орієнтована терапія в профілактиці психосоматичних розладів у студентів / Л.°О. Єгорова // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С. Д. – К., 2002. – Т. 1., Ч. 4. – С. 74 –77.

102. Жаворонкова Л.°А., Специфика восстановительных процессов мозга у больных с дизэнцефальным и полушарным поражениями (когерентный анализ ЭЭГ) / Л.°А. Жаворонкова, И.°С. Добронравова // ЖВНД. – 1993. – Т 43, в.4. – С. 748-757.

103. Жаворонкова Л.°А. Характер асимметрии когерентности ЭЭГ у людей с разным уровнем тревожности / Л.°А. Жаворонкова // Психофизиологические аспекты целенаправленной деятельности человека : тез. докл. – М., 1992. – С. 20.

104. Жирмунская Е.°А. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека / Е.°А. Жирмунская, В.°С. Лосев. – М. : Наука, 1984. – 81 с.

105. Жорж Ж. Детский стресс и его причины / Жизель Жорж ; [пер. с фр. Ю.°С. Евтушенкова]. – М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2003. – 192 с.

106. Журбин В.°И. Понятие психологической защиты в концепциях З.°Фрейда и К.°Роджерса / В.°И. Журбин // Вопросы психологии. – 1990. – №4. – С. 14-22.

107. Заболевания вегетативной нервной системы / [А.°М. Вейн и др.] ; под ред. А.°М. Вейна – М. : Медицина, 1991. – 622 с.
108. Загальна конфліктологія / Ващенко І.°В., Гіренько С.°П., Антонова°О.°Г., Хамалян Р.°А. – Х. : Оригінал, 2001. – 384 с.
109. Запруднов А.°М. Гастроэнтерологическая патология в клинике детских болезней / А.°М. Запруднов, К.°И. Григорьев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1993. – №4. – С. 25-29.
110. Запруднов А.°М. Достижения и приоритетные направления детской гастроэнтерологии / А.°М. Запруднов, А.°И. Волков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1993. – №6. – С. 3-6.
111. Запруднов А.°М. Клинико-патогенетические аспекты фармакотерапии в детской гастроэнтерологии / А.°М. Запруднов // Педиатрия. – 1997. – №6. – С. 30-35.
112. Запруднов А.°М. Рабочее совещание по детской гастроэнтерологии / А.°М. Запруднов, О.°Д. Копылова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1993. – №5. – С. 37-38.
113. Захаров А.°И. Неврозы у детей и подростков : анамнез, этимология и патогенез / А.°И. Захаров. –Л. : Медицина, 1988. -246 с.
114. Захаров А.°И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А.°И. Захаров. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
115. Зейгарник Б.°В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных / Б.°В. Зейгарник // Вопросы экспериментальной патопсихологии. – М., 1965. – С. 42–57.
116. Зисельсон А.°Д. Особенности психосоматических взаимоотношений у детей, страдающих бронхиальной астмой / Зисельсон А.°Д., Лапис Г.°А., Поппе Г.°К. // Психосоматические и соматикопсихические расстройства у детей. – Л., 1990.– С. 39–44.
117. Иванова Е.°В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений / Е.°В. Иванова // Вестник МГУ. Сер. 14 : Психология. – 1993. – № 1. – С. 31-39.

118. Исаев Д.°Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия /°Д.°Н.°Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
119. Исаев Д.°Н. Психосоматическая медицина детского возраста /°Д.°Н.°Исаев. – СПб. : Спец. Лит., 1996. – 454 с.
120. Исаев Д.°Н. Психосоматические расстройства у детей /°Д.°Н.°Исаев. – СПб. : Питер, 2000. – 512 с.
121. Исаев Д.°Н. Психосоматические расстройства у детей и подростков и психосоматический подход /°Д.°Н.°Исаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, вып.2. – С. 36-39.
122. Исаев Д.°Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков /°Д.°Н.°Исаев // Клиническая психология. – 2003. – № 2. – С. 148-152.
123. Использование сублингвального препарата Глицин для профилактики и лечения психоэмоциональных расстройств при стрессовых ситуациях / Дьячкова Н.°Г, Гудкова Ю.°В., Солдатенкова Т.°Д., Коидрашова Т.°Т., Бурбенская Н.°М., Комиссарова И.°А. // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". – М. – 1996. – т. III. – С. 263.
124. Ільченко О.°І. Розуміння психічних особливостей соматично хворих – об'єктивний засіб поліпшення здоров'я людей у практичній діяльності лікаря / О.°І. Ільченко // Педагогіка і психологія. – 2000. – № 4 (29). – С. 30–37.
125. Іщенко О.°В. Проблеми освіти та соціальної адаптації дітей та молоді з особливими потребами в Україні / О.°В. Іщенко // Психологія : збірник наукових праць. – К. : Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. –2002. – Вип. 15. – С. 232–240.
126. Кабаченко Т. С. Психология в управлении человеческими ресурсами : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Т. С. Кабаченко. – М. ; СПб. : Питер, 2003. – 400 с.

127. Казак С.°С. Избранные вопросы детской гастроэнтерологии / Казак°С.°С., Бекетова Г.°В., Мозгова Г.°П. – К, 2003. – 152 с.
128. Калуев А.°В. Проблемы изучения стрессорного поведения / А.°В. Калуев. – К., 1999. –С. 6-39.
129. Карвасарский Б.°Д. Неврозы / Б.°Д. Карвасарский. – М. :Медицина, 1990. – 572 с.
130. Китаев-Смык Л.°А. Психология стресса / Л.°А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 368 с.
131. Клегг Б. Стресс-менеджмент /Брайан Клегг ; [пер. с англ. М.°Б.°Овечкиной]. – СПб. : Нева, 2003. – 193 с.
132. Клиническая психология / Под ред. Б.°Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2004. – 960 с.
133. Ключников С. Держи стресс в кулаке. Как извлечь выгоду из стрессов / Сергей Ключников. – СПб. : Питер, 2002. – 192 с.
134. Коваленко А.°Б. Розвиток головних компонентів розуміння в процесі творчого тренінгу / А.°Б. Коваленко // Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології : матер. міжнар. наук. конф., присвяченої 35-річчю наукової та педагогічної діяльності академіка С.Д. Максименка, (17–18 грудня 2001 р., м. Київ). – Т. II. – К. : Міленіум, 2002. – С. 148-151.
135. Козлова Л.°А. Применение Глицина в лечении вегето-сосудистой дистонии у детей. / Л.°А. Козлова, А.°А. Яйленко // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". – М., 1996. – Т. III. – С. 138.
136. Коломиец А.°А. Тревожные расстройства у созависимых подростков / А.°А. Коломиец // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип1(30). – С. 194.
137. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса : от диагностики к профилактике и коррекции / А.Б.Леонова // Психологический журнал. – 2004. – №2. – С. 75-85.

138. Коновалов В.°Ю. Методологические проблемы психосоматического подхода к развитию / В.°Ю. Коновалов // Мир психологии. – 2006. – № 4. – С. 145-152.
139. Компоненты адаптационного процесса / Под ред. В.°И.°Медведева. – Л. : Наука, 1984. – 111 с.
140. Кондратьев Ф.°Б. Структурный анализ «личностной защищенности» в аспекте психосоматических расстройств / Ф.°Б. Кондратьев // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 118-121.
141. Кондратьев Ф. Некоторые вопросы психосоматической патологии / Ф.°Кондратьев, С. Осколков // Врач. – 1999. – №1. – С. 45-48.
142. Кондрашенко В.°Т. Общая психотерапия : руководство для врачей / Кондрашенко В.°Т., Донской Д.°И., Игумнов С.°А. ; предисл. Т.°Т.°Сорокиной. – 4-е изд., перераб. и доп. – Мн. : Вышэйшая школа, 1999. – 254 с.
143. Коркина М.°В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний / М.°В. Коркина, В.°В. Мариллов // Журнал неврологии и психиатрии. – 1988. –Т.98. – №11. – С. 30-32.
144. Короленко Ц.°П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц.°П. Короленко. – Л. : Медицина, 1978. – 271 с.
145. Кочарян А.°С. Принцип процессуальности в психологических моделях психотерапии / А.°С. Кочарян // Архів психіатрії. – 2002. – №4 (31). – С. 143-151.
146. Крыжановский°Г.°Н. Дизрегуляционная патология /°Г.°Н.°Крыжановский // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2002. – №3. – С. 2-19.
147. Кулаков С.°А. На приеме у психотерапевта подросток / С.°А. Кулаков. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. – 350 с.
148. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С.°А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

149. Куприянов С.°Ю. Семейная психотерапия больных с бронхиальной астмой / С.°Ю. Куприянов. – Л., 1985. – 25 с.
150. Лавченко А. Психологічні особливості підліткового віку / А. Лавченко // Психолог. – 2003. – №42. – С. 9-16.
151. Лакан Ж. Семинары. Книга 1. Работы Фрейда по технике психоанализа / Жак Лакан ; в ред. Ж.-А. Миллера. – М. : Логос, 1998. – 432 с.
152. Лакосина Н.°Д. Учебное пособие по медицинской психологии /°Н.°Д.°Лакосина. – М. : Медицина, 1976. – 320 с.
153. Лапач С.°Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач°С.°Н., Чубенко А.°В., Бабич°П.°Н. – К. :Моріон, 2000 – 320 с.
154. Лаутенбах В. Эффективность психотерапии : критерии и результаты оценки / В. Лаутенбах. – СПб. : Изд.Психоневрологического института им.В.М. Бехтерева, 1995. – С. 28-41.
155. Лебедев В.°И. Личность в экстремальных условиях / В.°И. Лебедев. – М. : Политиздат, 1989. – 304 с.
156. Лебедева Л. История выздоровления в картинках / Л. Лебедева, М.°Кисилева // Школьный психолог. – 2001. – № 3.
157. Линецкий Ю.°Л. Развитие личностной рефлексии в подростковом возрасте : дис. ... канд. психол. наук. : 19.00.13 / Линецкий Юрий Леонидович ; Психол. ин-т Рос. акад. Образования. – М., 2004. – 236 с.
158. Лук'янова О.°М. Підсумки та перспективи наукових досліджень по державній науково-технічній програмі “Розробити систему заходів щодо профілактики перинатальної і дитячої захворюваності та зниження смертності” / Лук'янова О.°М., Омельченко Л.°І. // ПАГ. – 1994. – №5. – С. 3-5.
159. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крёгер, К. Ледерах-Хофман. – СПб., 2000. – 286 с.

160. Лях В.°В. Моделювання та впровадження програм щодо формування здорового способу життя / Лях В.°В., Лях Т.°Л. // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 5. – С. 24-35.
161. Майерс Д. Социальная психология : пер. с англ / Дэвид Майерс. – СПб. : Питер, 1999. – 688 с.
162. Малкина-Пых И.°Г. Психосоматика : новейший справочник / И.°Г.°Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо. – 2003. – 928 с.
163. Максименко С.°Д. Медична психологія / С.°Д. Максименко. – Вінниця : Нова книга, 2008. – 516 с.
164. Максименко С.°Д. Розвиток психіки в онтогенезі : у 2-х т. / С.°Д. Максименко. – К. : Форум, 2002. – Т.1 : Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. – 319 с
165. Максимова Н.°Ю. Курс лекций по детской патопсихологии : учебное пособие / Н.°Ю.°Макимова, Е.°Л. Милюкина. – Ростов н/Д. : Феникс, 2000. – 572 с.
166. Марищук В.°Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.°Л. Марищук, В.°И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
167. Марута Н.°А. Клинические особенности и новые направления терапии тревожных расстройств / Н.°А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т.11, вип.1 (34). – С. 53-58.
168. Марютина Т.°М. Психофизиология / Т.°М. Марютина, О.°Ю. Ермолаева. – М. : Изд-во УРАО, 1998. – 240 с.
169. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе /°Баевский Р.°М., Кириллов О.°И., Иващенко О.°Н, Тябанкова В.°Ф. [и др.]. – М., 1984. – С. 6-121.
170. Махнач А.°В. Зависимость динамики эмоциональной напряженности от индивидуальных свойств личности / А.°В. Махнач, Ю.°В.°Бушов // Вопросы психологии. – 1988. – №6. – С. 130-133.

171. Меерсон Ф.°З. Адаптация организма к стрессовым ситуациям и предупреждение нарушений ритма сердца / Ф.°З. Меерсон // Успехи физиологических наук. – 1987. – Т.18. №4. – С. 56-79.
172. Медведев В.°И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов / В.°И. Медведев. – Л. : Наука, 1982. – 103 с.
173. Медленная составляющая потенциала, связанного с событием, в стрессовой реакции / Аракелов Г.°Г., Федоровская Е.°А., Соколов И.°В., Жданов Г.°Е. // Вестник Моск. ун-та. Сер.14 : психология. – 2002. – №1. – С.°41-52.
174. Методи оцінки та самооцінки стресових станів / В.°І.°Розов //°Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – №5. – С. 41-52.
175. Менделевич В.°Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
176. Мишин Г.°И. Как преодолевать стрессы / Г.°И. Мишин. – М. : Союз, 2003. – 218 с.
177. Михайлов Б.°В. Концептуальні напрями розвитку психотерапії в Україні / Б.°В. Михайлов // Архів психіатрії. – 2002. – № 4 (31). – С. 123-126.
178. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации / Б.°В. Михайлов. – Харьков : Око, 2002. – 768 с.
179. Михайлов Б.°В. Сучасний стан психотерапевтичної допомоги дітям та підліткам / Б.°В.°Михайлов А.°О. Мартиненко, В.°А. Федосєєв, І.°В.°Марченко // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.1 (30). – С. 209.
180. Михайлов Б.°В. Психотерапия в общесоматической медицине (клиническое руководство) / Б.°В.°Михайлов, А.°И. Сердюк, В.°А. Федосеев ; под. общ. ред. Б.В. Михайлова. – Харьков : Прапор, 2002. – 127 с.

181. Мозгова Г.°П. Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків / Г.°П.°Мозгова, Г.°В. Бекетова, В.°М. Синьов // Патент №44346 от 25.09.09 ; бюлетень №18.
182. Мозгова Г.°П. Спосіб психологічної корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків / Г.°П.°Мозгова, Г.°В. Бекетова, В.°М. Синьов // Патент №44347 от 25.09.09; бюлетень №18.
183. Мозгова Г.°П. До питання про діагностику психосоматичних розладів у дітей та підлітків / Г.°П.°Мозгова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.°Л. Шупика. – 2009. – вип.18, кн.1. – С. 442-449.
184. Мозгова Г.°П. Психосоматичні розлади у дітей з хронічних ураженнях шлунково-кишкового тракту та досвід їх лікування / Г.°П.°Мозгова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.°П.°Драгоманова. Сер.19. – К. – 2009 – Вип.13. – С. 193-200.
185. Мозгова Г.°П. Негативний психологічний клімат оточення – основа виникнення психосоматичних та поведінкових порушень у дітей та підлітків / Г.°П.°Мозгова, Г.°В. Бекетова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.°Л. Шупика. – 2007. – Вип.16, кн.4. – С. 781-788.
186. Мотовилин О.°Г. Жизненная ситуация ребенка с хроническим телесным заболеванием и ее роль в психическом развитии ребенка и динамике заболевания / О.°Г. Мотовилин // Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.°П. Зинченко, Т.°С. Леви. – М. : АСТ МОСКВА, 2005. – С. 253–269.
187. Мухина В.°С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. – М. : Издательский центр«Академия», 2003–456 с.
188. Мясищев В.°Н. Личность и отношения человека / В.°Н. Мясищев // Психология личности в трудах отечественных психологов / Сост. : Л.°В.°Куликов. – СПб. : Питер, 2000. – С. 95-105.
189. Мясищев В.°Н. Психология отношений / В.°Н. Мясищев. – М. ; Воронеж : Институт практической психологии, 1995. – 356 с.

190. Навроцька Г. Що ми знаємо про стресс? / Г. Навроцька // Урядовий кур'єр. – 2003. – №40. – С. 11.
191. Недільська А.°І. Корегування психічного стрессу засобами фізичного виховання студентів гуманітарних спеціальностей / А.°І. Недільська // Наукові записки : зб. наук. пр. – К. : НПУ, 2001. – Вип.41. – С. 172-174.
192. Немчин Т.°А. Состояние нервно-психического напряжения / Т.°А.°Немчин. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. – 167 с.
193. Немчин Т.°А. Адаптация человека к экстремальным условиям и нервно-психическое напряжение / Т.°А. Немчин // Вестн. Ленингр.ун-та. – 1977. – №11.
194. Николаева В.°В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В.°В. Николаева, Г.°А. Арина // Вестник Моск. ун-та. Сер. : Психология. – 1996. – №2. – С. 8-19.
195. Соколова Е.°Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.°Т. Соколова, В.°В. Николаева. – М., 1995. – 359 с.
196. Никонов В.°В. Стресс : современный психофизиологический подход к лечению / В.°В. Никонов. – М., 2002. – 240 с.
197. Ноздрачев А.°Д. Физиология и психология страха / А.°Д. Ноздрачев, Ю.°В. Щербатых // Природа. – 2000. – №6. – С. 61-67.
198. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений / Н. Н. Обозов. – К. : «Лыбидь» при Киев. ун-те, 1990. – 192 с.
199. Омельченко В.°П. Компьютерный анализ биопотенциалов мозга как основа оценки фармакологической корреляции психопатологических состояний : автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. – К., Изд-во Института кибернетики им.В.М.Глушкова АН УССР, 1990. – 35 с.
200. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса / Н.°В.°Тарабрина // Психологический журнал. – 2003. – №4. – С. 5-18.

201. Основні психічні стани, їх перебіг та класифікація : характеристика емоцій, афективний стан та афект, настрої, стресовий стан та ін. // Лозниця В. С. Психологія та педагогіка : основні положення / В. С. Лозниця. – К., 1999. – С. 102-125.
202. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник Моск. ун-та. Сер.14 : Психология. – 2000. – №3. – С. 4-21.
203. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности / Баканова И. В., Зейгарник Б. В., Николаева В. В., Шефтелевич О. С. // Бессознательное : природа, функции, методы исследования. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т. 2. – С. 431-435.
204. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С. А. Парцерняк. – СПб. : А.В.К., 2002. – 384 с.
205. Пайков В. Л. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах : справочное руководство / В. Л. Пайков, С. Б. Хацкель, Л. В. Эрман. – СПб. : Специальная литература. – 1998. – 534 с.
206. Пірен М. І. Основи конфліктології : навчальний посібник / М. І. Пірен. – К., 1997. – 378 с.
207. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимодействий / К. К. Платонов // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972.
208. Пезешкиан Носрат. Психосоматика и позитивная психотерапия / Носрат Пезешкиан ; пер. с нем. Т. В. Куличенко. – М. : Медицина, 1996. 463 с.
209. Петров Н. Н. Аутогенная тренировка для вас : практическое пособие (с примечаниями для инструкторов) / Н. Н. Петров. – М. : Центр психологии и психотерапии, 1990. – 19 с.
210. Подмазін С. І. Стрес – аромат і смак життя / С. І. Подмазін // Школа життєтворчості особистості : наук.-метод. зб.-к.. – 1995. – С. 116-118.

211. Пономаренко В.°М. Вивчення стану здоров'я дітей – складова частина формування програм розвитку охорони здоров'я / Пономаренко В.°М., Хулов°О.°А. // Вісник соціальної гігієни та охорони здоров'я. – 2002. – №2. – С. 12-29.
212. Практикум психологической защиты (Айкидо) от стресса и дистресса /°И.°М.°Кронова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы – 2007. – №1. – С. 10-29.
213. Принципи та методи психологічної допомоги при посттравматичному стресі / В.М.Крайнюк // Вісник Київського міжнародного універ-ту. Серія: Психологічні науки: научное издание. – Київ, 2005. – Вип.6.-с.60-68.
214. Прихожан А.°М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.°М. Прихожан. – М. ; Воронеж : НПО°МОДЭК°, 2000. – 303 с.
215. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості / С.°Д.°Максименко, М.°В.Папуча, К.°С.Максименко // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – №8. – С. 1-3.
216. Проведення комплексної оцінки потреб дитини в інтернатному закладі / Безпалько°О.°В., Зверєва°І.°Д., Кукуруза°Г.°В., Карагодіна°О.°Г., Мозгова°Г.П. – К., 2006. – 131 с.
217. Проскурина Т.°Ю. Состояние психического здоровья школьников на современном этапе / Проскурина Т.°Ю., Михайлова Э.°А., Матковская Т.°Н., Мителев Д.°А. // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.4, вип.1(30). – С. 219-221.
218. Психіатрія : підручник для студ. вищих мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / О.°К.Напреєнко, І.°Й.Влох, О.°З.Голубков [та ін.] ; за ред. О.°К. Напреєнка. – К. : Здоров'я ,2001. – 582 с.
219. Психологія : підручник / Ю.°Л.Трофімов, М.°І. Алексеева, П.°А.Гончарук [та ін.] ; за ред. Ю.°Л.Трофімова. – К. : Либідь, 1999. – 558 с.
220. Психология : словарь / Под общей ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. –М. : Политиздат, 1990. – 494 с.

221. Психология межличностных отношений / Научн. ред. А. А. Бодалев, Р. Л. Кричевский. – М., 1979. – 51 с.
222. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу / В.°М. Крайнюк // Вісник Київського між нар-го унів-ту. Серія.: Психологічні науки: научное издание. – Київ, 2004. – Вип.5. – С. 63-72.
223. Психологические тесты : в 2-х т. / Под ред. Карелина А. А. – М. : Владос. –2005. – Том 1. –312 с.
224. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья : хрестоматия. – Мн. : Харвест, 1999. – 640 с.
225. Психосоматические соотношения у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, протекающих с обструктивным синдромом / Арутюнов Т.°Г., Овчаренко°С.°И., Степин И.°Ф., Куликова°Е.°М. //°Клиническая медицина. – 1991. – № 7. – С. 96-98.
226. Психотерапевтична корекція непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання : методичні рекомендації МОЗ України / Уклад. Сердюк О.°І., Михайлов Б.°В. – Харків, 2002. – 29 с.
227. Психологическая диагностика постстрессовых состояний / И.°О.Котенев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2004. – №4. – С. 30-62.
228. Пушкарев А.°Л. Посттравматическое стрессовое расстройство / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева ; под ред. Б. А. Казаковцева. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 112 с.
229. Пушкарева Т.°Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня / Т.°Н. Пушкарева // Архів психіатрії. – 2002. – Т.8, вип.2(29). – С. 28-31.
230. Радченко М.°И. Особенности психологической ситуации родителей детей-инвалидов / М.°И. Радченко // Журнал практикующего психолога. – 2003. – Вып. 9. – С. 199–209.

231. Радченко А.°И. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств / А.°И. Радченко // Методы современной психотерапии : учебное пособие / Сост. Кроль Л.°М., Пуртова Е.°А. – М. : Класс, 2001. – 477 с.
232. Райгородский Д. °Я. Практическая психодиагностика / Д.°Я.°Райгородский. – Самара : Издател. Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 617 с.
233. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение / Карл Роджерс ; [пер. с англ. Т. Рожковой, Ю.°Овчинниковой, Г. Пимочкиной]. – М. : Апрель пресс ; ЭКСМО-пресс, 2002. – 506 с.
234. Розов В.°И. Адаптивные возможности человека в экстремальных условиях и их развитие / В.°И. Розов // Психология травматического стресса сегодня : тез. докл. Международной науч. конф. – К., 1992. – С. 84-86.
235. Розов В.°И. Психосоматическая адаптивность и ее развитие у студентов в системе психологической службы вуза / В.°И. Розов // Проблемы высшей школы. – 1992. – Вып. 76. – С. 52-57.
236. Розов В.І. Психологічний аналіз адаптивності в екстремальних умовах : автореф. дисс... канд.. психол. наук. – К., 1993. – 20 с.
237. Розов В.°І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл / В.°І.°Розов. – К. : Кондор, – 2005. – 278 с.
238. Романова Е.°С. Графические методы в практической психологии / Е.°С.°Романова. – СПб. : Речь, 2001. – 416 с.
239. Ротенберг В.°С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы / В.°С. Ротенберг // Вопросы психологи. – 1989. – №6. – С. 22-28.
240. Ротенберг В.°С. Поисковая активность и адаптация / В.°С.°Ротенберг, В.°В. Аршавский. – М. : Наука, 1984. – 193 с.
241. Ротштейн В.°Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.°Г., Богдан М.°Н., Суетин М.°Е. // Психиатрия и психофатмакотерапия. – 2005. – Т.10, №2. – С. 94-95.

242. Рохлин Л.°Л. Психический фактор в клинике внутренних заболеваний /°Л.°Л. Рохлин // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 120-134.
243. Рубинштейн С.°Л. Бытие и сознание. Человек и мир /°С.°Л.°Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2003. – 512 с.
244. Рубинштейн С.°Л. Проблемы общей психологии /°С.°Л.°Рубинштейн. – М., 1976. – 416 с.
245. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы : теория и практика : пер. с англ. / Къелл Рудестам ; общ. ред. и вступ. ст. Л.°А.°Петровской. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
246. Рутман Э.°М. Как преодолевать стресс / Э.°М. Рутман. – М. : 1988. – 160 с.
247. Самоукина Н.°В. Карьера без стресса / Н.°В. Самоукина. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
248. Сандомирский М.°Е. Защита от стресса / М.°Е. Сандомирский. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 336 с.
249. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство/ М.°Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
250. Свядош А.°М. Неврозы : руководство для врачей / А.°М. Свядош. – СПб : Питер Ком., 1998. – 448 с.
251. Селье Г. Стресс без дистресса : пер. англ. / Ганс Селье. – М. : Прогресс, 1979. – 124°с.
252. Тарасов Е.А. Как победить стресс : что такое стресс? Болезни, вызываемые стрессом. Эффектив. способы борьбы со стрессом, неврозами и депрессиями / Е.А. Тарасов. – М. : Айрис-Пресс, 2002. – 345 с.
253. Сергета І.°В. Зв'язок хронічної втоми з психофізіологічними показниками у школярів 12-13 років з різними формами навчання / Сергета°І.°В., Лукіна Н.°Ю., Зайцева К.°А. // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – №7. – С. 898-899.

254. Сидоров П.°І. Механізми реактивності і проблеми збереження здоров'я / П.°І. Сидоров, С.°Л. Совершаєва. – Архангельськ : Изд-во СГМУ, 2001. – С. 603-673.
255. Синьов В.°М. Корекційна психопедагогіка / В.°М. Синьов. – К., 2007. – 247 с.
256. Синьов В.°М. Основи дефектології : навч. посібник / В.°М. Синьов, Г.°М. Копернік. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
257. Сіліна Г.°О. Валеоустановки і уявлення про психосоціальне здоров'я молодших школярів суб'єктів виховної системи «школа-родина» / Г.°О.°Сіліна // Теорія і практика особистісно-орієнтованої освіти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 8–10 квітня 2003 р. (2 частина). – К. ; Запоріжжя : Просвіта, 2003. – С. 41-47.
258. Смольская Э.°Л. Экспериментально-психологическая характеристика больных с тревожными расстройствами невротического генеза / Э.°Л.°Смольская // Український вісник психоневрології. – 1998. – Т. 6, вип.3 (18). – С. 59-61.
259. Смулевич А.°Б. К проблеме аллопатических состояний /°Смулевич°А.°Б., Фильц А.°О., Лебедева М.°О. // Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. Смулевича А.°Б. – М., 1992. – С. 40-59.
260. Смулевич А.°Б. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (К проблеме нозогений). / Смулевич А.°Б., Тхостов А.°Ш., Сыркин°А.°Л. [и соавт.] // Журнал невропатологии и психиатрии им.°С.°С.°Корсакова. – 1997. – Т.97. – С. 4-9.
261. Смулевич А.°Б. Лечение расстройств сна у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Смулевич А.°Б., Сыркин А.°Л., Дробижев°М.°Ю. [и др.] // Кардиология. – 1994. – Т. 34. № 10. – С. 60 -64.
262. Смулевич А.°Б. Органые невроты как психосоматическая проблема / Смулевич А.°Б., Сыркин А.°Л., Рапопорт С.°И. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. Т.80. – №12. – С. 4-12.

263. Смулевич А.°Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.°Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т.99, №4. – С. 4-16.
264. Смулевич А. Современные проблемы психокардиологии / Смулевич А., Дробижев М., Иванов С. // Врач. – 2004. – №6. – С. 4-7.
265. Собчик Л.°Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.°Н.°Собчик. – М. : ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.
266. Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) : пособие для врачей) / Л.°Н. Собчик. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1999. –32 с.
267. Собчик Л.°Н. Психология. Психология индивидуальности : теория и практика психодиагностики / Л.°Н. Собчик. – СПб. : ООО «Речь», 2003. – 624°с.
268. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков / Ильин А.°Г., Звездина И.°В., Эльянов М.°М., Рапопорт И.°К., Ямпольская°Ю.°А., Усольцев А.°Н., Агапова Л.°А. // Гигиена и санитария. – 2000. – №1. – С. 59-61.
269. Соколова Е.°Т. Проективные методы исследования личности /°Е.°Т.°Соколова. – М. : МГУ, 1980. – 174 с.
270. Соколова Е.°Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях /°Е.°Т.°Соколова, В.°В. Николаева. – М. : Аргус,1995. – 360 с.
271. Соколова Е.°Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности /°Е.°Т.°Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
272. Соловьева Е.°Ю. Особенности механизмов психологической защиты у детей с бронхиальной астмой / Е.°Ю. Соловьева // Конгресс по детской психиатрии : материалы конгресса. – М., РОСИНЭКС, 2001. – С. 233.

273. Средства управления «рабочими» стрессами / А.°В.Родионов, М.°И.Берковская, К.°С.Комаров // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – №1. – С. 57-79.
274. Стресс и психологическое здоровье преподавателя // Практическая психология для преподавателей. – М.,1997. – С. 176-187.
275. Стресс – бич современности : (о проблеме профилактики эмоц. стресса) / К. Судаков, Е. Юматов // Вестник высш.шк. – 1991. – №5. – С. 49-51.
276. Стресс хороший, стресс плохой. / В. Брагинский // Здоровье детей. – 2000. – №37-38. – С. 18.
277. Стрес та «хворе» серце, або як кинути виклик власним генам / М.°Хайтович // Країна знань. – 2004. – №7. – С. 46-47.
278. Стрессы в психологической интерпретации // Журавлев В.°И. Основы педагогической конфликтологии : учебник. – М., 1995. – С. 40-51.
279. Суворова В.°В. Психофизиология стресса / В.°В. Суворова. – М. : Педагогика, 1975. – С. 3-268.
280. Судаков К.°В. Индивидуальная устойчивость к стрессу / К.°В. Судаков. –М., 1988. – С. 15-112.
281. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса / К.°В.°Судаков. – М. : Медицина, 1981. – 230 с.
282. Табачников О.°Ю. Непсихотичні психічні розлади в учнів шкіл нового типу (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні, психологічні закономірності формування, профілактика та їх корекція) : автореф. дис... д-ра медичних наук: 14.01.16 / Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2001. – 33 с
283. Табачников С.°И. Дифференцированная терапия соматоформных расстройств в подростковом возрасте: терапевтические подходы и их эффективность / Табачников С.°И., Марценковский И.°А., Бикшаева Я.°Б. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №4 (14). – С. 8-16.

284. Тарабрина Н.°В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.°В. Тарабрина. –СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
285. Тарабрина Н.°В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.°В. Тарабрина, Е.°О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13., №2. – С. 14-29.
286. Тарасов Е.°А. Как победить стресс / Е.°А. Тарасов. – М. : Айрис-Пресс, 2002. – 352 с.
287. Тарнавский Ю.°Б. Под маской телесного недуга / Ю.°Б. Тарнавский. – М. : Знание, 1990. – (Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Медицина»; №3).
288. Тополянский В.°Д. Психосоматические расстройства /°В.°Д.°Тополянский, М.°В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.
289. Торчинская Е.°Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу : (на примере спинальных больных) / Е.°Торчинская // Психологический журнал. – 2001. – №2. – С. 27-35.
290. Тревога и тревожность : психол. теории тревоги. Виды тревожности. Формы и „маски” тревожности. Запрещение симптом, страх. Психол. Функции тревоги : учеб. пособие / Под ред. Астапова В.°М. – СПб. : Питер, 2001. –247 с.
291. Трудные состояния.(стресс, фрустрация, тревога, астения, фобии, навязчивые мысли и действия и др.) // Гримак Л.П. Общение с собой. – М.,1991. – С. 104-163.
292. Тукаев Р.°Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений / Р.°Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т.14,вып.4. – С. 102-107.
293. Тюття О. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами / Тюття О., Парашів І. // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 4. – С. 8-11.
294. Устинова Е.В. Преодоление страхов и тревожности у старших дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их

- отношений с родителями / Е.°Устинова // Коррекционная педагогика. – 2006. – №4. – С. 35-39.
295. Уэлсби К. Часть целого: арт-терапия в школе. Исцеляющее искусство. // Журнал арт-терапии. – 2000. – № 2. – С.12-16.
296. Фадєєнко Г.°Д. Функціональні захворювання органів травлення. Сучасний стан проблеми / Г.°Д. Фадєєнко // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – №2(4). – С. 7-11.
297. Федосеев Г.°Б. Бронхиальная астма / Г.°Б. Федосеев, Г.°Н. Хлопотова. – Л., 1988. – 380 с.
298. Ферс Г.°М. Тайный мир рисунка. Исцеление через искусство / Грегг М. Ферс ; [Пер. с англ. Шувалов С.В.]. – СПб. : Европейский дом, 2000. – 165 с.
299. Филякова Е.°Г. Образ «Я» подростков с хроническими соматическими заболеваниями и рекомендации к проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы / Е.°Г. Филякова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1999. – № 2. – С. 14–22.
300. Фишман Ч. Техника семейной терапии / Ч. Фишман, С. Минухин. – М. : Класс, 1998. – 294 с.
301. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины : пер.с англ. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
302. Фолкен Чак Т. Психология – это просто / Чак Т. Фолкен. – М., 1997.
303. Фролькис А.°В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / А.°В. Фролькис. – Л. : «Медицина», 1991. – 224 с.
304. Фромм Э. Душа человека : сборник / Эрих Фромм. – М. : Республика, 1992. – 429°с.
305. Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы : сборник / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Алетейя, 1997. 295 с.
306. Фрейд З. Психология бессознательного / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Питер, 2002. – 390 с.

307. Хайтович М.В . Стрес та «хворе» серце, або як кинути виклик власним генам // Країна знань. -2004. - №7.-С.-213-217.
308. Хаяйнен Е.°В. Умовия становлення личностной рефлексии в подростковом возрасте : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 206 с
309. Холл К.°С. Теория личности / К.°С. Холл, Г. Линдсей. – М. : «КСП+», 1997. – 720 с.
310. Холмогорова А. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / Холмогорова А., Гаранян Н. // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 2. – С. 5–51.
311. Хоментаскас Г.°Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений / Г.°Т. Хоментаскас // Вопросы психологии. – 1986. – № 1. – С. 165-171.
312. Хитров Н.°К. Болезни цивилизации и нозологический принцип с позиций общей патологии / Н.°К. Хитров, А.°Б. Салтыков // Клиническая медицина. – 2003. –Т.81, №1. – С. 5-11.
313. Хитров Н.°К. Психосоматическая и психическая патология как необходимые и взаимосвязанные части общей патологии человека /°Н.°К.°Хитров, А.°Б. Салтыков // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2003. – №3. – С. 2-8.
314. Хьелл Л. Теории личности / Хьелл Л., Зиглер Д. – СПб. : Питер-Пресс, 1997. – 608 с.
315. Циркина С. Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / С. Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 2000. – 750 с.
316. Чабан О.°С. Психосоматичні розлади / О.°С. Чабан // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – V. 8, № 4 (29). – С. 38–48.
317. Чабан О.°С. Деякі аспекти психологічного захисту при невротичних станах, або захисні механізми релігійності / Чабан О.°С., Михайлинин П.°М., Венгер О.°П. // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 1 (26). – С. 85-88.

318. Чебыкин А. Я. Проблема эмоциональной устойчивости / А. Я. Чебыкин. – Одесса : Южноукраинский педагогический университет им. К. Д. Ушинского, 1995. – 195 с.
319. Чубаровский В.°В. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах / В.°В. Чубаровский, Г.°Л.°Карпова // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2001. – №7. – С. 54-57.
320. Шаллан И.°В. Современные зарубежные методы оценивания посттравматического стрессового расстройства / И. Шаллан // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – №5. – С. 23-25 ; №8. – С. 23-25
321. Щербатых Ю.°В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий /°Ю.°В.°Щербатых, Е.°И. Ивлева. – Воронеж : Истоки, 1998. – 282 с.
322. Щербатых Ю.°В. Психология стресса и методы коррекции /°Ю.°В.°Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
323. Щербатых Ю.°В. Экзаменационный стресс : диагностика, лечение и коррекция / Ю.°В. Щербатых. – Воронеж, 2000. – 167 с.
324. Эверли Дж.С. Стресс. Природа и лечение : пер. с англ. / Дж.С. Эверли, Р. Розенфельд. – М. : Медицина, 1985. – 224с.
325. Эйдемиллер Э.°Г. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, невротами и невротоподобными состояниями : метод. рекомендации / Сост. Э.°Г. Эйдемиллер [и др.]. – Л. : Ленинградский научно-иссл. психоневрол. институт, 1987. – 25 с.
326. Эйдемиллер Э.°Г. Психотерапия в современном культурном контексте России / Э.°Г. Эйдемиллер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, вып.4. – С. 57-60.
327. Эйдемиллер Э.°Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. Пособие для врачей и психологов / Э.°Г. Эйдемиллер, И.°В. Добряков, И.°М.°Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 332 с.

328. Эткинд А.М. Социально–психологические исследования в психоневрологии /°А.°М. Эткинд. – Л., 1980. – С. 110-114.
329. Эткинд А.°М. Цветовой тест отношений : общая психодиагностика /°А.°М. Эткинд. – М. : Изд. МГУ, 1987. – С. 221-227.
330. Яремчук А.°Я. Клиника, диагностика и лечение острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного канала / А.°Я. Яремчук, А.°С. Зотов // Проблемы медицины. – 2000. – №3. – С. 20-23.
331. Abdulwadud O. Attendance at an asthma educational intervention: characteristics of participants and non-participants / Abdulwadud O., Abramson°М., Forbes A. [et al.] // Respir. Med. – 1997. – Vol.91. – P. 524-529.
332. Abramson L. Ale-xithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults / Abramson L., McClelland D.C., Brown D., Kelner S.Jr. // J°Nerv Ment Dis 1991; 179: 8: 490-494.
333. Achte K. B. Psychic factors in cancer. Cancer and psyche / Achte K. B., Vankhonen M. L. ; Psychiatric Clinic of the University Central Hospital, Helsinki, 1970. – P. 1.
334. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and application /°F.°Alexander. – New York : Konald., 1953. – 268 p.
335. Alexander, F. Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment / F. Alexander // Psychoanalytic Quartrly, 1950.
336. Alonso Falcon F. Study of gastrointestinal polypeptides controlling gastric acid secretion in patients with primary antibody deficiency / Alonso Falcon F., Codoceo Alquinta R., Polanco Allue I. // Rev.Esp. Enferm.Dig. – 1999. – №1, Vol.91. – P.°54-60.
337. Andreassi J.L. Psychophysiology: Human Behavior and Physiological Response. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
338. Andrews, J.D.W. The active self in psychotherapy / J.D.W. Andrews. – New York : Gardner, 1990.
339. Ammon G. Psihodinamics of the Unconscious in the Case of Psychosomatic illness: Methodological Pre–considerations / G. Ammon // Бессознательное:

- природа, функции, методы исследования. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т. 2. – P.°253–268.
340. Barsky A. J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders / A. J. Barsky // *Psychosomatics*. – 1992. – Vol. 33. – P. 28–34.
341. Bach M. Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients / Bach M., Bach D. // *Psychother Psychosom* 1995; 64, 43-43.
342. Bach M. Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study / Bach M., Bach D. // *Psychother Psychosom* 1996; 65: 3: 150-152.
343. Bach M. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study / Bach M., Bach D., de Zwaan M. // *Psychosomatics* 1996; 37: 5: 451- 458.
344. Baer P. E. Conflict management in the family. The impact of paternal hypertension / P. E. Baer // *Advances in family intervention, assement and theory*, vol 4. JAI, Greenwich London, 1983.
345. Baer P. E. Studies of gaze during induced conflicts in families with a hypertensive father / Baer P. E., Reed J., Bartlett P. C, Vincent J. P., Williams°B.°J., Bourianoff G. G.// *Psychosom. Med.* 1983, 45, 3 : 233-242.
346. Beck A. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects* / A.°Beck. – New-York : Hoeber, 1967.
347. Beck D. Die Kurzpsychotherapie. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 98: 1859,1968.
348. Beck, A. *Cognitive therapy: Basics and beyond* / A. Beck. – New York : Guilford, 1995.
349. Becker, H., W. Senf: *Praxis der stationaren Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 1988 Benedetti, G.: *Psychotherapie depressiver Psychosen*. // *Psychiatric der Gegenwart*. Springer. – Berlin, 1987. – S. 369-385.
350. Bellanti JA. Current Concepts of Immune Interventions in Children with respiratory Diseases / Bellanti JA, Zeligs BJ // *Respiration*. – 1994. – v.61 – (Suppl 1). – P. 3-7.

351. Biller J.^oA. Treatment of Recurrent Clostridium difficile Colitis with Lactobacillus YY. / Biller J.^oA., Katz A.^oJ., Flores A.^oF., Buic T.^oM., Yorbach^oS.^oL. // J. of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – 1995. – v.21. – №2. – P. 224-227.
352. Bergemann R. Preventive treatment of chronic bronchitis: a meta-analysis of clinical trials with bacterial extract (OM-85 BV) and a cost-effectiveness analysis / R. Bergemann [et al.] // Monaldi Chest Dis. – 1994. – v.49. – №4. – P. 302-307.
353. Bergmann G. Development of psychosomatic medicine and psychotherapeutic medicine in Germany / G. Bergmann // Wien.Med.Wochenschr. – 2002. – Vol.152. – 19-20. – P. 507-515.
354. Bergmann L. H. Responding to critical incident / Bergmann L. H., Queen T. R. // Fire chief. – 1986. – 30, № 6. – P. 43-49.
355. Bruner J. S. Child's talk. Learning to use language / Bruner J. S.. – N.Y., 1983.
356. Brown TA Immunity at mucosal surfaces // Adv Dent Res. – 1996. – v10. – №1. – P. 62-65.
357. Burns R. C. Actions, styles and symbols in kinetick family drawings : An interpretative manual / Burns R. C., Kaufman S. H.. – N.Y., L., 1972. – 320 p.
358. Cavanaugh S. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality / Cavanaugh S., Furnaletto L. M., Creech^oS. D. // Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158, № 1. – P. 43-48.
359. Costa P. Multiple uses for longitudinal personality data / Costa P., McCrae^oF. // European Journal of Personality. – 1992. – Vol. 6. – P. 85-102.
360. Cottingham, E. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension / Cottingham, E., Matthews, K., Talbott, E., Kuller, L. // Psychosomatic Medicine. – 1986. – 48. – P. 249-259.
361. Creer T. Psychological factors and death from asthma: creation and critique of a myth / T. Creer // J. Asthma, 1986. – Vol. 23, P. 261-269.

362. Creer, T. The application of behavioral procedures to childhood asthma: Current and future perspectives / T. Creer // Patient Education & Counseling, 1991. – 17(1), P. 9-22.
363. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder / J. Coid // British Journal of Psychiatry. – 2003. – №182. – P. 3-10.
364. De Luis Arribas L.ºM. Psychosomatic medicine in primary care / De Luis Arribas L.ºM., Martinez Fernandez F.ºS. // Aten Primaria. – 2000. – Vol.25. – №9. – P. 650-652.
365. Drossman D.ºA. The Functional Gastrointestinal Disorders : Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment / D.ºA. Drossman. – Boston, 1994.
366. Drossman D.ºA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders / Drossman D.ºA., Creed F.ºH., Olden K.ºW. // Gut. – 1999. – V. 45 (Suppl. 2). – P. II25-II30.
367. Drossman D.ºA. Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders / Drossman D.ºA., Thompson G.ºW., Talley N.ºL. [et al.] // Gastroenterol. Int. – 1990. – N. 3. – P. 159-172.
368. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment / F. Dunbar // St. Louis., Mosby, 1948. – 243p.
369. Dunbar F. Effect of the mother's emotional attitude on the infant / F. Dunbar // Psychosom. Med. – 1944. – Vol.6, №2. – P. 156-159.
370. Dunbar F. Emotions and Bodily Changes / F. Dunbar. – New York, Columbia University Press, 1954. – 381 p.
371. Fava GA. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research / Fava GA, Freyberger HJ, Been P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN // Psychother Psychosom 1995 ; 63 : 1-8.
372. Fineman S. Unemployment: Personal & Social Consequence / S. Fineman. – London : Tavistok, 1987.
373. Fineman S. White collar unemployment : Impact a. Stress/- Chichester etc. 1983.

374. Finn P.^oR. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism / Finn^oP.^oR., Martin J., Pihl R.O. // *Psychother Psychosom*, 1987; 47: 1: 18-21.
375. Fink P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition / P. Fink // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40, N 4. – P. 330–338.
376. Firman, J. «I» and Self, Re-visioning Psycho-synthesis, Psycho-synthesis Palo Alto, California, 1991.
377. Ford C.V. The somatising disorders: Illness as a way of life. 3d print. New York etc., 1984.
378. Ford M., Miller P., Eastwood J., e.a. Life events, psychiatric illness and irritable bowel syndrome *Gut*, 1987, 28 : 2 : 165-166.
379. Freyberger H. Psychosomatische Therapie bei Colitis Ulcerosa / H.^oFreyberger // *Med. Klin.*, 1969, 64: 969.
380. Freyberger H. Der psychosomatische Umgang mit Patienten mit Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür / H. Freyberger // *Therapiewoche.*, 1972, 23 : 2492.
381. Freud S. Hysterical conversion / S. Freud // *Abstr. Stand. Edition Compl. Psychol. Works of S. Freud / Ed. C.L. Rothegeb.* – Maryland, 1971. – P. 20.
382. Garcia Campayo J. Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain / Garcia Campayo J. // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1998. – Vol.186, N 9. – P. 554-560.
383. Geneva G. Developing Cultural Critical Consciousness and Self-Reflection in Preserves Teacher Education / Geneva G., Kipchoqe N. // *Theory into Practice*. – Summer, 2003. – Vol. 42, Issue 3. – P. 181-188.
384. Goldscheider A. *Gesammelte Abhandlungen* / A. Goldscheider. – Leipzig : Barth, 1898. – Bd. 1–2.
385. Gorman J.^oM. Efficacy comparison of escitalo-pramand citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo–controlled trials / Gorman J.^oM., Korotzer A., Su G. // *CNS Spectrums*. – 2002. – 7 (Suppl. 1). – P. 40-44.

386. Graham C. Reading about self-help books on obsessive-compulsive and anxiety disorders /C. Graham // *Psychiatric Bulletin*. – 2003. – № 27. – P. 235-237.
387. Green J.°W. Psychosomatic problem and stress in adolescence/paediatric clinic of North America / Green J.°W., Walker L.°S. // *Academic Press Ltd*. – 1997. – Val. 44. – No. 6. – P. 378-284.
388. Greco M. The ambivalence of error.Scientific ideology in the history of the life sciences and psychosomatic medicine / M. Greco // *Sos.Sci.Med*. – 2004. – Vol.58. – 4. – P. 687-696.
389. Gureje O. The natural history of somatization in primary care / Gureje O., Simon G.E. // *Psychological Medicine*. – 1999. – Vol. 29, N 3. – P. 669-676.
390. House Allan. Anxiety in medical patients / House Allan, Stark Dan . // *BMJ*. – 2002. – Vol.325, №7. – P. 207-209.
391. Haida M. Psychological profiles of patients with bronchial asthma. First report: Analysis according to the difference in severity of asthma / Haida M., Ito K., Makino S., Miyamoto T. // *Jap. J. Allergol*. – 1995. – Vol. 44, № 1. – P. 16-25.
392. Hale Anthony S. ABC of mental health: Anxiety / Hale Anthony S. // *BMJ*. – 1997. – Vol.314, №7. – P. 1886.
393. *Handbook of Individual Psychotherapy* / Ed. W. Dryben. – London, Thousand Oaks, New Delhi : SAGE Publication, 1996. – 413 p.
394. Haug T.°T. Exposure therapy and sertraline in social phobia : I-year follow-up of a randomised controlled trial / Haug T.°T., Blomhoff S.°V., Hellstrom K., Holme I., Humble M., Madsbu H.°P., Wold J.°A. // *British Journal of Psychiatry*. – 2003. – №182. – P. 312-318.
395. Hoyer J. Self-reflection and well-being: is there a healthy amount of introspection? / Hoyer J., Klein A. // *Psychological Reports*. Feb. – 2000. – Vol. 86, Issue 1. – p. 135, 7
396. Itil T. Quantitative pharmoco-electroencephalography // T. Itil (Ed). *Psychotropic drugs and the human EEG : modern problems in Pharmacopsychiatry*. – 1974. – v.8. Kanger.Basel. – P. 43-75.

397. Itil T. Digital computer period analyzed EEG in psychiatry and psychopharmacology. In G. Doherty @ G. Kunkel (Eds) 1975.-CFAN-Computerized EEG Analysis. Gustav. Fischer Verlag. Stuttgart. – P. 289-308.
398. Itil T. The significance of pharmacodynamic measurements in the assessment of bioavailability and bioequivalence of psychotropic drugs using CEEG and dynamic brain mapping. G / Itil T, Itil K. // Clin. Psychiatry. – 1986. – 47. – P. 20-27.
399. Itil T. Dynamic brain mapping methodology and application / Itil T., Vucci I, Erlap E. // International J. Psychophysiology. – 1991. – V18. – P. 281-291.
400. Janca A. World Health Organization international study of somatoform disorders-background and rationale / Janca A., Isaac M., Costa e Silva J.ºA. // European Journal of Psychiatry. – 1995. – № 9. – P. 373–378.
401. Kanayama G. Body image drugs : A growing psychosomatic problem / Kanayama G, Pope HG Jr, Hudson JI // Psychother Psychosom 2001 ; 70 : 61-65.
402. Kaplan, J.R. Animal models of aggression and cardiovascular disease / J.R. Kaplan, M.B. Botchin, S.B. Manuck // A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), Anger, hostility and the heart. Hillsdale : Erlbaum, 1994. – P. 127-148
403. Kaplan B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry / KaplanºB.ºJ., Sadock V.ºA.. – Seventh Edition, 2000. – 463 p.
404. Klammer G. Systemic family therapy in Austria / G. Klammer // Журнал практикующего психолога. – 2000. – Вып. 6. – С. 180-194.
405. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups / J. Kleinberg // Psychoanalysis and Psychotherapy. – 1996. – V.13,
406. Kramer T. Child and adolescent mental health problems in primary care /ºKramer T., Garralda M. E. // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – №6. – P. 287-294.
407. Lee R.ºT. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout / Lee R.ºT., Ashforth B.ºE. // J. of Applied Psychology. – 2002. – Vol. 81. – P. 123-133.

408. Lehrer P.M. Asthma and emotion: A review / Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M. // *J. Asthma*. – 1993. – Vol. 30, № 1. – P. 5-21
409. Marks I. Fear reduction by psychotherapies / Marks I., Dar R. // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – №176. – P. 507-511.
410. Marshall John R. Social Phobia : From Shyness to Stage Fright / Marshall John R., M.D.. – Basic books, 2000. – 240 p.
411. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain / R. Melzack // *J. Dent. Educ.* – 2001. – V. 65. – P. 1378-1382.
412. Meneghetti A. La vita come individuazione a selezione tematica. Filosofia ontopsicologica. – Roma : Psicologica Ed., 2000. – 240 p.
413. Minuchin S. Families and family therapy / Minuchin S. [et al.]. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1974.
414. Michael Zal H. Panic disorder. The great pretender / Michael Zal H.. – New York, London : Plenum press, Cop., 1990. – 232 p.
415. Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin / A. Mitscherlich. – Frankfurt a. M., Schurkamp, 1966.
416. Murray H.°A. Manual to the Thematic Apperception Test / H.°A. Murray. – Boston : Harvard University Press, 1971.
417. Noyes R. Handbook of anxiety Vol. 2 Classification, etiological factors and associated disturbances / Noyes R., Roth M., Burrows G. D. – Amsterdam: Elsevier, 1988. – 560 p.
418. Orcel B. Oral immunization with bacterial extracts for protection against acute bronchitis in elderly institutionalized patients with chronic bronchitis /°Orcel°B. [et al.] // *Eur Respir J*. – 1994. – №7. – P. 446-452.
419. Pennebaker J.°W., Traue H.°C. Inhibition and Psychosomatic Processes /°Pennebaker J.°W., Traue H.°C. // *Emotion, Inhibition and Health* / Eds H.C. Traue, J.W. Pennebaker. – Seattle : Hogrefe & Huber Publ, 1993. – P. 146–163.
420. Pettinati P.°M. The relative efficacy of various complementary modalities in the lives of patients with chronic pain: a pilot study / P.°M. Pettinati // *The USA Body Psychotherapy Journal*. – 2002. – V. 1, № 1. – P. 6–15.

421. Proudfoot J. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial / Proudfoot J., Ryden C., Everitt B., Shapiro David A., Goldberg D, Mann A., Tylee A., Marks I., Gray Jeffrey A. // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – №185. – P. 46-54.
422. Rebecca J. Park. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention / Rebecca J. Park. // *British Journal of Psychiatry*. – 2002. – №180. – P. 90-91.
423. Ritsner M. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior / M. Ritsner // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157, N 3. – P. 385–392.
424. Ricca V. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorders / Ricca V., Mannucci E., Zucchi T., Rotella C.M, Faravelli C. // *Psychother Psychosom*, 2000 ; 69 : 287-295.
425. Rogers R.°R. Unconscious Communication Between Parents and Children / R.°R. Rogers // *Бессознательное: природа, функции, методы исследования*. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т. 2. – P. 389-395.
426. Rovalletti M.°L. Phenomenology and psychosomatics / M.°L. Rovalletti //°*Vertex*. – 2002. – Vol.13.-50. – P. 251-257.
427. Rebecca J. Park. Anxiety Disorders in Children and Adolescents : Research, Assessment and Intervention / Rebecca J. Park. // *British Journal of Psychiatry*. – 2002. – №180. – P. 90-91.
428. Stein M.B. Quality of Care for Primary Care Patients With Anxiety Disorders / Stein M.B., Sherbourne C. D., Bystritsky A., Craske M. G., Means-Christensen A., and other // *American Journal Psychiatry*. – 2004. – Vol.161, №12. – P. 2230-2237.
429. Schneider J. Relations among self-talk, self-consciousness, and self-knowledge / J. Schneider // *Psychological Reports*. Dec. – 2002. – Vol. 91, Issue 3. – P. 807–813.

430. Sharon B. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia / Sharon B., Zeitlin D., Leary S.°O. // *Am. J. Psychiatry.* – 1989. – N 146(11). – P. 1434.
431. Sifneos P.°E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients / P.°E. Sifneos // *Ibid.* – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.
432. Stracevic V. Hypochondriasis / Stracevic V., Kipsitt D.R.. – Oxford University Press, 2001. – 384 p.
433. Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distention in functional dyspepsia / J. Tack, P. Caenepeel, B. Fischler // *Gastroenterology.* – 2001. – Т. 121, №3. – P. 526-535.
434. Tack J. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia / Tack J., Bicchops, Sarnelli G. // *Gastroenterology.* – 2004. – Т. 127, №10. – P. 1239-1255.
435. Watson W.H. Relational therapy in medical settings: working with somatizing patients and their families / Watson W.H., McDaniel S.H. // *J. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 56. – P. 1065-1082.
436. Winnicott D.°W. Mirror role of mother and family in child development / D.°W. Winnicott // *Playing and reality.* – N. Y., 1971. – P. 111-118.
437. Wittkower E. Historical Survey of Psychosomatic Medicine / E.°Wittkower, H. Warnes // *Бессознательное : природа, функции, методы исследования.* – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т.2. – P. 239-253.
438. Wolff W. The personality of the preschool child / W. Wolff. – L., 1947. – 341 p.