

**Анатолій Журба
Ярослав Рябчич**

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ, КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СПИНАЛЬНУ ТРАВМУ ТА МАЮТЬ СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Журба Анатолій, Рябчич Ярослав. Особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання.

У статті описано особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання; уточнено роль депресії в генезі психосоматичних (психовегетативних) порушень різної локалізації; проведено типологізацію депресивних розладів із встановленням їхньої нозологічної приналежності, ступеня вираженості та клінічних особливостей на основі клініко-психопатологічного дослідження. Стаття включає порівняльно-вікове комплексне динамічне клініко-психопатологічне вивчення низки психосоматичних розладів, а також особливостей емоційної сфери та когнітивних функцій на репрезентативній групі досліджуваних – дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму. Розроблена нова, заснована на системному підході, клініко-онтогенетична концепція. Описані початкові прояви та етапи динаміки ПСР у травній системі, шкірних покривах, руховій, ендокринній системах та у вигляді алгічних (цефалгії, міалгії, кардіалгії) проявів у різні вікові періоди. Були встановлені критерії переходу непатологічних (вегетосудинних) форм соматичного супроводу емоцій у патологічні (психовегетативні) форми – психосоматичні порушення. На основі динамічного клініко-психопатологічного вивчення дітей та підлітків з функціональними порушеннями у різних органах та системах виявлено фактори ризику, що дозволяють дати прогноз перебігу ПСР. Було розроблено типологію депресивних порушень, запропоновано класифікацію обумовлених ними соматичних розладів, описано специфічність, вікові особливості та клінічні варіанти ПСР, їх зв'язок з патологічним (конституційним та церебрально-органічно зміненим) ґрунтом. Практична значимість одержаних результатів полягає в розширенні уявлення лікарів – дитячих психіатрів і педіатрів – про значущість депресивних порушень у розвитку поширеної, практично недостатньо вивченої групи ПСР, які проявляються переважно соматичними (вегетативно-вісцеральними) розладами. Було визначено критерії ранньої діагностики емоційних розладів у структурі ПСР, диференціювання їх на різних етапах онтогенезу. Були сформульовані принципи комплексного диференційованого лікування, що включає, поряд з симптоматичним, використання психофармакологічних і психотерапевтичних засобів, а також профілактики ПСР на ранніх віках.

Ключові слова: особливості емоційної сфери, особливості когнітивних функцій, психосоматичні розлади, дитячий та підлітковий вік, клінічні особливості, спинальна травма.

Jhurba, Anatolii, Riabchych, Yaroslav. Features of the emotional sphere, cognitive functions and the course of psychosomatic disorders in children and adolescents who have suffered spinal trauma and comorbidities.

The article describes the features of the emotional sphere, cognitive functions and the course of psychosomatic disorders in children and adolescents who have suffered spinal trauma and comorbidities; the role of depression in the genesis of psychosomatic (psychovegetative) disorders of different localization is specified; the typology of depressive disorders was carried out with the establishment of their nosological affiliation, severity and clinical features on the basis of clinical and psychopathological research. The article includes a comparative age-complex dynamic clinical and psychopathological study of a number of psychosomatic disorders as well as features of the emotional sphere and cognitive functions in a representative group of subjects – children and adolescents who have suffered spinal trauma. A new clinical-ontogenetic concept based on a systems approach has been developed. The initial manifestations and stages of AKP dynamics in the digestive system, skin, motor, endocrine systems and in the form of algic

(cephalgia, myalgia, cardialgia) manifestations at different ages are described. Criteria for the transition of non-pathological (vegetative-vascular) forms of somatic support of emotions into pathological (psycho-vegetative) forms – psychosomatic disorders – were established. Based on the dynamic clinical and psychopathological study of children and adolescents with functional disorders in various organs and systems, risk factors have been identified that allow to predict the course of AKP. A typology of depressive disorders was developed, a classification of somatic disorders caused by them was proposed, specificity, age features and clinical variants of AKP, their connection with pathological (constitutional and cerebrally organically altered) soil were described. The practical significance of the results is to expand the understanding of physicians – child psychiatrists and pediatricians – about the importance of depressive disorders in the development of a common, almost insufficiently studied group of AKP, manifested mainly by somatic (autonomic-visceral) disorders. Criteria for early diagnosis of emotional disorders in the structure of AKP, their differentiation at different stages of ontogenesis were determined. The principles of complex differentiated treatment were formulated, which includes, along with symptomatic, the use of psychopharmacological and psychotherapeutic means, as well as prevention of AKP at an early age.

Key words: features of emotional sphere, features of cognitive functions, psychosomatic disorders, childhood and adolescence, clinical features, spinal trauma.

Вступ. Травматична хвороба спинного мозку (ТХСМ) різко та несподівано змінює перебіг життя людини. Це викликає раптове, часто руйнівне пошкодження центральної нервової системи, з потенційними несприятливими ефектами на інші системи організму: опорно-руховий апарат, травну, сечовидільну, серцево-судинну та репродуктивну системи. Багато вторинних ускладнень, які відчувають хворі з ТХСМ, відмінні від наслідків, що переживаються людьми з іншими неврологічними захворюваннями. Пацієнтам зі спинальною травмою доводиться наново освоювати навички харчування, ходіння та одягання. Більше того, хворий на ТХСМ повинен впоратися з іншими проблемами, такими як нейрогенний кишечник та сечовий міхур, гострі респіраторні захворювання, пролежні, зміна сексуального функціонування, інфекції сечовивідних шляхів (Shunk, Davis & Dean, 2017). Також ускладнює процес реабілітації хронічний та невропатичний біль, остеопороз та вегетативна дисрефлексія. Більше того, пацієнтам з ТХСМ доводиться мати справу зі змінами соціальних ролей, реактивною депресією та тривожністю. Ці проблеми суттєво ускладнюють реабілітацію та адаптацію пацієнта. Рівень самогубств серед спинальних хворих у 2,6 разів вищий порівняно із загальною популяцією (Benton, Varney, & Hamsher, 2018; Tulskey et al., 2016). Ці факти визначають значущість дослідження дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму, задля розробки механізмів нормалізації їхньої емоційної та когнітивної сфери та превенції розвитку психосоматичних розладів.

Залишаються невирішеними питання, що стосуються ролі віку у виникненні, клінічному оформленні та динаміці психосоматичних розладів (ПСР), окремих генетичних (психопатологічна та психосоматична спадковість, особистісні особливості дітей та батьків), церебрально-органічних (патологія вагітності та пологів, тяжкі захворювання, травми) та психосоціальних (патологія виховання, психотравмуючі впливи) факторів. Відсутні певні дані про характер та особливості афективних розладів, що лежать в основі

ПСР, класифікації депресій, які необхідні для патогенетично обґрунтованого лікування (Carver, & Harris, 2018; Харченко, 2015). Досі не уточнено окремих характеристик депресії: причин, ступеня клінічної виразності та особливості, що визначають виникнення соматичних порушень у дітей та підлітків (Sanders, 2018; Schwarzer, & Renner 2000; Turner, 2008). У зв'язку з актуальністю як медичного, так і соціального аспектів проблеми ПСР необхідно наголосити на значущості їх розробки не лише в практичному напрямі — клініці, динаміці та терапії, а й теоретичному — уточнення особливостей патогенезу з обґрунтуванням терапевтичних та реабілітаційних підходів (Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Rief, & Hiller, 2019).

Мета дослідження: комплексне порівняльно-вікове вивчення особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання.

Методи та організація дослідження. Для вивчення особливостей перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання, було використано клініко-психопатологічне дослідження. Визначальним принципом клініко-психопатологічного вивчення досліджуваних був системний онтогенетичний підхід. Особливість системного підходу полягає в тому, що разом із клінікою соматичних порушень у порівняльно-віковому аспекті з урахуванням етапу онтогенезу вивчалися психопатологічні, зокрема, депресивні розлади. Для встановлення та визначення виразності депресії використовувалася шкала С.П. Кея, Л.А. Оплера та А. Фіцбейна (1990), модифікована С.Н. Осколковою (1996) (Воронов, 2017), а також шкала М. Гамільтона (Белопольская, 2017). Параклінічне обстеження включало застосування: кардіоінтервалографії (КІГ), електроенцефалографії (ЕЕГ), ехоелектроенцефалографії (ЕХО-ЕГ), реоенцефалографії (РЕГ), ультразвукового дослідження (УЗД), фіброезофагодооденоскопії, томографії (КТ), рентгенографії черепа, реовазографії кінцівок. Досліджувані були піддані клініко-психологічному дослідженню за А.Е. Лічко, Н.Я. Івановим (1981) та психологічному дослідженню з використанням Шкали самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна та Тесту кольорових виборів М. Люшера.

Для вивчення особливостей емоційної сфери та когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму, було використано методику Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана (Amirkhan, 2016), Методику саморегуляції Ю. Куля (Kuhl & Fuhrman, 2018), Методику Н. Холла на визначення рівня емоційного інтелекту (Shunk, Davis, & Dean, 2017), Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Тест життєстійкості (методика С. Мадді). Також було використано методики

батареї А.Р. Лурії: запам'ятовування шести слів, запам'ятовування двох груп по три слова, серійний рахунок (послідовне віднімання зі 100 по 7). Оцінка короточасної зорової пам'яті проводилася за допомогою ідентифікації предметних зображень та впізнання «напіввербалізованих» графічних зображень при короточасному пред'явленні заданих зразків (Tulsky et al., 2016). При дослідженні зорово-просторових функцій було використано методики: Judgment of Line Orientation (Benton, Varney, & Hamsher, 2018), Проба «Ліва-Права рука». Оцінка регуляторних функцій була проведена за допомогою Інтерференційного тесту (D-KEFS Color-Word Interference Test) та Тесту вербальної швидкості (D-KEFS Verbal Fluency Test) (Kennedy & Rogers, 2016).

Статистична обробка результатів проводилася із застосуванням програм Microsoft Excel та пакету статистичного аналізу даних Statistica 8.0 for Windows (StatSoft Inc., USA) та SPSS 15.0 із застосуванням стандартних параметричних та непараметричних критеріїв оцінки статистичної значущості відмінностей. Відмінності вважалися достовірними при $p < 0,05$.

Вибірка дослідження. Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Луганської обласної дитячої клінічної лікарні (м. Лисичанськ Луганської області). Було досліджено 808 дітей і підлітків з психосоматичними розладами (356 хлопчики і 452 дівчинки) у віці від 1 до 17 років (середній вік $10,1 \pm 0,2$ роки) і тривалістю захворювання від 1 до 15 років (в середньому $4,1 \pm 0,2$ роки). У віковому відношенні переважала група дітей молодшого шкільного (7-9 років) віку – 179 досліджуваних, друге місце посідає група молодшого підліткового (12-13 років) – 176 осіб, середнього підліткового (14-15 років) віку – 140 осіб та передпідліткового віку (10-11 років) – 138 осіб. Найменш представленими були групи старшого підліткового (16-17 років) віку – 23 особи, раннього дитячого (0-4 роки) – 74 особи, дошкільного (5-6 років) віку – 78 осіб. Підставою для включення пацієнта до дослідження було: наявність у досліджуваного функціональних порушень у травній системі, шкірних покритвах, руховій, ендокринній системах та у вигляді алгічних проявів, що поєднуються з психічними порушеннями; виявлення депресивних розладів у досліджуваного, як таких, що визначають психічну патологію, та у вигляді синдрому в структурі різних психопатологічних станів; терапевтична резистентність соматичної патології щодо симптоматичної терапії, яка проводиться не менше 2 тижнів. Досліджувані спостерігалися під час їх лікування у згаданій дитячій клінічній лікарні) та в її поліклінічному відділенні у період з 2018 по 2021 роки.

Результати дослідження та їх обговорення.

Психосоматичні розлади (ПСР) - порушення функцій внутрішніх органів та систем, зумовлені психогенними порушеннями - займають дедалі більше місце у захворюваності дитячо-підліткового населення, становлячи, за даними деяких дослідників, від 10 до 40% з числа дітей і підлітків, що звертаються за медичною допомогою (Jackson, & Aiken, 2020; Воронов, 2017). При цьому, часто відзначається недостатня ефективність симптоматичного лікування, що зазвичай застосовується, що призводить до ускладнення і хронізації ПСР.

Велике значення, поряд з медичним, має також соціальний аспект проблеми — виражений дезадаптуєчий вплив ПСР із частими загостреннями та госпіталізаціями, а іноді й ранньою інвалідизацією.

До цього часу цій проблемі присвячено велику кількість робіт, в основному, зарубіжних дослідників, послідовників З.Фрейда (Rief, & Hiller, 2019; Хорни, 2018), що вивчали психогенні соматичні розлади у дітей, виходячи з основних положень психоаналізу, і як лікування рекомендували тільки психотерапевтичне втручання.

У психотерапевтичній практиці цей напрямок в основному розвивався з ідей нервізму з певними досягненнями в розробці проблеми ПСР. Серед психогенно обумовлених розглядалися розлади травлення, серцево-судинного апарату, дихального, рухової сфери, порушення шкірних покривів (Sampson, 2017), а також окремі функціональні порушення – системні неврози. Останні десятиліття у плані психосоматичних взаємин розглядався інший аспект проблеми – приховані, масковані депресії, соматичні прояви яких можуть охоплювати практично всі органи та системи (Carver, & Harris, 2018; Hellhammer, 2017; Харченко, 2015).

В результаті проведених спеціалістами різного профілю досліджень встановлено, що в основі соматичних (вегетовісцеральних) порушень лежать емоційні розлади – тривога і депресія (Katz, Meyers, & Walls, 2019; Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Воронов, 2017).

Щодо роботи з особами, які перенесли спинальну травму, первинною метою лікарів є покращення функціонального статусу хворого. Медична реабілітація головним чином спрямована на доведення пацієнта до максимально можливого доброго фізичного стану. Також реабілітаційна команда наголошує на введенні інваліда в соціальне середовище, хворі намагаються навчитися жити з травмою. Окремий аспект реабілітації спрямований на розвиток емоційної та когнітивної сфер хворих.

Різноманітність симптоматики обумовлює необхідність постійної комплексної медико-соціальної реабілітації досліджуваних із ТХСМ, найважливішим аспектом якої є тривала психологічна корекція (Hoffman, Bombardier, Graves, Kalpakjian, & Krause, 2017;

Kennedy & Rogers, 2016). Це зумовлює необхідність всебічного аналізу психоемоційного та когнітивного статусів інвалідів, які перенесли спинальну травму, чому і присвячено справжнє оригінальне дослідження.

Залежно від локалізації ПСР контингент досліджуваних був поділений на 5 груп з визначальними та провідними психосоматичними порушеннями травної системи (1 група) – 242 обстежених, шкірних покривів (2 група) – 138, рухової системи (3 група) – 181, ендокринної системи (4 група) – 90 та алгічними (цефалгії, міалгії, кардіалгії) проявами (5 група) – 157 обстежених. У досліджуваних з психосоматичною патологією декількох органів і систем вивчалися супутні психосоматичні прояви, що відзначалися в травній системі – 244 випадки, шкірних покривах – 86, рухової – 44, ендокринної – 61 системах і у вигляді алгічних проявів – 314 випадків, що розширило можливості дослідження.

Аналіз клінічних особливостей ПСР у вивченого контингенту досліджуваних дітей і підлітків виявив певні відмінності соматичних порушень з відповідним підрозділом на психосоматичні реакції, стани та психосоматичні захворювання, які поряд з клінічною картиною характеризувались тривалістю існування та особливостями параклінічних даних.

Психосоматичним (ПС) реакціям, що відзначалися у 153 (18,9%) досліджуваних, були властиві незначного ступеня вираженості вегетосудинні прояви в межах одного органу або системи тривалістю від декількох хвилин до кількох годин.

Психосоматичним (ПС) станам у 542 (67,1%) досліджуваних притаманна більша вираженість вегетативно-судинних порушень, що охоплюють одну систему, або менша, якщо залучені дві-три системи за тривалий час існування – дні і навіть місяці – і наявності деякої параклінічної об'єктивізації цих розладів невідповідного ступеня вираженості клінічних (больових) проявів. Психосоматичні (ПС) захворювання у 113 досліджуваних представлені вираженими і стійкими вегетативно-вісцеральними проявами з боку ураженого органу або системи, підтвердженими параклінічними дослідженнями їх органічних змін або тривалістю і періодом декомпенсації. ПС реакції частіше зустрічалися у досліджуваних (59,5%) до 10 років, ПС стани (85,2%) – з 7 років, ПС захворювання (59,3%) – після 10-річного віку.

Динаміка психосоматичної патології у більшості обстежених характеризувалася етапністю: 1 етап – поступове наростання частоти і ступеня вираженості функціональних вегетосудинних проявів від оформлення емоційних реакцій з фіксацією до переходу у психосоматичні реакції; 2 етап – розвиток психосоматичного стану, що відрізняється більшим ступенем вираженості та стійкості афективної та соматичної симптоматики, підтверджуваної частково параклінічно; та 3 етап – становлення психосоматичного

захворювання. Одномоментне виникнення ПС захворювань (виразки шлунка та ін.) відзначалося рідко.

На даному контингенті досліджуваних були вивчені біологічні (генетичний та церебрально-органічні) та психосоціальні фактори ризику виникнення ПСР.

Обтяженість спадковості психічними захворюваннями виявлена у 118 (14,6%) обстежених: у 34 (4,2%) — психічними розладами психотичного характеру та у 84 (10,4%) — непсихотичного. Психосоматичні захворювання відзначені у 331 (41%) у найближчого родича, у 153 (18,9%) у тих самих органах і системах. Клінічно та клініко-генеалогічно у 627 (77,6%) батьків встановлено патологічні особистісні особливості. Психопатологічні прояви (невропатія) першого року життя відзначалися в 300 (37,1%) досліджуваних. Акцентуйовані риси характеру виявлено у 702 (86,9%) обстежених: емоційно-лабільний тип – у 230 (28,5%), лабільно-істеричний – у 166 (20,5%), істеричний – у 154 (19,1%)) та ін. За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень реактивної тривожності обстежених склав у середньому $38,6 \pm 1,8$, а особистісної — $51,5 \pm 1,6$ бала. За допомогою тесту Люшера виявлено здебільшого егоцентричні установки із підвищеним рівнем домагань, емоційною лабільністю та сенситивністю.

Резидуально-органічну недостатність ЦНС виявлено у 693 (85,8%) обстежених: у переважній більшості випадків (77,6%) вона виступала як біологічно неповноцінне підґрунтя і лише 8,2% як визначальна нозологічної приналежності захворювання.

Резидуально-органічна церебральна недостатність підтверджена параклінічно: за даними ЕЕГ (466 обстежених) у більшості (228) досліджуваних виявлено незначні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з проявом епілептиформної активності при гіпервентиляції у 147 досліджуваних; у 79 досліджуваних – зміни електричної активності за епілептичним типом з наявністю осередків судомної готовності; РЕГ дослідження (330 обстежених) виявило у 98% досліджуваних асиметрію кровотоку зі зміною тону судин середнього та дрібного калібру сонних та хребетних артерій, а також утрудненням венозного відтоку; за даними ЕМГ (35 обстежених) у переважній більшості обстежених виявлено порушення надсегментарних впливів, і лише чотири досліджувані мали вказівки на дегенеративні зміни у деяких відділах периферичної нервової системи; КТ дослідження (26 обстежених) встановило у 6 досліджуваних кістозні та у 6 дегенеративно-атрофічні зміни головного мозку. Дані наведені в таблиці 1.

Частота генетичних факторів ризику виникнення ПСР

Спадкові фактори ризику	Число випадків	Відсоток
1. Психічні захворювання	118	14,6
- психотичного характеру	34	4,2
- непсихотичного	84	10,4
2. Психосоматичні розлади	331	41
- тієї ж системи	153	18,9
3. Особистісні особливості батьків	627	77,6
4. Психопатологічні прояви на першому році життя	300	37,1
5. Особистісні особливості досліджуваних	702	86,9
Загальна кількість факторів ризику	808	
Середній показник обтяженості факторами ризику	2,6	

Тяжкі соматичні захворювання, травми черепа, операції, інтоксикації виявлені у 217 (26,9%) досліджуваних.

Резидуально-органічна недостатність ЦНС виявлена у 693 (85,8%) обстежених; у переважній більшості випадків (77,6%) вона виступала як біологічно неповноцінне підґрунтя і лише 8,2% як визначальна нозологічної приналежності захворювання.

Резидуально-органічна церебральна недостатність підтверджена параклінічно: за даними ЕЕГ (466 обстежених) у більшості (228) досліджуваних виявлено незначні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з проявом епілептиформної активності при гіпервентилляції у 147 досліджуваних; у 79 досліджуваних – зміни електричної активності за епілептичним типом з наявністю вогнищ судомної готовності; РЕГ дослідження (330 обстежених) виявило у 98% досліджуваних на асиметрію кровотоку зі зміною тону судин середнього та дрібного калібру басейну сонних та хребетних артерій, а також утрудненням венозного відтоку; за даними ЕМГ (35 обстежених) у переважній більшості обстежених було порушення надсегментарних впливів, і лише чотири досліджуваних мали вказівки на дегенеративні зміни у деяких відділах периферичної нервової системи; КТ дослідження (26 обстежених) встановило у 6 досліджуваних кістозні та у 6 дегенеративно-атрофічні зміни головного мозку. Церебрально-органічні чинники ризику виникнення ПСР наведено у таблиці 2.

Найбільш значущими з психосоціальних факторів патогенезу були: порушення системи мати-дитина – у 485 (60%) досліджуваних, патологія виховання – у 482 (59,7%), наявність братів та сестер як стресовий фактор – у 303 (37,5%), відвідування дитячих установ – у 202 (25%), психоемоційні навантаження – у 170 (21%) і неповна сім'я – у 134 (16,6%) досліджуваних. Інші менш значущі психосоціальні фактори ризику також наведені у таблиці 3.

Таблиця 2

Частота церебрально-органічних факторів ризику ПСР

Церебрально-органічні фактори ризику	Кількість випадків	Відсоток
1. Патологія вагітності	430	53,2
2. Патологія пологів	471	58,3
3.Порушення вигодовування	405	50,1
— Штучне	61	7,6
— До 6 місяців	344	42,5
4. Порушення психомоторного розвитку	170	21
5.Травми, операції, інтоксикації	217	26,9
6. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС	693	85,8
Загальна кількість факторів ризику	808	
Середній показник обтяженості факторами ризику	3,0	

Таблиця 3

Психосоціальні фактори ризику виникнення ПСР

Психосоціальні фактори ризику	Кількість випадків	Відсоток
1.Погані матеріально-побутові умови	30	3,7
2. Порушення системи мати-дитя	485	60,0
3. Відвідування дитячих установ	202	25
4. Патологія виховання	482	59,7
5.Додаткові спеціальні заняття	40	5,0
6. Конфлікти в сім'ї	54	6,7
7. Наявність сестер та братів	303	37,5
8.Неповна сім'я	134	16,6
9. Пияцтво батьків	43	5,3
10.Хвороба батьків, родичів	26	3,2
11.Смерть батьків, родичів	68	8,4
12. Зміна стереотипу спілкування	29	3,6
13. Психоемоційні навантаження	170	21
Загальна кількість факторів ризику	806	
Середній показник обтяженості факторами ризику	2,6	

Аналіз двох груп (біологічних та психосоціальних) факторів ризику виникнення ПСР у дітей та підлітків (таблиця 4) дозволяє відзначити їх високу частоту (в середньому 8,2 фактора на одного хворого) при значному, статистично-достовірному переважанні біологічних факторів (5,6) у порівнянні з психосоціальними (2,6), тоді як у структурі біологічних частіше виявляються церебрально-органічні (3,0), ніж генетичні (2,6) фактори ризику. Відмінності статистично недостовірні.

Середній показник ускладненості факторами ризику ПСР

Фактори ризику	Середній показник
1. Генетичні	2,6
2. Церебрально-органічні	3,0
3. Психосоціальні	2,6
Загальний показник обтяженості факторами ризику	8,2

Обов'язковим для психосоматичних розладів дитячо-підліткового віку з-поміж факторів ризику є фактор онтогенезу, який складається з періоду розвитку індивіда з морфо-функціональними особливостями організму та переважного нервово-психічного реагування, несформованістю або порушеннями адаптаційних механізмів, а також відхиленням у соматичному стані. З-поміж значущих екзогенних факторів ризику виникнення ПСР особливо на ранніх етапах онтогенезу можна виділити: пізній антенатальний і ранній постнатальний вплив з імпринтингом, травми, інтоксикації, перенапругу вісцеральних систем та інші фактори.

У всіх обстежених досліджуваних виявлені депресивні розлади невротичного рівня, що характеризувалися незначно вираженими пригніченістю настрою та афектом туги (нудьга, засмучення, сум, сум), астеничними проявами (втома, млявість, стомлюваність, дратівливість), настроєність на конфлікт (гіперестезія, напруга, тривога, страхи), а також у деяких випадках невираженими істеричними, сенестопатичними та іпохондричними проявами. Показник оцінки депресії за шкалою М. Гамільтона становив середньому $12,3 \pm 0,4$ бала.

За даними КІГ у 332 (68,9%) досліджуваних відмічено статистично достовірну перевагу тону парасимпатичної вегетативної нервової системи, що підтверджувало наявність депресивного афекту.

У 523 (64,7%) досліджуваних на депресивні порушення визначали клінічну картину психічних розладів, тоді як у решти 285 (35,3%) дітей та підлітків менш виражені депресивні розлади входили у вигляді синдрому в структуру інших психічних захворювань. Дані щодо психічних порушень у дітей та підлітків, що включають депресію як самостійну нозологічну одиницю, так і у вигляді синдрому з психосоматичними розладами представлені в таблиці 5.

Психічні розлади в дітей і підлітків з ПСР

Психопатологічні стани	Число досліджуваних	Відсоток
1. Депресія (ендогенна)	15	1,9
2. Депресія (реактивна) на фоні акцентуацій та формувань патологічних рис характеру	443	54,8
3. Депресія (соматогенна) на фоні резидуально-органічної недостатності головного мозку	65	8,0
Разом	523	64,7
1. Невропатія	8	1,0
2. Невротичні, астено-невротичні реакції та стани на фоні акцентуацій та формування патологічних рис характеру	155	19,2
3. Астено-невротичні стани у дитини на фоні резидуально-органічної недостатності ЦНС	16	2,0
4. Трихотілломанія	3	0,4
5. Нервова анорексія	15	1,8
6. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із неврозоподібним станом	51	6,3
7. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із психопатоподібним станом	11	1,3
8. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із церебрастенічним станом	2	ОД
9. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС з епілептиформним станом	3	0,4
10. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із затримкою психічного розвитку	12	1,5
11. Олігофренія	4	0,5
12. Шизофренія	4	0,5
13. Ранній дитячий аутизм	1	0,1
Разом	285	35,3
Всього	808	

Найчастіше у 714 (88,4%) обстежених з психовегетативними порушеннями відзначалися слабо виражені (субдепресія – 689 (85,3%), прихована депресія – 25 (3,1%)) депресивні стани, що характеризувалися нерідко вираженим депресивним афектом. Депресивні розлади виявлялися при розпитуванні в скаргах досліджуваних на періодичне незначне зниження настрою, з нудьгою, частіше ввечері, іноді протягом дня, рідко вранці з небажанням щось робити, почуттям байдужості або роздратуванням щодо оточуючих. Часто настрій визначається як «ніякий».

Середньо виражені депресивні стани спостерігалися у 94 (11,6%) досліджуваних. Ці стани характеризувались плаксивістю, деякою тривогою, млявістю, почуттям відсутності радості, малою ініціативністю, фізичною слабкістю або невдоволенням, негативною

оцінкою того, що відбувається, дратівливістю, конфліктністю на тлі невираженої туги, яка в скаргах визначалася досліджуваними як нудьга, смуток, безрадість. Знижений настрій поєднувався з незначною руховою та ідеаторною загальмованістю найчастіше у старших дітей.

У дітей та підлітків з психосоматичними розладами майже завжди спостерігається зворотна залежність між вираженістю депресивних порушень та зумовленими ними психосоматичними розладами: при слабкій вираженості депресивних проявів більш помітними були соматичні та навпаки.

Статистично значущим було переважання досліджуваних з психогенною депресією – у 588 (72,8%), соматогенною депресією – у 183 (22,6%) та ендогенною – у 37 (4,6%) досліджуваних. На базі супутніх гіпотонії афективних проявів були виділені астеничний, тривожний, тужливий, астено-тривожний та тривожно-тужливий варіанти депресії.

У 293 (36,3%) дітей та підлітків відзначався тривожний варіант депресії, при якому настрій визначається як знижений із почуттям внутрішньої напруги, тривоги, занепокоєння, частіше вечорами.

У 180 (22,3%) обстежених – астеничний варіант депресії, що характеризувався стомлюваністю, виснажливістю, млявістю, малою активністю, дратівливою слабкістю на тлі зниження настрою.

У 26 (3,2%) дітей та підлітків виявлявся тужливий варіант депресії. Клінічні прояви цього виду депресивних розладів були ближчими до типових депресій дорослих. Періоди зниженого настрою у досліджуваних при спонтанному виникненні слабо окреслені, нетривалі. Ці досліджувані протягом кількох днів вранці малоактивні, іноді навіть дещо загальмовані, обличчя амімічні, блідий колір шкіри. Голос тихий, іноді згасаючий, із жалібно-прохальними інтонаціями. Зазвичай пред'являються скарги на періодичну безпричинну нудьгу, почуття пригніченості, сум, смуток, рідко тужливість, відсутність радості у житті, нелюбов близьких. Зрідка висловлюються ідеї малоцінності. Добові коливання настрою не виражені — «завжди погано», але надвечір рухова активність зростала і міміка ставала жвавішою. Іноді відзначалося безсоння, ранні підйоми з неможливістю засинання. У деяких досліджуваних раніше спостерігалися короткочасні епізоди підвищення настрою.

У 246 (30,4%) досліджуваних було виділено астено-тривожний варіант депресії, а у 63 (7,8%) – тривожно-тужливий. Якщо перший разом із невираженим афектом туги включає лише астеничні та тривожні прояви, то при другому одночасно з афективними відзначалися рудиментарні істеричні, сенестопатичні та іпохондричні розлади.

Прихована депресія характеризувалася переважанням слабо вираженого тужливого афекту; субдепресія – астенічного та/або тривожного; середньо виражена депресія – тривожного, астено-тривожного та/або тужливого. Астенічний варіант депресії дещо частіше (у 63,9% випадків) зустрічався на ранніх вікових етапах (до 9 років), тривожний (75,9%) – з 7 років, тужливий (69,2%), астено-тривожний (80,8%) – з 10 і тривожно-тужливий варіант (77,8%) – після 12 років.

Характеристика депресивних порушень, що визначають психосоматичні розлади, у дітей та підлітків наведена у Таблиці 6.

Тривожна, астено-тривожна та тривожно-тужлива депресії, як правило, мали психогенне походження, астенічна — соматогенне, тужлива і іноді тривожно-тужлива – ендогенне.

Астенічна депресія частіше (63,9%>) виявлялася на ранніх вікових етапах (до 10 років), тривожна (75,9%) – з 7 років, тужлива (69,2%) – з 10 астено-тривожна (80,8%) – з 10 і тривожно-тужлива (77,8 %) – з 12 років.

Таблиця 6

Характеристика депресивних розладів, що визначають формування ПСР у дітей та підлітків

Характеристика депресії	Кількість досліджуваних	Відсоток
- субдепресія	689	85,3
-прихована	25	3,1
- середньо виражена	94	11,6
Разом	808	100
- ендогенна	37	4,6
- психогенна	588	72,8
- соматогенна	183	22,6
Разом	808	100
- астенічний	180	22,3
- тривожний	293	36,3
-тужливий	26	3,2
- астено-тривожний	246	30,4
- тривожно-тужливий	63	7,8
Разом	808	100

Виникнення та динаміка ПСР у дітей та підлітків значною мірою обумовлене онтогенезом, а також особливостями біологічно зміненого та конституційного підґрунтя. Особливості функціонування органу або системи у певний період онтогенезу чи дизонтогенезу на тлі резидуально-органічної недостатності ЦНС та акцентуацій характеру

певною мірою визначають місце прояву психовегетативних порушень. На ранніх вікових етапах найбільш уразливими щодо виникнення ПСР є травна система і шкірні покриви (у зв'язку з підвищеними функціональними навантаженнями), у наступні вікові періоди частими проявами афективних розладів є рухові, цефалгічні та ендокринні ПСР.

Депресія різного ступеня вираженості встановлена у 42,9% досліджуваних. Легка депресія діагностована у 20,4%, помірна – у 9,2%, виражена – 11,2%, тяжка – у 2,0% досліджуваних, причому більшою мірою була виражена депресія у інвалідів, які перенесли травму на шийному відділі (рис.1). Середній бал за шкалою Бека становить $10,0 \pm 7,9$ ($Me=9$).

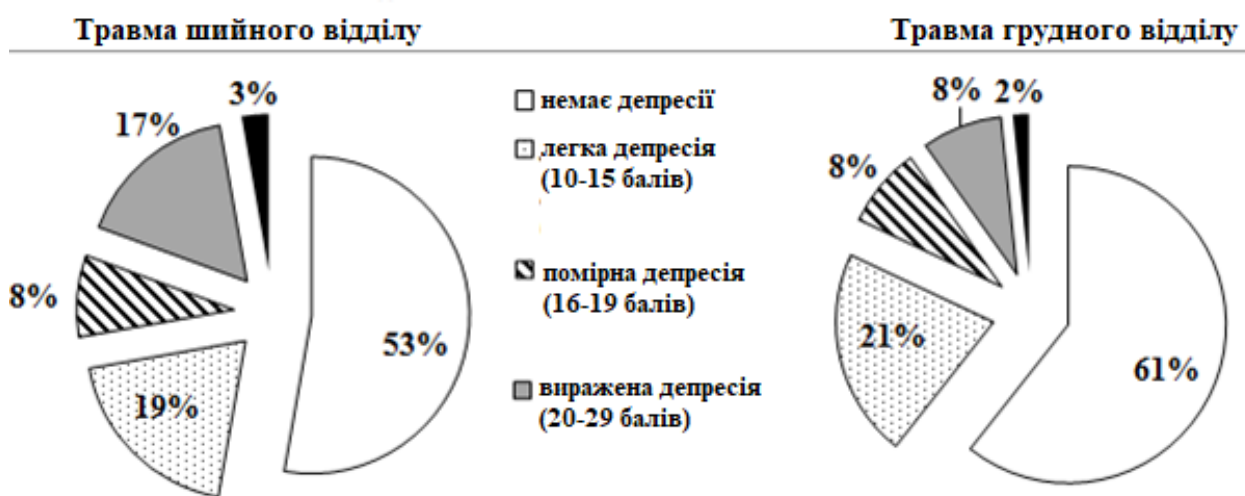


Рис. 1. Аналіз методики шкали депресії Бека у хворих, які перенесли спинальну травму на шийному та грудному рівні

Аналіз шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна виявив, що особистісна тривога достовірно переважає над реактивною (середній бал $42,1 \pm 8,7$ та $36,7 \pm 8,8$ відповідно; $p < 0,05$). Рівень реактивної та особистісної тривожності частіше був помірним (57,1% та 53,1%) (рис.2).

Аналіз першої частини шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна, що оцінює реактивну тривожність, показав, що 58,2% досліджуваних з ТХСМ стурбовані можливими невдачами, 28,5% відчувають жаль у різному ступені вираженості і стурбовані своїм неблагополуччям і пред'являють скарги на симптоми астенії та відсутність почуття радості. Мінімальні зміни за категорією реактивної тривожності зареєстровані у питаннях, що стосуються стійкості, що може бути ознакою активного витіснення особистістю високої тривоги. Так, 91,8% досліджуваних не знаходять собі місця в житті, 92,9% - не збуджені і їм не властиве нервозність, 94,9% досліджуваних виявляли спокій різного ступеня та демонстрували впевненість у собі. У той самий час різний рівень стривоженості

продемонстрували 22,4% досліджуваних, напруги – 17,4%, почуваються розстроєними 21,5% досліджуваних; при цьому почуття внутрішнього задоволення відчують різною мірою 79,6% досліджуваних.

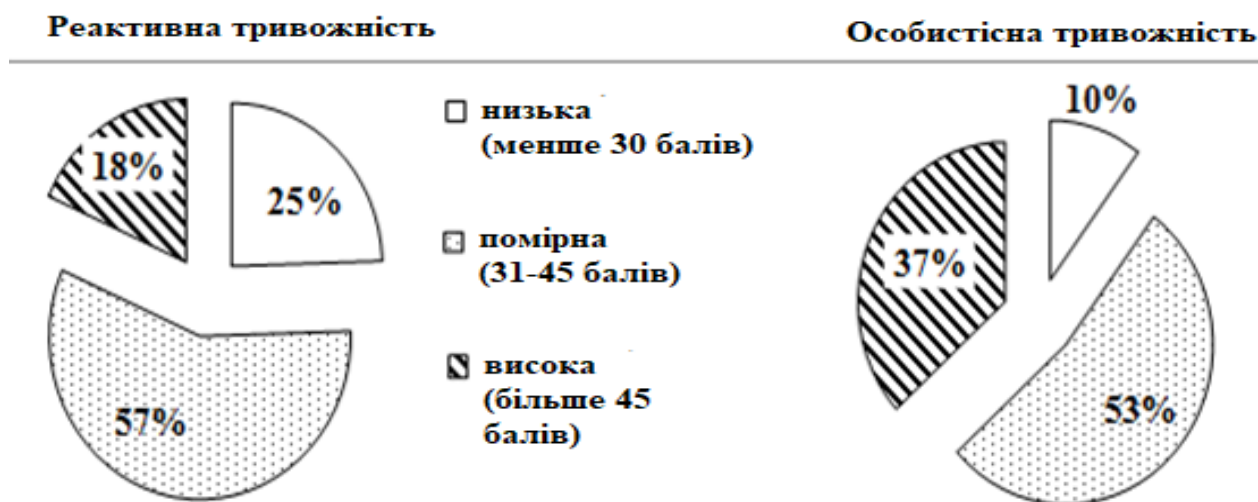


Рис 2. Аналіз шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна у хворих із травмою спинного мозку

Аналіз другої частини шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга – Ханіна, що оцінює особистісну тривожність, показав, що втому зазнають 76,5% досліджуваних; 53,1% все приймають близько до серця і можуть заплакати; 67,4% майже завжди переживають через дрібниці, і у них відсутня впевненість у собі. Висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними та невротичними зривами. Проте 89,8% досліджуваних цілком щасливі, спокійні та почуваються у безпеці; 66,3% хотіли б бути щасливими. 75,5% досліджуваних турбують очікувані проблеми; 89,9% намагаються уникати критичних ситуацій та труднощів. 61,2% відчують нудьгу.

Аналіз результатів копінг-стратегії показав, що рівень вирішення проблем частіше був середнім (68,4%), уникнення проблем – низьким (61,2%), пошуку соціальної підтримки – низьким та середнім (табл. 7).

Встановлено високу готовність до вирішення різноманітних проблем. При цьому більшість досліджуваних соромляться свого становища та переживають проблеми на самоті. Досліджувані з ТХСМ не шукають соціальної підтримки, намагаються пережити всі проблеми самотійно.

Результати дослідження копінг-стратегій

	Всього	ТХСМ шийного відділу	ТХСМ грудного відділу	Р
Вирішення проблем				
11-16 балів-дуже низький	0	0	0	>0,05
17-21 бал-низький	16,3%	16,7%	16,1%	
22-30-середній	68,4%	55,6%	78,5%	
>31-високий	15,3%	27,8%	8,1%	
Пошук соціальної підтримки				
<13балів-дуже низький	7,1%	11,1%	4,8%	>0,05
14-18-низький	36,7%	36,1%	37,1%%	
19-28-середній	53,1%	52,8%	53,2%	
>29-високий	3,1%	0	3,1%	
Уникнення проблем				
11-15 балів-дуже низький	33,7%	33,3%	33,9%	>0,05
16-23-низький	61,2%	63,9%	59,7%	
24-26-середній	5,1%	2,8%	6,5%	
>27-високий	0	0	0	

Порівняльний гендерний аналіз емоційної сфери виявив такі відмінності. Реактивна тривожність вища у хлопчиків ($p=0,066$), а особистісна – у дівчаток ($p<0,05$). У дівчаток відсоток помірної реактивної тривожності вищий, ніж у хлопчиків (88,6% проти 71,4%). Однак дівчатка показують більший відсоток високої тривожності (28,2%), тоді як у хлопчиків цей показник дорівнює 11,9% ($p<0,05$). Гендерний аналіз особистісної тривожності показав максимальний відсоток високої тривожності у дівчаток (48,7%), у хлопчиків цей показник був у два рази менший (28,8%; $p<0,05$). Помірна особистісна тривожність більше виражена в хлопчиків (59,3%), ніж дівчаток (43,6%). Депресія була діагностована у 50% дівчаток і у 36,5% хлопчиків, причому виражена або важка депресія була у 23,9% дівчаток і 3,8% хлопчиків ($p<0,05$), тобто депресія більшою мірою характерна для дівчаток. Аналіз індикатора копінг-стратегії за шкалою «вирішення проблем» показав, що у дівчат низькі результати (46,9%), у хлопчиків більше виражений середній рівень вирішення проблем (55,2%).

Аналіз методики дослідження саморегуляції Ю. Куля виявив, що самоідентифікація, відповідність поставлених цілей внутрішньому Я великою мірою виявлялася у 67,8% випробуваних; здатність зберігати позитивний контроль і мотивувати себе, як і регулювати власну активність характеризувало 81,4% індивідів. Загалом, по всій вибірці ступінь саморегуляції був високим.

Дослідження когнітивного самоконтролю показало, що 78% досліджуваних характеризувались високою здатністю до планування та поетапного просування за наміченими цілями. У той же час афективний контроль був знижений за загальною вибіркою; високу орієнтацію на ціль без тривоги мали лише 36,2% досліджуваних ($p=0,035$).

Одним із компонентів самоврядування є розвиток волі. 80% досліджуваних мали високу здатність мобілізувати сили задля досягнення цілей; готовність мобілізувати сили перед труднощами була властива 84,7% досліджуваним.

В управлінні ситуацією важливим фактором є самоконтроль. На основі його відбувається інтеграція та переробка емоційних переживань. 72,9% досліджуваних мали виражену готовність конструктивно ставитися до невдачі, вони здатні рухатися далі та вчитися на своїх помилках. 67,8% людей здатні інтегрувати суперечливі аспекти життєвого досвіду шляхом співвіднесення їх зі своїми цінностями та нормами.

Важливо відзначити такий аспект самоврядування, як загальний життєвий стрес. Вимоги та загрози, що є компонентами життєвого стресу, можуть суттєво змінювати якість життя. 83,1% досліджуваних мали високий рівень загрози, що впливає на всі аспекти особистості. При проведенні реабілітації цьому аспекту варто приділити окрему увагу, оскільки наявність загрози не дозволить пацієнтові критично ставитися до ситуації лікування.

Вольове регулювання є важливим фактором у проведенні реабілітації. Наявність як зовнішньої, так і внутрішньої мотивації істотно підвищує швидкість відновлення після травми. Аналіз компонентів саморегуляції виявив особливості емоційної сфери досліджуваних залежно від рівня ТХСМ. Саморегуляція була однаково високо розвинена у досліджуваних з шийною та грудною травмою хребта, як і когнітивний контроль. Досліджувані ж із середнім рівнем травми мали нижчий афективний контроль (у 77,8% досліджуваних із грудною та 51,6% із шийною ТХСМ бал за підшкалою афективного контролю був ≤ 10), це свідчить про слабку здатність орієнтуватися на ціль без тривоги.

Таким чином, ступінь саморегуляції та вольова регуляція у досліджуваних висока, проте афективний контроль знижений при збереженому життєвому інтересі; при цьому дані параметри емоційної сфери можна порівняти у досліджуваних з шийним та грудним рівнем травми.

Детальний аналіз методики Н.Холла на емоційний інтелект показав, що випробувані з ТХСМ мають високу готовність до усвідомлення та розуміння своїх емоцій, а для цього більшість із них виробляють поповнення власного словника емоцій. Пацієнтам з ТХСМ не властива емоційна відходливість та гнучкість, довільне управління своїми емоціями

розвинене не дуже активно. Хворим із травмою хребта властиве розуміння, співпереживання поточному емоційному стану іншої людини, а також готовність надати підтримку. Близько 70% хворих із травмою спинного мозку мають вміння впливати на емоційний стан інших людей.

Аналіз тесту життестійкості відбувався за трьома шкалами. Дослідження життестійкості виявило розвинений компонент залучення у досліджуваних з ТХСМ, який дозволяє їм отримувати задоволення від власного життя; вони намагаються знайти в тому, що відбувається, щось вартісне і цікаве для особистості. У 86,4% досліджуваних боротьба дозволяє впливати на результат того, що відбувається; вони самі обирають власну діяльність та шлях. Також у них розвинений процес отримання нових знань з досвіду, але, при цьому, не всі готові діяти за відсутності надійних гарантій успіху.

Важливо відзначити, що повторно госпіталізовані в реабілітаційний центр «Подолання» досліджувані рідше пред'являли скарги ($r=0,291$; $p<0,05$), і частіше характеризувались стабільним емоційним фоном ($r=0,261$; $p<0,05$), були більш впевнені у собі ($r=0,326$; $p<0,01$) і критичні ($r=0,272$; $p<0,05$) порівняно з випробуваними, що надходили до Центру вперше. Останнє корелювало зі зростанням функціональності в процесі реабілітації. Це свідчить про високу ефективність заходів комплексної медичної, функціональної, психологічної та соціальної реабілітації, що проводяться в реабілітаційному центрі для досліджуваних «Подолання» за індивідуальними програмами реабілітації, що ґрунтуються на докладному аналізі реабілітаційного потенціалу та прогнозу.

Оцінка когнітивних функцій досліджуваних із травматичною хворобою спинного мозку виявив такі особливості. Аналіз результатів проб на слухо-речову пам'ять показав відсутність міжгрупових відмінностей щодо проби «Запам'ятовування шести слів». У той же час, результати безпосереднього та відстроченого відтворення стимулів у пробі «Запам'ятовування двох груп по три слова» були кращими у досліджуваних із травмою шийного відділу хребта.

Дослідження короткочасної зорової пам'яті показало відповідність нормі результатів досліджуваних із ТХСМ. Аналіз зорово-просторових функцій проводився за методикою «Judgment of Line Orientation» та тестом «Права-Ліва Рука». Аналіз усієї вибірки за тестом «Judgment of Line Orientation» продемонстрував відповідність результатів нормативним показникам у 94,4% досліджуваних. За результатами аналізу проби «Права-Ліва Рука» досліджувані із травмою шийного відділу робили менше помилок, ніж досліджувані із травмою грудного відділу хребта.

Аналіз результатів інтерференційного тесту показав, що більша кількість досліджуваних із групи із травмою шийного відділу хребта, ніж із групи із грудною травмою, виконали швидко завдання на придушення нерелевантних стимулів, що говорить про високий рівень гальмівного контролю. Когнітивна гнучкість також краще розвинена у групи досліджуваних із травмою шийного відділу хребта.

Порівняльний аналіз станів регуляторних функцій по тесту «Вербальна швидкість» виявив, що у досліджуваних з травмою шийного відділу встановлено тенденцію кращого розвитку механізму гальмування спливаючих асоціацій та невідповідних слів, а також механізму гнучкого перемикання між субкатегоріями. У той же час, досліджувані з травмою грудного відділу хребта краще утримують інструкцію та гальмують повторення. За тестом «Серійний рахунок» хворі з шийним рівнем ушкодження спинного мозку швидше виконували віднімання.

Виникнення психосоматичних розладів в дитячому та підлітковому віці пов'язано з періодом онтогенезу, морфо-функціональним станом, слабкістю і перенапругою окремих органів і систем, їх вродженою або набутою неповноцінністю, переважним характером психічного (афективного) (Jackson, & Aiken, 2020).

Психосоматичні розлади у дітей та підлітків у вигляді функціональної патології різних органів та систем обумовлені афективними порушеннями у вигляді слабо та помірно вираженої депресії невротичного рівня різного (психогенного, соматогенного, ендогенного) походження. Клінічна картина ПСР включає афективні прояви і вегетативно-вісцеральні дисфункції при переважній представленості останніх. Співвідношення афективних і соматичних порушень у клінічній картині психосоматичних (психовегетативних) розладів підпорядковується принципу зворотної залежності: при більшій представленості соматичних депресивні прояви відступають на другий план і навпаки – при значній виразності депресивних порушень менш виражені соматичні (Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Rief, & Hiller, 2019; Харченко, 2015).

Клінічні прояви депресивних станів у структурі психосоматичних розладів мають певні відмінності, пов'язані з переважаючим депресивним афектом, що дозволяє типологізувати депресію з виділенням астенічного, тривожного, тривожного і тужного. Найчастіше зустрічаються типологічні варіанти депресії з величезним переважанням тривожного компонента синдрому (Schwarzer, & Renner 2000; Turner, 2008).

Динаміка психосоматичних розладів у дітей та підлітків найчастіше характеризується певною етапністю. На першому етапі проявами психосоматичних розладів найчастіше є короточасні афективні реакції з нерозгорнутими короточасними вегетосудинними порушеннями в одній або кількох вісцеральних системах. На другому

етапі відзначається збільшення частоти і подальше наростання вираженості і тривалості депресивних розладів з більш стійкими порушеннями функцій різних систем, частково підтверджених параклінічно, і виникненням психосоматичних (психовегетий). Третій етап – подальший розвиток вегетативно-вісцеральних порушень, частіше з фіксацією в одній із систем і трансформації функціональних порушень в органічні і їх становлення до психосоматичного захворювання (Carver, & Harris, 2018; Hellhammer, 2017).

Новий комплексний диференційований терапевтичний підхід на основі обліку типології, ступеня виразності та генезу депресивних розладів, а також біологічних і психосоціальних факторів ризику виникнення депресій з використанням поряд із симптоматичними засобами з антидепресивною спрямованістю дії є адекватним методом лікування дітей та підлітків з психосоматичними розладами. Застосування антидепресантів та інших психотропних засобів статистично достовірно підвищує ефективність терапії психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці порівняно із симптоматичною терапією (Sampson, 2017; Sanders, 2018).

Висновки. У 42,9% досліджуваних із травматичною хворобою спинного мозку діагностована депресія (у тому числі у 13,2% виражена та тяжка депресія); переважання особистісної тривожності над реактивною. Виражена та важка депресія достовірно частіше виявляється у досліджуваних із травмою шийного відділу, тривога – грудного. Депресія та особистісна тривожність частіше зустрічається у дівчаток, реактивна тривожність вища у хлопчиків. У випробуваних з ТХСМ високою мірою розвинена саморегуляція, вольова регуляція, емоційний інтелект і залученість і, натомість, зниження афективного контролю та відсутності емоційної гнучкості. Когнітивна сфера у випробуваних з ТХСМ переважно відповідає нормативним даним, при цьому є тенденція до кращих показників когнітивних функцій у хворих з травмою шийного відділу хребта та спинного мозку.

Психосоматична патологія різних органів і систем у дітей і підлітків є емоційними порушеннями, що клінічно проявляються в різному ступені виразності вегетативно-вісцеральних (реакції, стану та захворювання) і афективних (субдепресія, прихована депресія та середньо виражена депресія) розладах.

Представленість афективних та соматичних проявів у клінічній картині психосоматичних розладів загалом підпорядкована принципу зворотної залежності виразності симптоматики – при значних соматичних депресивних проявах відходять на другий план, а при більш виражених депресивних розладах менш помітні соматичні. Вираженість депресії у дітей та підлітків з психосоматичними порушеннями незначна і не перевищує невротичного рівня.

Афективна патологія з функціональними соматичними порушеннями виступає найчастіше як визначальна клінічна картина психопатологічних станів, рідше як синдром у структурі інших, переважно прикордонних психічних розладів.

Депресивні порушення у структурі психосоматичних розладів мають певні якісні особливості, що дозволяє на основі переважання одного з типів депресивного афекту поділити їх на астеничні, тривожні, тужливі та змішані (астено-тривожні та тривожно-тужливі). Найбільш частими (602) є типологічні варіанти депресії із тривожним компонентом.

Клінічна картина психосоматичної патології у дітей та підлітків у її соматичній представленості значною мірою пов'язана з певним періодом онтогенезу у вигляді переважного прояву функціональними (психовегетативними) розладами: до 7 років – в основному у травній та шкірній системах, з 8 років – у руховій сфері з міалгіями та артралгіями, а також з алгічними (цефалгічними) проявами та з 10 років – порушеннями в ендокринній системі.

У виникненні та формуванні психосоматичної патології у дітей і підлітків поряд з основними факторами (афективним та онтогенетичним) беруть певну участь різні фактори ризику: біологічні (патологічно змінена «грунту» – мінімальна дисфункція мозку та ін.), генетичні (спадкова обтяжка психічними захворюваннями та ін) та психосоціальні (різні форми неправильного виховання та ін) фактори.

Динаміка психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці характеризується трьома етапами: початковим у вигляді короткочасних емоційних порушень та функціональних соматичних розладів, психосоматичні реакції, потім посиленням депресивних та соматичних порушень з трансформацією у психосоматичні стани і далі вже мають органічну основу.

Виділення типологічних варіантів, що лежать в основі психовегетативних, депресивних порушень дозволяє обґрунтувати диференційовану антидепресивну терапію психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці. Висока ефективність лікування психосоматичних розладів у дітей та підлітків із застосуванням препарату антидепресивної, транквілізуючої та ноотропної дії з урахуванням типологічних особливостей, ступеня виразності та генезу депресивних розладів у порівнянні з симптоматичною, навіть що поєднується з седативною терапією підтверджує адекватність запропонованого лікування.

Проведене на ранніх вікових етапах адекватне психосоматичному стану лікування (психофармакотерапія і психотерапія) є не тільки терапевтичним, а й профілактичним

засобом, що дозволяє запобігти формуванню психосоматичних захворювань у наступні вікові періоди та у дорослому житті.

Діти та підлітки з психосоматичними розладами повинні спостерігатися у психіатра, невропатолога та педіатра одночасно, особливо в періоди загострення стану, з обов'язковим проведенням поряд із симптоматичним лікуванням антидепресантами, ноотропами та іншими психотропними препаратами.

Перспективи подальших досліджень полягають у встановленні характеру впливу біологічних (спадкових, церебрально-органічних) та психосоціальних факторів, а також віку на формування та динаміку психосоматичних розладів. А також перспективною є розробка та впровадження у лікувальну практику загальносоматичних та психіатричних дитячих закладів патогенетично обґрунтованих методів психотерапії досліджуваних з психосоматичними розладами.

Література

1. Воронов, М. (2017). *Психосоматика: практическое руководство*. Киев : Ника-Центр.
2. Харченко, Д.М. (2015). *Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень* : навчальний посібник Київ : Видавничий дім «Слово».
3. Хорни, К. (2018). *Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза*. Канон+РООИ «Реабилитация».
4. Amirkhan, J. (2016). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10. 59(5), 1066-1074.
5. Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersoz, M., Akkus, S. (2017). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 51(1), 6-23.
6. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (2016). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
7. Benton, A.L., Varney, N., & Hamsher, K. (1978). Visuospatial judgment: a clinical test. *Archives of Neurology*, 35, 364-367.
8. Carver, C., & Harris, S. (2018). How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2 (26), 139–150.
9. Dahlberg, A., Rotila, M., Kautiainen, H., & Alaranta, H. (2017). Functional Independence in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 10 (40), 812-818.
10. Hellhammer, D. (2017). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London.
11. Hoffman, J.M., Bombardier, C.H., Graves, D.E., Kalpakjian, C.Z., & Krause, J.C. (2017). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(3), 411–418.
12. Jackson, K. M., & Aiken, L. S. (2020). A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and selfefficacy for sun protection. *Health Psychology*, 5 (19), 458–468.
13. Katz, R.C., Meyers, K., & Walls, J. (2019). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (18). 377–384.
14. Kennedy, P., & Rogers, B. (2016). Anxiety and Depression after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 932-937.
15. Kuhl, J., & Fuhrman, A. (2018). *Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory*. In: Motivation and self-regulation across the life span. New York, NY, US: Cambridge University Press.
16. Nemeroff, R., & Midlarsky, E. (2021). Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. *Journal of Aging and Human Development*, 1 (50), 1–15.
17. Rief, W. & Hiller, W. (2019). Somatoforme Storungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber.

18. Sampson, E.E. (2017). *Establishing Embodiment in Psychology. The Body and Psychology*. Cambridge.
19. Sanders, D. (2018). *Counselling for Psychosomatic Problems*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
20. Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 5 (19), 479–486.
21. Shunk, A.W., Davis, A.S., & Dean, R.S. (2017). Test Review: Dean C. Delis, Edith Kaplan, Joel H. Kramer, Delis Kaplan Executive Function System (D-KEFS). The Psychological Corporation, San Antonio, TX, *Applied Neuropsychology*, 4, 275-279.
22. Tulskey, D.S., Kisala, P.A., Victorson, D., Tate, D.G., Heinemann, A.W., Charlifue, S., Kirshblum, S.C., Fyffe, D., Gershon, R., Spungen, A.M., Bombardier, C.H., Dyson-Hudson, T.A., Amtmann, D., Kalpakjian, C.Z., Choi, S.W., Jette, A.M., Forchheimer, M., & Cella, D. (2016). Overview of the Spinal Cord Injury – Quality of Life (SCI-QOL) measurement system. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 3, 257-269.
23. Turner, B.S. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
24. Wecht, J.M., & Bauman, W.A. (2017). Decentralized cardiovascular autonomic control and cognitive deficits in persons with spinal cord injury. *Journal Spinal Cord Med*, 36(2), 74-81.

References

1. Voronov, M. (2017). *Psihosomatika: prakticheskoe rukovodstvo* [Psychosomatics: a practical guide]. Kiev : Nika-Tsentr. [in Russian].
2. Harchenko, D.M. (2015). *Psihosomatichni rozladi*. Teoriyi, metodi dliagnostiki, rezultati doslidzhen: navchalnyi posibnik [Psychosomatic problems. Theories, methods of diagnostics, results and dosage: tutorial]. K.: Vidavnicхий dIm «Slovo». [in Ukrainian].
3. Horni, K. (2018). *Nashi vnutrennie konfliktyi. Konstruktivnaya teoriya nevroza* [Our internal conflicts. The constructive theory of neurosis]. Kanon ROOI «Reabilitatsiya». [in Russian].
4. Amirkhan, J. (2016). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10. 59(5), 1066-1074.
5. Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersoz, M., Akkus, S. (2017). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 51(1), 6-23.
6. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (2016). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
7. Benton, A.L., Varney, N., & Hamsher, K. (1978). Visuospatial judgment: a clinical test. *Archives of Neurology*, 35, 364-367.
8. Carver, C., & Harris, S. (2018). How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2 (26), 139–150.
9. Dahlberg, A., Rotila, M., Kautiainen, H., & Alaranta, H. (2017). Functional Independence in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 10 (40), 812-818.
10. Hellhammer, D. (2017). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London.
11. Hoffman, J.M., Bombardier, C.H., Graves, D.E., Kalpakjian, C.Z., & Krause, J.C. (2017). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(3), 411–418.
12. Jackson, K. M., & Aiken, L. S. (2020). A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology*, 5 (19), 458–468.
13. Katz, R.C., Meyers, K., & Walls, J. (2019). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (18). 377–384.
14. Kennedy, P., & Rogers, B. (2016). Anxiety and Depression after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 932-937.
15. Kuhl, J., & Fuhrman, A. (2018). *Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory*. In: Motivation and self-regulation across the life span. New York, NY, US: Cambridge University Press.
16. Nemeroff, R., & Midlarsky, E. (2021). Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. *Journal of Aging and Human Development*, 1 (50), 1–15.
17. Rief, W. & Hiller, W. (2019). *Somatoforme Storungen*. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber.
18. Sampson, E.E. (2017). *Establishing Embodiment in Psychology. The Body and Psychology*. Cambridge.
19. Sanders, D. (2018). *Counselling for Psychosomatic Problems*. London. Thousand Oaks. New Delhi.

20. Schwarzer, R., & Renner B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 5 (19), 479–486.
21. Shunk, A.W., Davis, A.S., & Dean, R.S. (2017). Test Review: Dean C. Delis, Edith Kaplan, Joel H. Kramer, Delis Kaplan Executive Function System (D-KEFS). The Psychological Corporation, San Antonio, TX, *Applied Neuropsychology*, 4, 275-279.
22. Tulskey, D.S., Kisala, P.A., Victorson, D., Tate, D.G., Heinemann, A.W., Charlifue, S., Kirshblum, S.C., Fyffe, D., Gershon, R., Spungen, A.M., Bombardier, C.H., Dyson-Hudson, T.A., Amtmann, D., Kalpakjian, C.Z., Choi, S.W., Jette, A.M., Forchheimer, M., & Cella, D. (2016). Overview of the Spinal Cord Injury – Quality of Life (SCI-QOL) measurement system. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 3, 257-269.
23. Turner, B.S. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
24. Wecht, J.M., & Bauman, W.A. (2017). Decentralized cardiovascular autonomic control and cognitive deficits in persons with spinal cord injury. *Journal Spinal Cord Med*, 36(2), 74-81.

Відомості про авторів

Журба Анатолій, кандидат психологічних наук, доцент кафедри гуманітарних наук та фізичного виховання, ДЗ «Луганський державний медичний університет», Рубіжне, Україна

Jhurba, Anatolii, PhD, Associate Professor of Humanities and Physical Education, DZ «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3374-3612>

E-mail: drone1@ukr.net

Рябчик Ярослав, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Riabchych, Yaroslav, PhD, Associate Professor of the Department of Developmental Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3216-5059>

Отримано 1 серпня 2022 р.
Рецензовано 15 серпня 2022 р.
Прийнято 19 серпня 2022 р.