

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені М.П.ДРАГОМАНОВА**

**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**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора психологічних наук**

**Київ - 2010**

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Національному педагогічному університеті імені М.П. Драгоманова Міністерства освіти і науки України.

**Наукові консультанти:** доктор педагогічних наук, професор,  
дійсний член НАПН України  
**СИНЬОВ Віктор Миколайович**,  
Національний педагогічний університет  
імені М.П. Драгоманова,  
Інститут корекційної педагогіки та психології, директор;

доктор медичних наук, професор  
**БЕКЕТОВА Галина Володимирівна**,  
Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,  
кафедра дитячих і підліткових захворювань, завідувач.

**Офіційні опоненти:** доктор психологічних наук, професор,  
член - кореспондент НАПН України  
**Чепелєва Наталія Василівна**,  
Інститут психології імені Г. Костюка, заступник директора;

доктор медичних наук, професор,  
член - кореспондент НАПН України  
**Берзін Валерій Іванович**,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
кафедра гігієни дітей та підлітків, завідувач;

доктор педагогічних наук, професор  
**Байкіна Ніна Григорівна**,  
Запорізький Національний університет,  
кафедра теоретичних основ фізичної культури та туризму,  
професор.

Захист відбудеться „ 22 ” грудня 2010 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.053.14 у Національному педагогічному університеті імені М.П. Драгоманова за адресою: 01601 м. Київ, вул. Пирогова, 9.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова ( 01601 м. Київ, вул. Пирогова, 9).

Автореферат розіслано „ 20 ” листопада 2010 р.

**Вчений секретар**  
спеціалізованої вченої ради

**С.В. Федоренко**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Зміцнення психо-фізичного здоров'я у процесі забезпечення гармонійного формування особистості дітей, як найважливіша соціальна проблема цивілізованого суспільства, є предметом досліджень представників багатьох наук – медицини, психології, педагогіки, соціології (А.Андрющенко, 2000; В.Берзін, 2003; Я.Бікшаєва, 2003; І.Брязгунов, 2009; О.Дубогай та ін, 2005; Г.Карпова, 2001; С.Козідубова, 1999; Н.Марута та ін., 2004; П.Сидоров та ін., 2006; О.Сиропятов, 1996; Г.Сонник, 2005; Т.Kramer, M.Garralda, 2000; A.Menegetti, 2007).

Останні роки констатується неухильне зростання частоти виникнення психосоматичної патології (ПСП) у дітей під негативною дією мінливих соціально-економічних чинників та детермінованої психологічної predisпозиції (Г.Бекетова, 2007; В.Гавенко та ін., 1993; В. Галябар, 1996; В.Кришталь, Б.Михайлов, 2001; О.Луценко, 2004; В.Підкоритов, 1998; І.Сергета та ін., 2003; С.Табачников, 2001; Т.Хамаганова та ін., 2000; G.Bergmann, 2002; R.Gottlieb, 2003). 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 (В.Синьов, 2007; М. Коченов, 2007; Н.Middleton, I.Shaw, 2007). 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 порушень на 1000 дитячого населення (Ю.Полулященко, 2009; 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 їх частини соціально значимої психосоматичної патології.

Проблема психосоматичної патології у широкому розумінні - це проблема існування людини (Ф.Александр, 2002; С.Парценяк, 2002; R.Balon, 2004). По суті, психосоматичні захворювання чи, так звані, хвороби адаптації – це велике коло розладів, що поєднують у собі соматичні та психологічні порушення (M.Gresco, 2004; G.Fava, N. Sonino, 2000; H.Fliege Et al., 2002). 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 прогредієнтний перебіг та супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, що поглиблюються з часом та порушують якість життя людини (В.Hontschik, 1999; U.Koch, H.Schulz, 2003; E. Jandl-Jager, 2002). 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. Переконливо доведена роль спадкової схильності (В.Синьов, 2007; Н.Gundel, М.Siess, U.Ehlert, 2000; J. Frommer, 2004), гострого та хронічного стресу (J.Kuchenholff, 2001), соціальних факторів (D.Oken, 2000), педагогічної занедбаності (Л.Булахова, 2005), метаболічних розладів та інфекцій TORCH-комплексу (герпес, цитомегалія, токсоплазмоз) (N. Leonhardt, 1999) у виникненні ППФР і ПСП та в хронізації, рецидивуванні і прогресуванні останніх у дітей (Я.Бікшаєва, 2003; Ю.Щербатих та ін, 2002; Е.Михайлова та ін., 2003; R.Dantzer, 2003; L.Weaver, 1995). 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 літературі, перш за все, розглядається лише медичний аспект ведення дітей з ПСП (І.Брязгунов, 2009; В.Волков, І.Колесникова, 2001; Н.Гарганєєва, Ф.Тетенєв, 2001; Б.Михайлов, 1999; О.Cameron, 2001), 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.

Все зазначене свідчить про актуальність проблеми. З урахуванням цього вважаємо за доцільне проведення клініко-експериментального вивчення патогенетичної ролі медичних і психологічних 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.

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.

Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради НПУ імені М.П.Драгоманова (протокол №8 від 28 лютого 2008 року) та узгоджена у

Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол №4 від 22.04.2008 року).

**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.

**Відповідно до мети визначено наступні 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'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 та ефективність їх диференційованої медико-психолого-педагогічної реабілітації.

**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.

**Теоретико-методологічне підґрунтя дослідження:** фундаментальні наукові положення філософії, загальної та медичної психології про закономірності розвитку і формування особистості (В.Андрущенко, В.Кремень, Б.Ананьєв, І.Бех, Л.Виготський, Л.Божович, Д.Ельконін, С.Максименко, Н.Чепелева та ін.);

теоретичні положення дефектології про сутність та структуру порушень розвитку особистості, механізми і принципи її психолого-педагогічної корекції, положення про соціалізаційну спрямованість корекційного навчання (В.Бондар,

Л.Виготський, О.Грабаров, О.Дьячков, Г.Дульнєв, І.Єременко, Л.Занков, М.Земцова, О.Літвак, В.Лубовський, О.Лурія, М.Малофєєв, О.Мещеряков, С.Миронова, І.Моргуліс, Н.Назарова, В.Синьов, Є.Соботович, І.Соколянський, М.Супрун, Л.Фомічова, М.Шеремет, О.Хохліна, М.Ярмаченко); науково-психологічні уявлення про сутність і закономірність розвитку дітей молодшого шкільного віку, філософські та медико-біологічні положення про взаємозалежність фізичного і психічного здоров'я, природничо-філософська теорія про взаємозв'язок фізичного здоров'я з психічним та духовним станом людини, концепція взаємодії біологічних і соціальних чинників психологічного розвитку (П.Анохін, М.Бернштейн, О.Дубогай та ін.), фундаментальні роботи в галузі медичної психології щодо ролі і механізмів психологічної допомоги хворій дитині (С.Максименко, О.Морозов, Р.Процюк, А.Кочарян та ін.), державні національні концепції і програми розвитку системи освіти та реабілітації осіб з інвалідністю.

**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 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±0,7 років та 14,2±0,5 відповідно);

-виявлений більш тривалий і тяжкий перебіг психосоматичної патології (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та бронхіальна астма) у переважній 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 проєктивним 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 обґрунтована, 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 одержаних результатів** полягає у розробці та впровадженні в практику лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, психологічних та педагогічних служб розробленої математичної моделі

прогнозування виникнення та прогресування психосоматичної патології у дітей з ППФР (довідка №57/1, від 14.10.09); алгоритму діагностичних підходів до виявлення психо-соматичної патології та скринінговий спосіб діагностики стійких психо-емоційних стереотипів реагування у дітей та підлітків (патент України на корисну модель № 44347 від 25.09.09); в практику закладів охорони здоров'я та педагогічних установ впроваджена система комплексної диференційованої реабілітації дітей з психосоматичною патологією та ППФР (довідка №14/2, від 25.1.10); в педіатричну практику впроваджений спосіб корекції стійких психоемоційних стереотипів реагування у дітей та підлітків з психосоматичною патологією (патент України на корисну модель № 44346 від 25.09.09).

**Впровадження результатів дослідження здійснювалось** на циклах спеціалізації з педіатрії та дитячої гастроентерології, передатестаційних курсах з педіатрії, циклах тематичного удосконалення з педіатрії та підліткової медицини на кафедрі дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України; в навчальному процесі інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова (спеціальний цикл з основ психосоматики); в роботі лабораторії нейрофізіології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; в програмі державної системи опіки над дітьми за сприяння Міжнародного дитячого фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ); в роботі благодійної організації «Надія і житло для дітей» в Україні; в роботі дитячих будинків для дітей з ураженням центральної системи та опорно-рухового апарату м.Хмельницького, м.Макарова, м.Харкова, м.Херсона; в роботі Хортицького Національного учбово-реабілітаційного багатопрофільного центру; в спеціальній школі-інтернаті №15 м.Києва; в школі № 6 для глухих дітей м.Києва; в Харківській обласній школі-гімназії для сліпих дітей ім. Короленка; в педіатричних та гастроентерологічних відділень ДКЛ №9 та поліклініки №2 Подільського району м.Києва; в роботі гастроентерологічного та пульмонологічного відділення багатопрофільної обласної дитячої клінічної лікарні м.Боярка; в роботі відділення гастроентерології та запальних захворювань кишечника, а також відділення імунореабілітації Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».

**Особистий внесок здобувача** у роботах написаних у співавторстві, полягає в визначенні особливостей розповсюдженості ПСП та клініко-анамнестичних факторів ризику формування ПСП [5,13], удосконаленні діагностики ПСП у дітей [7,10]; впровадженні в педіатричну практику диференційованої реабілітації дітей з психосоматичною патологією [6,26]; створенні способу діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків [23]; розробці способу корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією [24].

#### **Апробація результатів дослідження.**

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.

**Кандидатська дисертація на тему:** «Порівняльна оцінка сучасних методів дослідження та лікування дискінезій жовчовивідних шляхів у дітей» захищена у 1998 році. Матеріали кандидатської дисертації у тексті докторської роботи не використано.

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

### **Основний зміст дисертації**

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми дослідження, розкрито зв'язок роботи з науковими та практичними програмами та темами, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, гіпотезу та теоретико-методологічне підґрунтя дослідження, вказано методи дослідження, розкрито наукову новизну одержаних результатів, наведено відомості щодо їх практичного значення та впровадження. Наведено відомості про особистий внесок автора, апробацію результатів дослідження, публікації та структуру дисертації.

У **першому розділі** «**Психосоматична патологія у дітей та підлітків з психофізичними вадами, як медико-психолого-педагогічна проблема**» 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.

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 з того часу пристосування до середовища стало залежати від психологічних можливостей людини в багато разів більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток, сухожилів, 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 (А.Бодров, 2006; R.Balon, 2004; A.Menegetti, 2007), з формуванням, так званої, психосоматичної патології (Dantzer R., 2003; Grego M., 2003).

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 даною 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 (М.Хайтович та співавт., 2009).

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, Аристотеля. 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 (А.Смулевич, А.Сиркін, С.Рапопорт, 2003; J.Kuchenhoff, 2001).

Дія природного відбору значно змінюється через соціальність людини. В психосоматиці більше спільних моментів, ніж суттєвих відмінностей під час вивчення окремих захворювань. Психосоматична патологія як загальнопатологічний 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 захисних пристосувальних механізмів (Н.Хітров, А.Салтиков, 2003; Levenstein S., 2002; Mans E.J., 1999; Nemaiah J.C., 2000).

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. Потім виникли дві протилежні точки 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 еквівалентом або складовою частиною психопатологічних симптомів) (Н.Билкіна, 1997; В.Бройтігам та співав. 1999; А.Смулевич, 1999; Rovaletti M.L., 2002).

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 (А.Смулевич, 2000; І.Малкіна-Пих, 2005; Schussler G., 2000). Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути лише «носієм хворого органа» і розглядається цілісно. У цьому випадку психосоматичний напрям можна розглядати і як можливість «відходу» від деперсоналізованої медицини.

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 (І.Малкіна-Пих, 2005; Maunder R.G., Hunter J.J., 2001).

Другий підхід (загальний) більшу увагу приділяє вивченню психологічних факторів, що мають вплив на всі, без винятку, психосоматичні захворювання. Виділяються особистісні, поведінкові та спадково-конституційні особливості, наявність місця найменшого опору, пролонгування емоційного стресу (Spiro H., 2000; Wolf M., 2000).

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 (І.Малкіна-Пих, 2005; Pieringer W. Et al., 2002).

Отже, психосоматичні захворювання – це хвороби, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори.

Розглянувши етіологію і патогенез психосоматичних захворювань, можна зробити висновок, що вони й досі з'ясовані не остаточно. Стресогенними чинниками, або стресорами, можуть бути фізичні, біологічні, соціальні та психологічні впливи.

В звичайних умовах реакція організму на стресор має адаптаційно-компенсаторний характер, що є універсальним фізіологічним механізмом взаємодії системи «організм–оточення». При цьому вплив ситуацій, тобто стресорів, має

певне позитивне значення, оскільки 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. Але перевищення адаптаційних можливостей центральної нервової системи призводить до психосоматичних розладів, а в подальшому – психосоматичних захворювань, які частіше розвиваються у акцентуйованих, інфантильних та психопатичних особистостей (Ф.Березін, 1998; П.Сидоров, С.Совершаєва, 2001; Takeichi M. et al., 2001; Frommer J., 2004).

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. 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.

Для визначення порушень розвитку у дітей у вітчизняній літературі використовують різні терміни: аномалії розвитку, діти з особливими потребами, діти зі спеціальними освітніми потребами, діти з особливостями психофізичного розвитку та ін. (В.Синьов, 2007, А.Шевцов, 2010). Усі перераховані поняття відображають різні сторони проявів порушеного розвитку, але найбільш загальні ознаки таких порушень характеризуються терміном „дизонтогенез”, який запропонував Є. Швальбе у 1927 році для визначення відхилень внутрішньоутробного формування організму. На теперішній час під цим поняттям розуміють різні форми порушень онтогенезу, які охоплюють всі періоди дитинства (до 3 років), коли морфологічні системи організму ще не досягли зрілості.

Порушення нервової системи можуть бути зумовлені біологічними та соціальними чинниками, які можуть діяти як окремо, так і поєднуватися, ускладнюючи розвиток дитини. Найгрубіший недорозвиток психічних функцій виникає внаслідок впливу негативних чинників у період інтенсивної клітинної диференціації структур головного мозку, тобто на ранніх етапах ембріогенезу.

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 (В.Синьов, 2007).

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.

Діти з відхиленням у розвитку створюють складну та різнопланову 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 (Fenner E., 2001).

Відомо, що розвиток дитини з порушеннями психофізичного розвитку має низку власних закономірностей (Л.Виготський; В.Синьов). 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. Чим далі «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. Однак даних, що стосуються розповсюдженості, структури та особливостей перебігу психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку в доступній літературі нами не знайдено.

У першому розділі, окрім матеріалів аналітичного дослідження основних причин виникнення на прогресування психосоматичної патології, подані результати проведеного теоретичного вивчення існуючих методів профілактики та корекції психосоматичної патології у дітей.

В даний час виділяють три групи заходів щодо профілактики психосоматичних розладів: первинні, вторинні і третинні (Я.Воробейчик, 1989; О.Деревицька, 1999).

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, що дозволяє істотно знизити терміни лікування, прискорити процеси реадaptaції й зменшити імовірність рецидивів хвороби (В.Гарбузов, 1999).

Цілі вторинної профілактики досягаються методами запобігання рецидивів захворювання. Серед них провідну роль відіграють комплексні медичні і соціально-гігієнічні заходи, що повинні починатись вже на етапі стаціонарного лікування. Останнє повинно бути не тільки симптоматичним, але й патогенетичним, тобто

спрямованим на усі ланки процесу захворювання, як соматобіологічні, так і індивідуально-психологічні з використанням психотерапевтичних, фармакологічних (зокрема, препаратів метаболічної дії) і немедикаментозних (рефлексотерапія, лікувальна фізкультура) методів (В.Гарбузов, 1999; Б.Михайлов, 2002; Т.Проскуріна, Е.Михайлова та ін., 2002).

Третинна профілактика спрямована на запобігання переходу психосоматичних розладів в психосоматичну патологію. Провідну роль у цій роботі відіграють психотерапевтичні заходи.

Однак у вітчизняній медицині допомога дітям з психосоматичною патологією обмежується лише медикаментозною терапією загострення захворювання, що зумовлює її недостатню ефективність (Ю.Антропов, 2000; А.Смулевич 1988; 2000; Rovaletti M.L., 2002). А.Захаров, В.Чубаровський, Г.Карпова (2001), А.Пушкарьов та ін. (2000), підкреслюють, що медикаментозні засоби часто створюють видимість поліпшення, штучно пригнічуючи або стимулюючи активність хворого, але кардинально не впливають на сутність психосоматичного захворювання, не усувають психологічну мотивацію внутрішнього конфлікту. При цьому, в Протоколи МОЗ України з лікування тієї чи іншої психосоматичної патології не включені методи психотерапії.

Психотерапію можна визначити як процес спрямованого психологічного (психічного) впливу лікаря на хворого з метою відновлення порушених психічних функцій, їхнього зміцнення і розвитку (А.Кочарян, 2002; Б.Михайлов та ін., 2002). В цьому розумінні вона послідовно виступає як єдиний процес медично-психологічних і педагогічних заходів, не допускаючи заміни лікувального аспекту педагогічним.

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 (Е.Ейдеміллер, 2008).

За даними М.Буянова (2003) виділяють більше 250 прийомів психотерапії, із яких в роботі з дітьми найчастіше використовується приблизно третина. 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 (С.Циркіна, 2000). Так, підлітковому віку відповідає емоційно - ідеаторний рівень, що вимагає переходу від симптому до особистісно - орієнтованих методів психотерапії (С.Кулаков, 2003; Б.Михайлов і співавт., 2004). Інший принцип пов'язаний з урахуванням глибини і тривалості психопатологічних розладів. При психосоматичних реакціях може бути цілком достатнім короткий курс лікування, що складається з елементів сугестивної та раціональної психотерапії. У хворих із хронічним перебігом психосоматичних розладів і несприятливими особистісними змінами психотерапія, як правило, містить у собі всі основні розділи і триває кілька місяців (А.Захаров, 2000).

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 (Б.Михайлов та ін., 2002).

Розглянувши основні види психотерапії, які застосовуються у лікуванні дітей з психосоматичною патологією, можна зробити висновок, що в основному, надається перевага чисто симптоматичному підходу (представлена тілесно-орієнтованими, сугестивними та біхевіоральними методиками), або загально-корекційному впливові, мало співвіднесеного з психогенезом розглянутих станів (ігрові методики тощо). Клінічна психотерапія припускає вияв (в тому числі з допомогою проєктивних тестів) прихованого психотравмуючого конфлікту, який лежить в основі формування психосоматичної патології.

Тому ми вважаємо за потрібне акцентувати увагу на такому різновиді психотерапії як арт-терапія (Е.Ейдемільер, 2008). Особливу цінність арт-терапевтична робота має для дітей, у яких є певні труднощі у вербалізації (проговорюванні) своїх переживань, наприклад, через мовленеві порушення, аутизм або малоконтактність, а також складнощі цих переживань і їх "невимовності", наприклад, у дітей з посттравматичними стресовими розладами (Р.Гудман, 2000; Д.Валкер, 2001). Відомо, що художня, зокрема, образотворча діяльність дозволяє людині набути стану психічного комфорту. При цьому "художник" перетворюється на "глядача", який ніби відходить від проблеми та спостерігає її на відстані (І.Малкіна-Пих, 2005). 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.

Аналіз сучасних досліджень з терапії мистецтвом пояснює корисність цього методу для лікування різноманітних психологічних та невротичних порушень, оскільки він дає можливість для відтворення почуттів у соціально прийнятній манері. Малювання є безпечним методом розрядження напруги, прискорює прогрес у терапії, бо невербальні форми комунікації можуть з більшою вірогідністю обійти свідому цензуру, дають можливість працювати з думками та почуттями, які здаються нездоланими. Малювання дає підстави для інтерпретацій у діагностичній роботі. Іноді невербальний метод залишається єдиним інструментом, за допомогою якого пояснюються інтенсивні почуття та переконання.

На сьогодні доказана найбільша результативність арт-терапії в корекції психологічних розладів (Nubling R., Schmidt J., Wittmann W.W., 1999), однак, в лікуванні психосоматичної патології вона ще не знайшла свого застосування.

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.

У другому розділі дисертації «Матеріали та методи дослідження» 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, фіброезофагогастроуденоскопія, 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. Макеєва (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 (К).

Частота знаходження кожного з синдромів (а) 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 ІПП. Коефіцієнт ефективності удосконаленої терапії в порівнянні з базисною (К) 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 К - інтегральний показник порівняльної ефективності лікування :  $K = 1/3(K_1 + K_2 + K_3)$ .

Коефіцієнт К 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.

Організація та експериментальна база дослідження :

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 багатопрофільного 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 третьому розділі «Розповсюдженість та фактори ризику формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку» 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.

Таблиця 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

Таблиця 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

Результатом даного обстеження є висновок про наявність психосоматичної патології та її нозологічну приналежність. Як видно з таблиць 1 та 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 (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 ( $p<0,001$ ).

**Таблиця 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
I 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 достовірною ( $p<0,05$ ) \*-між хворими 7-10 і 14-17 років;

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

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 десинхронізації - одного з

перших неспецифічних проявів багатьох патологічних станів (Бекетова Г.В., 2003; 2007).

Таблиця 4

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

<b>Фактори ризику та антиризиків</b>	<b>ДК</b>	<b>J</b>
<b>Фактори ризику</b>		
Конфлікти у родині (між батьками)	10,48	2,45
Погана чи відсутня пошукова активність	9,48	2,45
Незадовільне харчування	8,34	1,42
Конфлікти у родині (діти – батьки)	8,23	1,33
Алекситимія	7,24	1,12
Незадовільний соціальний статус батьків	3,77	0,68
Травми голови та хребта у анамнезі	3,67	0,57
Метеочутливість	3,46	0,51
Смерть батьків	2,28	0,41
Неповна родина	2,25	0,39
Патологія у пологах	2,24	1,23
Не бере участь у творчих гуртках	2,23	0,36
Не займається спортом	2,03	0,34
Наявність в родині хронічних соматичних захворювань	1,86	0,32
Наявність в родині вроджених вад	1,82	0,31
Захворювання у матері під час вагітності	1,76	0,28
Погана успішність у школі	1,66	0,28
Конфлікти у школі	1,56	0,22
Перинатальне ураження ЦНС	1,54	0,17
Часті ГРВІ в анамнезі	1,12	0,02
Аварії та катастрофи у анамнезі	1,12	0,02
Один у родині	1,11	0,01
<b>Фактори антиризиків</b>		
Гармонійні відносини у родині	-5,95	0,95
Пошукова активність (креативність)	-4,68	0,64
Раціональне харчування	-3,66	0,54
Повна родина	-3,54	0,45
Задовільний соціальний статус батьків	-1,08	0,24
Заняття у творчих гуртках	-0,98	0,19
Необтяжена спадковість	-0,89	0,18

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 (Таб.4) 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 С. 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 антиризiku 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 антиризiku, 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 четвертому розділі «Клініко-параклінічні особливості перебігу психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку»** 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 ( $p > 0,05$ ).

### Розподіл хворих по тривалості ПСП (n=194)

Група дітей	Нозологічна форма	Тривалість захворювання, роки			Всього
		1-2 роки	До 5 років	Більше 5 р	
		Аб. Ч. (%)	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.

Таблиця 6

### Розподіл хворих по тяжкості ПСП (n=194)

Група Дітей	Нозологічна форма	Тяжкість захворювання			Всього
		Легка	Середня	Тяжка	
		Аб. ч. (%)	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 І та ІІ групами

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 (ІІ 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 (І 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 ( $p < 0,05$ ) (табл. 5).

Тобто, вказане пов'язано з більш тривалим, а також значно тяжчим перебігом захворювання у дітей з ППФР (табл. 6).

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 переважній більшості (53,8%) дітей з психо-фізичними вадами розвитку проти 16,7% у дітей без ПФВР ( $p < 0,001$ ) (табл.6).

*Психологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.*

Таблиця 7

**Прогностична таблиця маркерів ризику–антиризиків формування психосоматичної патології ( психологічне дослідження)**

Опитувальник	Ознака	Діапазон ознаки	ДК	J
<b>Маркери ризику</b>				
Тест Спілбергера- Ханіна	Висока особистісна тривога	> 50 балів	<b>4,53</b>	<b>0,21</b>
		46-50 балів	<b>7,84</b>	<b>0,13</b>
	Висока реактивна тривога	> 45 балів	<b>2,33</b>	<b>0,07</b>
		36-45 балів	<b>7,30</b>	<b>0,21</b>
Методика Р. Кеттела	Низькі показники самооцінки	≤ 3,0 балів	<b>0,57</b>	<b>0,01</b>
		3,1-5,0 балів	<b>7,34</b>	<b>0,45</b>
	Низька емоційна сталість	≤ 3,0 балів	<b>0,68</b>	<b>0,14</b>
		3,1-5,0 балів	<b>6,70</b>	<b>1,38</b>
	Висока тривожність	6,0-7,0 балів	<b>1,95</b>	<b>0,12</b>
		8,0-9,0 балів	<b>7,35</b>	<b>0,31</b>
Проективний тест «Добро» і «Зло» із вибором кольору	Низька працездатність	30-45 балів	<b>7,40</b>	<b>0,23</b>
	Низька працездатність	46-50 балів	<b>2,84</b>	<b>0,18</b>
	Відхилення від автогенної N	30-45 балів	<b>4,71</b>	<b>0,27</b>
	Відхилення від автогенної N	46-50 балів	<b>6,30</b>	<b>0,11</b>
<b>Маркери анти ризику</b>				
Тест Спілбергера- Ханіна	Низька особистісна тривога	< 36 балів	<b>-1,68</b>	<b>0,27</b>
		36-40 балів	<b>-4,38</b>	<b>0,42</b>
	Низька реактивна тривога	< 26 балів	<b>-0,73</b>	<b>0,07</b>
		26-30 балів	<b>-3,71</b>	<b>0,47</b>
Методика Р. Кеттела	Висока самооцінка	> 7,0 балів	<b>-0,57</b>	<b>0,01</b>
		6,0-7,0 балів	<b>-7,91</b>	<b>0,46</b>
	Висока емоційна сталість	> 7,0 балів	<b>-0,68</b>	<b>0,05</b>
		6,0-7,0 балів	<b>-1,02</b>	<b>0,02</b>
Проективний тест	Високий рівень працездатності	≥ 50-60балів	<b>-1,07</b>	<b>0,16</b>

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 (Н.Максимова, Е.Мілюкіна, 2000).

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 проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору), пріоритетність якого захищена деклараційним патентом України.

Як видно з табл. 7, 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 проєктивним 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.

*Нейрофізіологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку* 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 (рис.1 та 2) 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 мкВ<sup>2</sup>), в деяких випадках зі спотвореними зональними розбіжностями, і значною (>20%) міжпівкульовою асиметрією амплітуди спектральної потужності. Форма  $\alpha$ -хвиль була гострою.  $\beta$ -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.



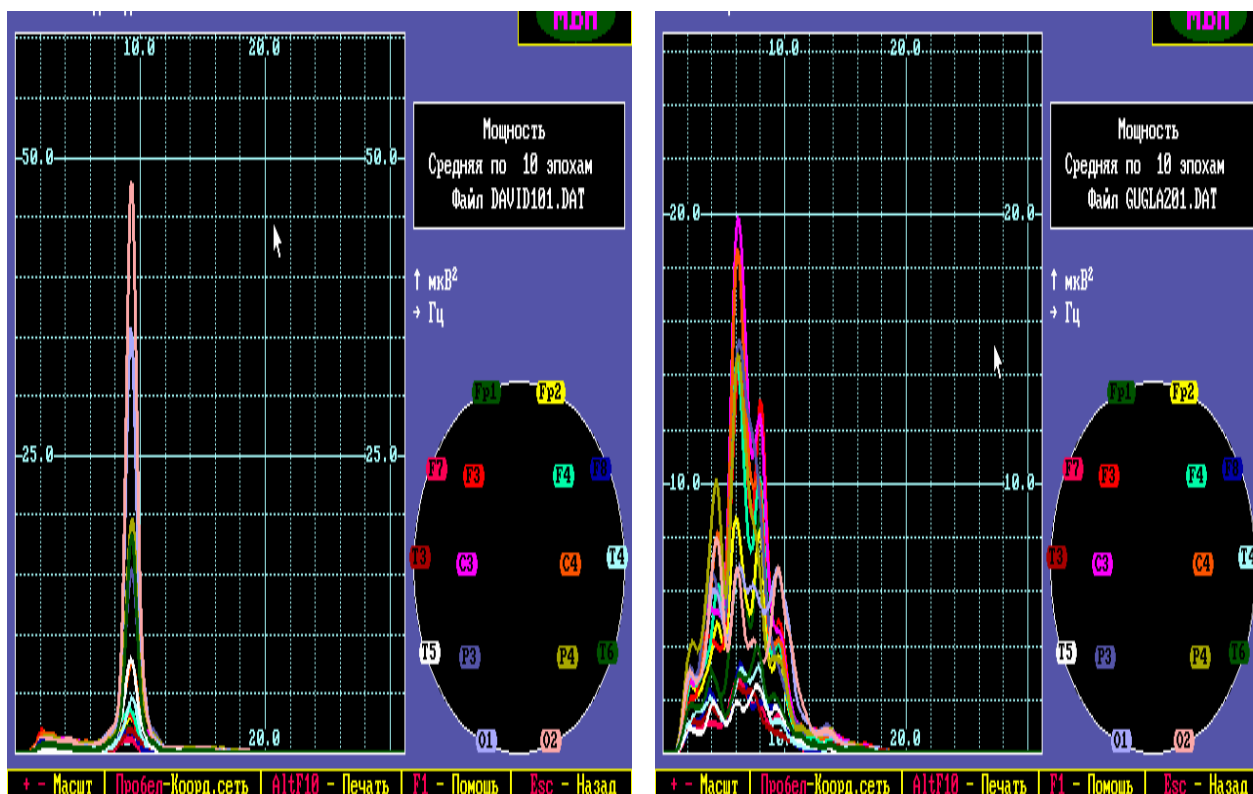


Рис. 1. Спектрограмма основных ритмов EEG. Ліворуч - організований тип EEG. Домінуючий моноmodalний спектр потужності альфа-ритму (здорові діти). Праворуч - дезорганізований тип EEG(при ПСП).

$\Delta$ -активність частотою 2-4 кол/с була переважно середньої та високої амплітуди (50-80 мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральної та потиличних ланах кірки мозку.  $\theta$ -активність частотою 5-7 кол/с була середньої та високої амплітуди (до 100мкВ) з максимальною спектральною щільністю в задньолобно-центральної 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 EEG, в формі білатерально-синхронних пароксизмальних хвиль частотою 4-7 кол/с, з максимальною спектральною щільністю у задньо-лобно-центральної ланах кірки мозку. В деяких випадках - з ознаками генералізації і явищами залучення діенцефально-стовбурових структур мозку.

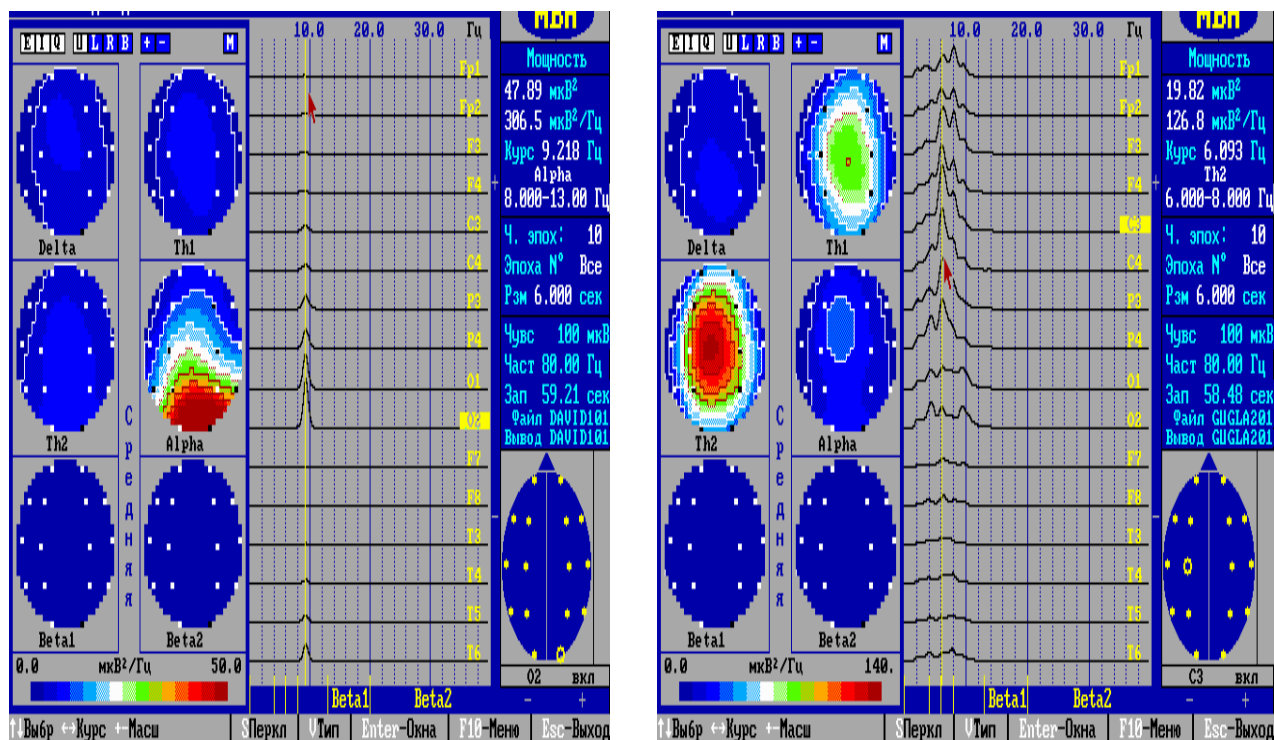


Рис.2. Мапи спектральної потужності основних ритмів ЕЕГ.  
Ліворуч – організований тип ЕЕГ. Праворуч-дезорганізований тип ЕЕГ.

Дослідивши особливості функціонального стану першої групи дітей з організованим 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 анормальними 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, зптовореними 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 моноmodalний 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.

Таблиця 8

## Індикація перемінних "X"

<b>X</b>	<b>Назва фактора ризику, його значення</b>	<b>Бали</b>
<b>X1</b>	Наявність в родині : хронічної соматичної патології	<b>1</b>
	виразкової хвороби шлунку і ДПК, бронхіальної астми	<b>2</b>
	необтяжена спадковість	<b>0</b>
<b>X2</b>	Неповна родина	<b>1</b>
	Смерть батьків	<b>2</b>
	Повна родина	<b>0</b>
<b>X3</b>	Конфлікти у родині (між батьками)	<b>2</b>
	Конфлікти у родині (діти – батьки)	<b>1</b>
	Гармонійні відносини у родині	<b>0</b>
<b>X4</b>	Погана чи відсутня пошукова активність	<b>2</b>
	Пошукова активність ( креативність )	<b>0</b>
<b>X5</b>	Висока особистісна та реактивна тривожність	<b>2</b>
	Низька особистісна та реактивна тривожність	<b>0</b>
<b>X6</b>	Низькі показники самооцінки	<b>2</b>
	Висока самооцінка	<b>0</b>
<b>X7</b>	Низька працездатність	<b>2</b>
	Висока працездатність	<b>0</b>
<b>X8</b>	Дезорганізований спектр потужності альфа-ритму зі спотвореним зональним розподілом	<b>2</b>
	бімодальний спектр потужності альфа-ритму із частково втраченим топічним розподілом	<b>1</b>
	домінуючий мономодальний спектр потужності альфа-ритму з нормальним топічним розподілом	<b>0</b>

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:

$$f1 = -29,49 + 5,27X1 + 5,92X2 + 9,7X3 + 5,82X4 + 6,83X5 + 4,4X6 + 5,82X7 + 6,4X8 \quad (1);$$

$$f2 = -0,72 + 1,64X1 + 1,02X2 + 2,07X3 - 0,59X4 - 0,27X5 + 0,3X6 + 0,4X7 + 0,1X8 \quad (2);$$

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 8.

Використання розробленої математичної моделі дає можливість розподілу дітей на групи ризику і дозволяє на ранніх етапах прогнозувати 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 п'ятому розділі роботи «Медико-психолого-педагогічна реабілітація дітей та підлітків з психофізичними вадами та психосоматичною патологією»** 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 ППФР 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 обгрунтовує 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.

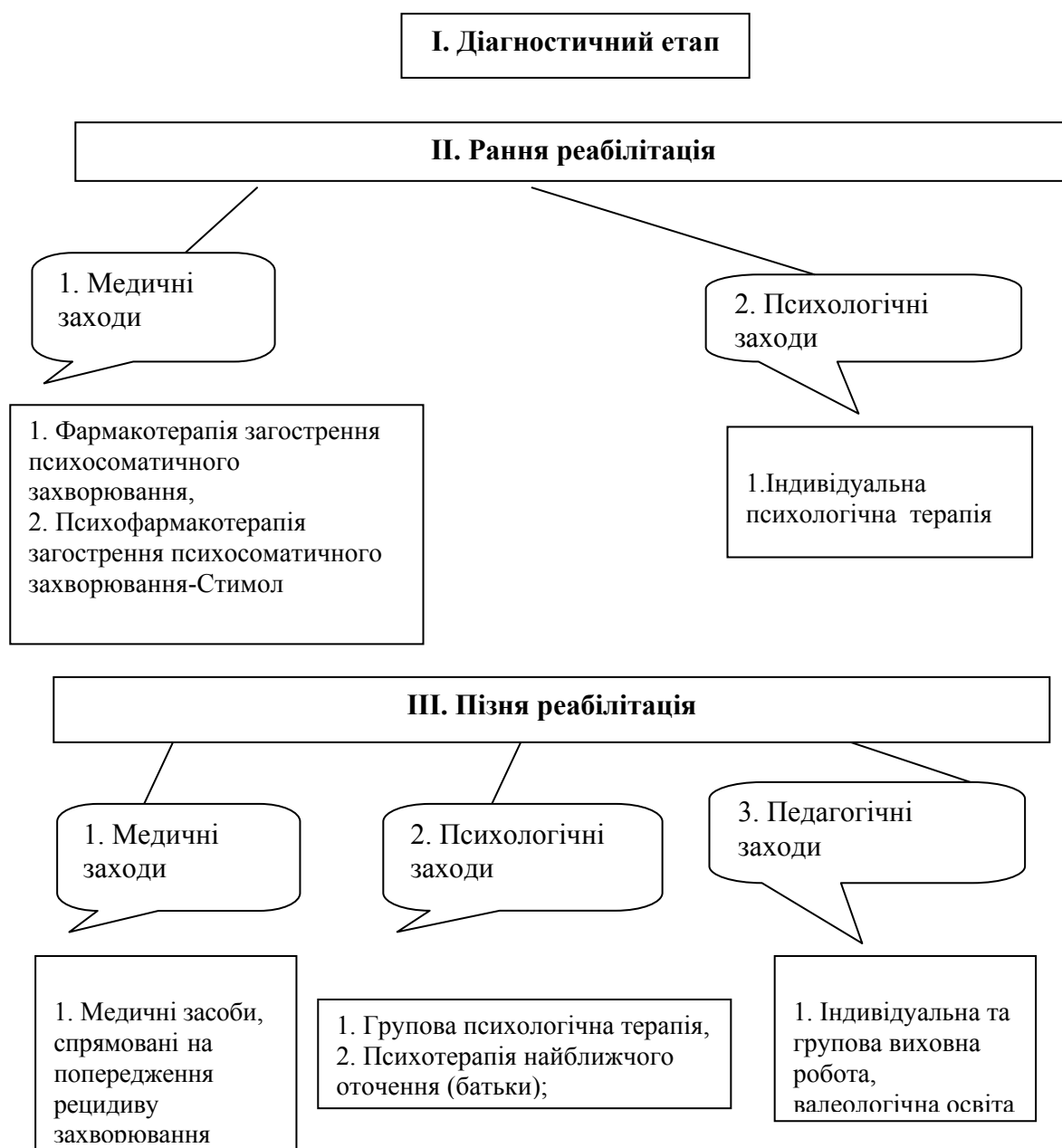


Рисунок 3. Етапи реабілітації дітей з психосоматичною патологією

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.

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 (А.Смулевич та ін., 1999; Kosanovic-Sekovis D. et al., 1975; Ermann M., 1978;), 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.

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.

На етапі пізньої реабілітації виконувався проєктивний тест „Моє майбутнє” з подальшим його обговоренням та проводилось автогенне тренування (АТ). 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.

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.

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 загальноприйняту 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 ( $p < 0,05$ ).

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 (рис.4).

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 (рис.5), що свідчить про недостатню ефективність проведеної терапії.

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.

Таблиця 9

**Нейрофізіологічні показники у досліджуваної групи до та після лікування (тест заплющення-розплющення очей)**

<b>Вірогідність</b>	<b>Показник</b>	<b>До лікування</b>	<b>Після лікування</b>
<b>P&lt;0,05</b>	ОР	0,82±0,03	1,23±0,06
<b>P&lt;0,05</b>	А (Ом.)	0,08±0,01	0,12±0,02

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 9.

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 (таб.10) 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±0,609 та 6,450±0,417 (p>0,05) відповідно. ІПП2 (на етапі ранньої реабілітації) був 3,640±0,324 та 5,540±0,609 (p<0,05), а в кінці пізньої реабілітації ІПП3 склав 1,400±0,255 та 2,640±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.

Таблиця 10

**Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування дітей (в балах)  
(M±m)**

Групи дітей (n=194)	Діагностич- ний етап	Рання реабілітація			Пізня реабілітація			Кі
		ППП2	S1	K1	ППП3	S2	K2	
Основна (n=93)	7,63±0,609	3,41±0,324*#	4,22	2,79	0,91±0,255*#	2,50	0,71	1,75
Контрольна (n=101)	7,55±0,417	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 ( $p < 0,05$ ).

Рис.4. Підвищена реактивна тривожність при БА і ВХ (тест Спілбергера-Ханіна - після II і III етапу реабілітації у дітей основної та контрольних груп)

Рис.5. Підвищена особистісна тривожність при БА і ВХ (тест Спілбергера-Ханіна - після II і III етапу реабілітації у дітей основної та контрольних груп)

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=2,79, K2=0,71, відповідно. А інтегральний коефіцієнт ефективності лікування в обох групах дорівнював - Kі=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 (рис.6) 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 однакової кількості пацієнтів як в контрольній, так і в основній групах (25,4% і 25,7% та 26,3 і 25,8% відповідно) (рис.7).

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) (рис.7).

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.

Рис. 6. Катамнез рецидивування БА та ВХ ДПК у обстежених пацієнтів

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.

Рис.7. Реактивна та особистісна тривожність в катамнезі у обстежених пацієнтів

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 катанестичного 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-методичні 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 ППФР 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 ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Монографія*

1. Мозгова Г. П. Психосоматичні захворювання у дітей та підлітків. Діагностика та реабілітація // Київ, 2009. - 261 с. - ISBN 978 – 966 – 660 – 579 - 8

### *Навчально-методичні посібники*

2. Мозгова Г. П. Збірник питань та тестових завдань для курсантів передатестаційних циклів та лікарів - інтернів за фахом “Педіатрія”/ О.І .Ласиця , С.С. Казак та ін. // Київ, 2002. - 224 с.

3. Мозгова Г. П. Избранные вопросы детской гастроэнтерологии / С.С. Казак, Бекетова Г. В и др. // Киев, 2003. – 152 с. - ISBN 966 – 96066 - 6-7

4. Мозгова Г. П. Проведення комплексної оцінки потреб дитини в інтернатному закладі / Г. П. Мозгова, О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Г. В. Кукуруза, О. Г. Карагодіна // Київ, 2006. - 131с.

### *Статті у наукових фахових виданнях*

5. Мозгова Г. П. Особливості розповсюженості психоневрологічних порушень у дітей з гастропатологією / Г. П. Мозгова, Г. В. Бекетова, А. Ю. Лагутін // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П.Л. - 2004. - вип.13. – кн. 2.- С. 515 - 521.

6. Мозгова Г. П. Удосконалення лікування дітей з поєднаною гастродуоденальною та психоневрологічною патологією / Г. П. Мозгова, Г. В. Бекетова // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2004. - вип. 13. – кн. 1.- С. 362 - 368.

7. Мозгова Г. П. Стан судинної системи у дітей з поєднаною психоневрологічною та гастродуоденальною патологією / Г. П. Мозгова, Г. В. Бекетова, А. Ю. Лагутін А. Ю. // Архів психіатрії. - 2005. - вип. 11, - №2 (41). - С. 90 - 93.

8. Мозгова Г. П. Стан вегетативної нервової системи у дітей з гастродуоденальною патологією // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2005. - вип. 14. – кн. 1.- С. 713 - 718.

9. Мозгова Г. П. Клініко - психологічні співвідношення у дітей з запальними захворюваннями верхніх відділів травного тракту // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2005. - вип. 14. – кн. 2. - С. 788 - 793.

10. Мозгова Г. П. Анализ особенностей применения методов комплексной нейрофизиологической и УЗИ – диагностики, в оценке эффективности фармакологической терапии больных ранним детским аутизмом / Г. П. Мозгова, В. П. Кардашов, А. Ю. Лагутін // Архів психіатрії. - 2005. вип. 11, - №2 (41). - С.87 - 93.

11. Мозгова Г. П. Значення емоцій у формуванні психосоматичних розладів у дітей // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. – 2006. - вип. 14. – кн. 1. - С. 696 - 702.

12. Мозгова Г. П. Стрес, як перший крок у формуванні психосоматичної патології // зб. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. -2006. - вип. 14. – кн. 2. - С. 783 - 787.

13. Мозгова Г. П. Негативний психологічний клімат оточення-основа виникнення психосоматичних та поведінкових порушень у дітей та підлітків /Г. П. Мозгова, Г. В. Бекетова // зб. наук. праць співробітників НМАПО імені Шупика П. Л. -2007. - вип. 16. – кн. 4.- С. 781 - 788.

14. Мозгова Г. П. Емоційні розлади в формуванні психосоматичної патології у дітей // зб. наук. праць Кам'янець – Подільського державного університету імені В. І. Огієнка: Серія соціально – педагогічна - 2007. - вип. 7. - С.297 - 300.

15. Мозгова Г. П. Особливості особистості у формуванні психосоматичної патології у дітей // зб. наук. праць співробітників НМАПО імені Шупика П. Л. - 2008. - вип. 17. – кн. 4.- С. 259 - 265.

16. Мозгова Г. П. Значення особистості у формуванні психосоматичної патології // зб. наук. праць Кам'янець – Подільського державного університету імені В. І. Огієнка : Серія соціально - педагогічна - 2008. - вип. 8.- С. 383 - 388 .

17. Мозгова Г. П. Вплив середовища на формування психосоматичних розладів у дітей // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова – 2008 – серія 19 - вип. 11.- С. 311 - 315.

18. Мозгова Г. П. Механізми формування психосоматичної патології // зб. наук. праць співробітників НМАПО імені Шупика П. Л. – 2008. - вип. 17. – кн. 1.- С. 569 - 575.

19.Мозгова Г. П. Фактори ризику утворення психосоматичних захворювань у дітей // зб. наук. праць Кам'янець – Подільського державного університету імені В. І. Огієнка : Серія соціально - педагогічна - 2008. - вип. 10. - С. 212 - 217.

20. Мозгова Г. П. Психосоматичні розлади у дітей з хронічних ураженнях шлунково-кишкового тракту та досвід їх лікування // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова – 2009 – серія 19 - вип. 13. - С. 193 - 200.

21. Мозгова Г. П. До питання про діагностику психосоматичних розладів у дітей та підлітків // зб. наук. праць співробітників НМАПО імені Шупика П. Л. - 2009. - вип. 18. – кн. 1.- С. 442 - 449.

22. Мозгова Г. П. Досвід корекції психосоматичної патології у дітей / Г. П. Мозгова, Г. В. Бекетова // зб. наук. праць співробітників НМАПО імені Шупика П. Л. - 2009. - вип. 18. – кн. 2.- С. 524 - 533.

23. Мозгова Г. П. Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків / Г. П. Мозгова, В. М. Синьов, Г. В. Бекетова // Патент № 44347 от 25.09.09; бюлетень № 18.

24. Мозгова Г. П. Спосіб психологічної корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків / Г. П. Мозгова, В. М. Синьов, Г. В. Бекетова // Патент № 44346 от 25.09.09; бюлетень № 18.

25. Мозгова Г. П. Розповсюдженість психосоматичної патології у дітей та підлітків // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова – 2009 – серія 19 - вип. 14. - С. 218 - 223.

26. Мозгова Г. П. Психологічна оцінка ризику - антиризика формування психосоматичної патології у дітей // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова – 2010 – серія 12 - вип. 31 (55). - С. 146 - 154.

*Статті, матеріали та тези наукових конференцій*

27. Мозгова Г. П. Сучасні погляди на синдром подразненої кишки у дітей та методи його терапії / Г. П. Мозгова, С. С. Казак // ПАГ. - 2000. - № 4.- С. 49 - 52.

28. Мозгова Г. П. К вопросу о синдроме раздраженного кишечника / Г. П. Мозгова, С. С. Казак // Збір. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2000. - вип. 9. – кн. 2.- С. 579 - 585.

29. Мозгова Г. П. Лікування дітей з *Helicobacter pylori* асоційованими ураженнями верхніх відділів травного шляху при гострих захворюваннях дихальної системи / Г. П. Мозгова, С. С. Казак // ПАГ. - № 4. – 2001. - С. 88.

30. Мозгова Г. П. Використання ферментів нового покоління в комплексній терапії дітей з супутньою патологією органів травлення / Казак С. С. // Збір. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2001. - вип. 10. – кн. 2. - С. 836 - 845.

31. Мозгова Г. П. Антибактеріальна терапія на сучасному етапі / Г. П. Мозгова, Казак С. С. // Збір. наук. праць співробітників КМАПО імені Шупика П. Л. - 2002. - вип. 11. – кн. 2. - С. 616 - 625.

**Анотації**

**Мозгова Г.П. Психосоматична патологія у дітей з порушеннями психофізичного розвитку та їх медико-психолого-педагогічна реабілітація. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук зі спеціальності 19.00.04 – медична психологія. – Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. – Київ, 2010.

Дисертація є мультидисциплінарним дослідженням проблеми психосоматичних захворювань у дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Проведено клініко - епідеміологічне дослідження розповсюдженості психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психо-фізичного розвитку в загальномедичній практиці. З'ясовано фактори ризику формування психосоматичної патології, яке дозволило визначити достовірні маркери вірогідності



виникнення та подальшого розвитку психосоматичної патології з розробленням математичних моделей. Використання нейрофізіологічної діагностики при скринінг-контролі функціонального стану головного мозку дало змогу виявити клініко – нейрофізіологічні кореляції виникнення психосоматичної патології.

Науково обгрунтовано та розроблено програму трьохетапної комплексної медико-психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку та психо-соматичною патологією з реалізацією комплексного, індивідуального та мультидисциплінарного підходу до діагностики, лікування та диспансерного нагляду.

**Ключові слова:** психосоматична патологія, порушення психофізичного розвитку, психологічний стан, діти, фактори ризику, психотерапія, реабілітація.

**Мозговая Г.П. Психосоматическая патология у детей с нарушениями психофизического развития и их медико-психолого-педагогическая реабилитация. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Национальный педагогический университет имени М.П. Драгоманова. – Киев, 2010.

Диссертация является мультидисциплинарным исследованием проблемы психосоматических заболеваний у детей с нарушениями психофизического развития. Проведено клиничко - эпидемиологическое исследование распространенности психосоматической патологии у детей и подростков с нарушениями психо-физического развития в общей медицинской практике.

В работе выявлены наиболее значимые факторы риска возникновения и дальнейшего развития психосоматических заболеваний, которые приводят к инвалидизации пациентов, их социальной и педагогической дезадаптации.

Изучена патогенетическая роль микросоциальных и психогенных факторов в рецидивировании и развитии психосоматической патологии у детей и подростков.

Произведен анализ результатов психологического исследования и сделаны выводы о их диагностической ценности. Всего в процессе исследования выявлено семь маркеров способствующих возникновению психосоматической патологии, а именно: высокие уровни личностной и реактивной тревоги (тест Спилбергера-Ханина), низкие показатели самооценки и высокие показатели тревожности и эмоциональной лабильности (тест Р.Кеттела), низкая трудоспособность и высокие показатели отклонения от аутогенной нормы (проективный тест «Добро» и «Зло» с выбором цвета).

Определены основные комбинации факторов риска формирования психосоматических заболеваний у детей с нарушениями психофизического развития и создана математическая модель прогнозирования их формирования и прогрессирования.

Использование нейрофизиологической диагностики при скрининг - контроле функционального состояния головного мозга дал возможность выявить клиничко – нейрофизиологические корреляты возникновения психосоматической патологии.

Изучены особенности функционального состояния головного мозга у здоровых детей, у детей с психосоматическими расстройствами и психосоматической

патологией. Определено, что для здоровых детей характерен организованный тип ЭЭГ с превалированием нормальных спектрально-топографических показателей соответственно возрастной нормы, которые обеспечивают психологическое здоровье, нормальные адаптационные возможности организма и способность переносить психофизические нагрузки.

У детей с психосоматическими расстройствами определен умеренно-дезорганизованный тип ЭЭГ с наличием частично аномальных спектрально-топографических показателей, умеренно измененными показателями функционального состояния головного мозга, что с определенными трудностями может обеспечить психологическую устойчивость в нормальных условиях жизнедеятельности, но без значительных психофизических нагрузок.

Для детей с психосоматической патологией характерны определенные особенности функционального состояния головного мозга. Это дезорганизованный тип ЭЭГ с патологическими, деформированными спектрально-топографическими показателями, со значительно измененными патологическими показателями функционального состояния головного мозга, что не может обеспечить психологическую устойчивость в нормальных условиях и при психофизических нагрузках.

Разработана программа трехэтапной комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации детей с нарушениями психофизического развития и психосоматической патологией, с реализацией комплексного, индивидуального и мультидисциплинарного подхода к диагностике, лечению и диспансерному наблюдению. Диагностический этап состоит в проведении комплексного (клинико-эпидемиологического, клинико-психологического и нейрофизиологического) обследования детей и подростков с целью выявления психосоматических заболеваний. Этап ранней реабилитации включает лечение обострения основного заболевания и состоит из медикаментозных средств и индивидуальной психотерапии. Этап поздней реабилитации состоит из психолого-педагогических воздействий, направленных на коррекцию личностных особенностей ребёнка и гармонизацию межличностных отношений. Доказана эффективность предложенной реабилитации.

**Ключевые слова:** психосоматическая патология, нарушения психофизического развития, психологический статус, дети, факторы риска, психотерапия, реабилитация.

**Mozgova G.P. Psychosomatic pathology of children with psycho-physical disorders and medico-psycho-pedagogical rehabilitation for them. – Manuscript.**

The thesis for the degree of Doctor of psychological Sciences. Speciality – 19.00.04 – Medical Psychology. Dragomanov National Pedagogical University. – Kyiv, 2010.

The dissertation points out actual problems of psychosomatic method in pediatry. The data from pilot study concerning psychosocial state of the patients with chronic somatic diseases and psycho-physical disorders in comparison with the group of healthy children described.

The author makes review and analyzes the features of formation of children's psychosomatic pathology as a result of activity of different risk factors. The authors of this

research tried to investigate the state of psychoneurological system of children with psychosomatic pathology and psychosomatic disfunction.

Having presented the results of examinations and treatment of 194 children with psychosomatic pathology. Directions for further studies discussed.

**Key words:** psychosomatic pathology, psychosomatic disorders, psycho-physical disorders, psychosocial state, children, risk factors, psychotherapy, rehabilitation.