

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Кузнецова Елена Андреевна

**Особенности когнитивной и эмоционально-волевой сферы у
подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией**

19.00.04 – Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Санкт-Петербург – 2017

Работа выполнена на кафедре медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор,

Мамайчук Ираида Ивановна

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита состоится «___» _____ 201 г. в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 212.232.22 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: факультет психологии, ауд. 227, наб. Макарова, 6, Санкт-Петербург, 199034.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета (Университетская наб., 7/9).

Автореферат разослан «___» _____ 201 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат психологических наук

Трусова А.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В работах отечественных авторов соматоформные расстройства рассматриваются как функциональные расстройства, обусловленные психогенными факторами и проявляющиеся в виде соматических симптомов (Белова Е.В., 2006, Перегожин Л.О., 2015). Авторами подчеркивается полиэтиологичность данной группы расстройств (Гиндикин В.Я., 2000; Исаев Д.Н., 2004; Дереча В.А., 2005; Дмитриева Т.Б., 2009; Холмогорова А.Б., 2011; Eminson M., 2007 и др.), высокая роль различных психосоциальных факторов в их возникновении и развитии (Исаев Д.Н., 2000; Чугунов Д.Н. 2006; Чутко Л.С., 2011; Холмогорова А.Б., 2011; Чижова А.И., 2012; Poikolainen K. et al., 1995; Eminson M., 2007; Roelofs K., Spinhoven P., 2007; Meyer M.J. et al., 2008 и др.), высокая коморбидная связь с расстройствами аффективного спектра (Иванов С.В., 2002; Петрунько О.В., 2004; Холмогорова А.Б., 2011; Rief W., Hiller W., 1999; Allen L.A. et al., 2001; Price J.S. et al., 2004; Garralda E., 2008; Rief W., 2014 и др.). Развитие расстройств сопровождается снижением трудоспособности и социальной адаптации, возникновением вторичных эмоциональных и невротических расстройств (Исаев Д.Н., 2000; Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Иванов С.В., 2002; Петрунько О.В., 2004; Маринчева Л.П., 2005; Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L., 1992; Leibbrand R., Hiller W., Fitcher M.M., 2000; Silber T.J., Pao M., 2003; Garralda E., 2008; Rief W., 2014 и др.).

На долю соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) в детском и подростковом возрасте по данным авторов приходится от 13% до 75% всех обращений с неинфекционной патологией (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Ацель Е.А., Газизов Р.М., 2008; Tomasson K. et al., 1991; Fritz G.K., et al., 1997 и др.). Разноречивость данных связана с многообразием методологических подходов и недостаточной разработанностью диагностических критериев (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Менделевич В.Д., 2002; Mayou R.L. et al., 2005; Brown R.J., 2007; Eminson M., 2007). Высокая распространенность соматоформной вегетативной дисфункции в детском и подростковом возрасте, недостаточная диагностическая разработанность, высокая социальная значимость проблемы делают ее актуальной.

Актуальность темы исследования обусловлена следующими факторами:

- 1) практическое отсутствие клинико-психологических исследований детей и подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией;
- 2) важное диагностическое и прогностическое значение исследования психологических факторов и особенностей психического состояния;
- 3) фрагментарность и противоречивость исследования когнитивных функций у подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями. В отдельных работах подчеркивается нарушение темпа психической деятельности, другие исследователи обращают внимание на снижение ее регуляции;

4) важность исследования эмоционально-волевой сферы подростков с СВД для психопрофилактики возникновения расстройства и успешной психокоррекции и адаптации таких подростков.

Степень разработанности проблемы. Количество психологических исследований соматоформных расстройств в детском и подростковом возрасте совершенно недостаточно. Имеющиеся отдельные исследования носят фрагментарный и противоречивый характер. Как отечественные, так и зарубежные исследователи в первую очередь уделяют внимание особенностям эмоционального состояния и изменениям в эмоциональной сфере у подростков с СВД (Исаев Д.Н., 2004; Бортникова Е.Г., 2006; Гурович О.В. и др., 2010; Холмогорова А.Б., 2011; Zwaigenbaum L. et al. 1999; Smith M.S., 2003; Duddu V., Isaac M.K., Chaturvedi S.K., 2003; Waller E., Scheidt C.E., 2004; Compas B.E. et al., 2006; Heaven P., Ciarrochi J., Hurrell K., 2010; Beutel M.E., Bleichner F., von Heymann F., Tritt K., Hardt J., 2011; Campo J.V. et al., 2013 и др.). В частности, авторами отмечаются повышение тревоги, снижение настроения, склонность к катастрофизации своего состояния, бедность собственных эмоций.

Авторами указывается высокая роль стресса в возникновении СВД в подростковом возрасте (Исаев Д.Н., 2004; Балашова С.В., 2007; Малкова, 2012; Walker L.S., 2001; Campo J.V. et al., 2002; Roelofs K., Spinhoven P., 2007 и др.). Однако лишь отдельные публикации посвящены исследованию таких стрессовых обстоятельств (Poikolainen K., Kanerva R., Lönnqvist J., 1995; Roelofs K., Spinhoven P., 2007). Кроме того, в качестве факторов риска развития СВД разными авторами указываются неблагоприятный стиль воспитания, условная выгодность болезни и семейные конфликты (Исаев Д.Н., 2000; Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2000; Эйдемиллер Э.Г., 2003; Чугунов Д.Н., 2006; Разинькова Н.С., Никишина В.Б., 2007; Холмогорова А.Б., 2011; Silber T.J., Пао М., 2003; Garralda E., 2008; и др.); повышение социальных требований к подростку, особенности межличностных отношений и культурной среды, социальная дезадаптация (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2002; Маринчева Л.П., 2005; Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Галкина А.М., 2006; Холмогорова А.Б., 2011; Лифинцева А.А., Животягин Р.Р., 2012 и др.).

Некоторые публикации посвящены изучению личностных особенностей подростков с СВД (Исаев Д.Н., 2005; Бортникова Е.Г., 2006; Чугунов Д.Н., 2006; Брябрина Т.В., 2009; Thomsen A.H. et al. 2002; Compas B.E. et al. 2006; Heaven P., Ciarrochi J., Hurrell K., 2010; White K.S. et al., 2011 и др.). В них указывается, что таким подросткам свойственны повышенная личностная тревожность, социальная незрелость, трудности в поддержании близких отношений, зависимость от группы, несформированные представления о своей личности и слабость собственного «Я», неадаптивные психологические защиты. Однако общее число таких публикаций мало, и проблема требует дополнительного изучения.

Наименее всего исследованы когнитивные особенности детей и подростков с СВД. Отдельные работы, посвященные этой проблеме, выполнены зарубежными авторами (Nomack S. et al., 2004; Lim S., Kim J., 2005;

Witthoft M. et. al., 2006; Marcus D.K. et. al., 2007; Reinholdt-Dunne M.L. et. al., 2009; Beck J.E., Lipani T.A. et. al., 2011; Wingenfeld K., Riedesel K. et. al., 2011; Bailey H.N. et. al., 2012 и др.). В них авторы указывают на общее снижение внимания и темпа протекания когнитивных процессов, смещение фокуса внимания на эмоционально насыщенные стимулы, связанные с болезненными переживаниями. Отечественные исследования когнитивных особенностей детей и подростков с СВД практически отсутствуют, эта тема остается неразработанной.

Отдельного внимания заслуживают случаи, в которых соматоформная вегетативная дисфункция сопровождается соматическим расстройством. Несмотря на высокую распространенность сочетанного заболевания в клинике, проблема остается недостаточно исследованной, существуют лишь отдельные работы (Бортникова Е.Г., 2006).

Цель исследования: комплексное изучение когнитивных и эмоционально-волевых особенностей подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями.

Объект исследования: эмоционально-волевая и когнитивная сфера подростков 13-17 лет с различными СВД, находящихся на стационарном лечении.

Предмет исследования: особенности эмоционально-волевой и когнитивной сферы подростков с СВД.

Гипотезы исследования:

1. Существуют специфические отличия в эмоционально-волевой сфере подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями в сравнении со здоровыми.

2. Подростки с СВД, в сравнении со здоровыми, отличаются более высокой избирательностью внимания в отношении эмоционально значимых для них стимулов, имеют особенности кратковременного запоминания и отложенного воспроизведения эмоционально значимой информации.

3. Имеются отличия в эмоциональном состоянии и уровне работоспособности подростков с изолированной формой СВД и подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием.

Цель и гипотезы определили постановку следующих **задач** исследования:

1. Изучение личностных особенностей подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями, определяющих особенности эмоционально-волевой сферы.

2. Выявление и качественный анализ стрессовых переживаний у подростков изучаемых групп.

3. Исследование особенностей отношения к болезни и ее последствиям у подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями.

4. Изучение характеристик психической дезадаптации и психических состояний (тревожности, депрессивного фона, уровня астенизации, алекситимии) у изучаемых лиц.

5. Изучение особенностей умственной работоспособности, исследование избирательности внимания, особенностей кратковременного и долговременного запоминания нейтральных стимулов и стимулов различной эмоциональной окраски в изучаемых группах.

6. Выявление взаимосвязей когнитивных и эмоционально-волевых особенностей у подростков изучаемых групп.

7. Анализ клинико-психологических дифференциально-диагностических критериев для изучаемых групп и направлений психокоррекционной работы.

Научная новизна. Впервые проведено клинико-психологическое исследование когнитивных особенностей у подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями, сопровождающимися и не сопровождающимися сопутствующим соматическим заболеванием. На основе полученных данных выделены особенности когнитивного функционирования, отличающие подростков с соматоформными дисфункциями от здоровых. Проанализированы эмоционально-волевые особенности изучаемой группы подростков. На основе полученных данных представлен комплекс дифференциально-диагностических критериев, определяющих когнитивные и эмоционально-волевые особенности подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями.

Теоретическая значимость. Полученные результаты исследования дополняют и углубляют теоретические представления медицинской психологии о психологических особенностях подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями. Результаты позволяют шире понять как причины, так и психологические механизмы развития соматоформной вегетативной дисфункции у подростков. Полученные данные о когнитивных особенностях таких подростков представлены впервые и существенно дополняют имеющиеся теоретические представления. Результаты исследования подчеркивают актуальность и продуктивность биопсихосоциального подхода к проблеме соматоформной вегетативной дисфункции.

Практическая значимость. Проведенное исследование позволило разработать дифференциально-диагностические критерии соматоформной вегетативной дисфункции в подростковом возрасте, выявлены клинико-психологические отличия разных форм СВД. Полученные результаты могут быть использованы для углубленной диагностики, психологической коррекции и реабилитации таких подростков. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в профессиональной подготовке клинических психологов, в повышении квалификации психологических и медицинских кадров в форме лекций, обучающих семинаров и спецкурсов.

Теоретико-методологические основы диссертации:

- общенаучные принципы исследования психических явлений: принцип системности, принцип детерминизма, принцип развития, принцип личностного подхода (Ананьев Б.Г., 1980; Барабанщиков В.А., 2007; Выготский Л.С., 1984; Зинченко В.П., Смирнов С.Д., 1983; Леонтьев А.Н., 1983; Ломов Б.Ф., 1984; Мазилев В.А., 1999; Рубинштейн С.Л., 1940; Юревич А.В., 2005 и др.);

- парадигма биопсихосоциального единства человека (Бехтерев В.М., 1999; Кабанов М.М., 1983; Карвасарский Б.Д., 2002 и др.) и биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни (Перре М., Бауманн У., 2007; Engel G.L., 1980 и др.);

- теоретико-экспериментальные подходы к изучению соматоформных расстройств (Холмогорова А.Б., 2011; Kirmayer L.J., Taillefer S., 1997; Rief W., Hiller W., Margraf J., 1998; Rief W., Barsky A.J., 2005 и др.);

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Эмоционально-волевая сфера подростков с СВД отличается от таковой у здоровых подростков, что проявляется повышенной восприимчивостью к стрессовым воздействиям, повышенной тревогой на ситуативном и личностном уровне, снижением фона настроения, признаками алекситимии, психической дезадаптацией. Подростки с СВД более подвержены влиянию различных стрессовых переживаний.

2. У подростков с СВД, в отличие от здоровых, наблюдается повышенная избирательность внимания к специфическим (описывающим болезненное состояние) эмоционально значимым стимулам, что проявляется в снижении темпа работы с такими стимулами в задачах, требующих переключения внимания, но увеличении продуктивности при их непосредственном запоминании.

3. У подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием в сравнении с подростками с изолированной формой СВД наблюдаются более выраженные признаки эмоционального неблагополучия, что проявляется в низком уровне адаптации, высокой астенизации, снижении когнитивной продуктивности. Отмечается более высокий уровень алекситимии, более выраженный уровень астенизации.

Достоверность и надёжность полученных результатов обеспечивается разносторонним анализом научной литературы, достаточным объемом и репрезентативностью выборки, применением методик, адекватных цели, предмету и объекту исследования, статистическим и качественным анализом полученных данных.

Апробация работы. Результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, на международной научной конференции молодых ученых «Психология XXI века» (Санкт-Петербург, 16-18 апреля 2013; Санкт-Петербург, 17-19 апреля 2014); международной научной конференции «Ананьевские чтения – 2015. Фундаментальные проблемы психологии» (Санкт-Петербург, 20-22 октября

2015); международном молодежном научном форуме «Ломоносов» (Москва, 7-11 апреля 2014; Москва, 13-17 апреля 2015).

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения и выводов, изложенных на 180 страницах машинописного текста. Содержит 32 таблицы, 15 рисунков, а также список литературы, включающий 204 источника, из них 104 на русском и 100 на иностранных языках, и 5 приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность выбранной темы, определяются цель и задачи, раскрываются новизна и практическая значимость исследования, формулируются положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Основные теоретико-методологические подходы к проблеме соматоформной вегетативной дисфункции в подростковом возрасте»** проводится обзор основных теоретико-методологических и методических подходов к изучению механизмов соматоформной вегетативной дисфункции, рассматриваются факторы риска развития СВД, обобщаются результаты исследований отечественных и зарубежных авторов, посвященных анализу психологических особенностей подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями. Раскрывается понятие соматоформной вегетативной дисфункции, ее виды, клинические характеристики и место в международном классификаторе болезней. Рассматриваются различные теоретико-методологические и методические подходы к пониманию изучаемого феномена: биологические модели (Анохин П.К., 1971; Курцын И.Т., 1978; Губачев Ю.М., 1981; Судаков К.В., 1987), психодинамические модели (Ф.Данбар, 1935; Ф.Александр, 1950; М.Шур, 1966; А.Митчерлих, 1966), когнитивные модели (Barsky A.J., Wyshak G., 1990; Kirmayer L.J., Taillefer S., 1997; Brown R.J., 2004; Rief W., Barsky A.J., 2005). Рассматривается история изучения данного феномена в петербургской школе психологии (Мясищев В.Н., 1959; 1960) и современные представления отечественных ученых о данной проблеме, реализованные в рамках комплексного биопсихосоциального подхода (Хомогорова А.Б., 2011). Представлен аналитический обзор данных отечественной и зарубежной научной литературы о психологических особенностях подростков с СВД. Рассмотрены данные о факторах риска и роли стрессовых переживаний в развитии СВД у подростков. Проведенный анализ литературы показывает, что большинство известных научных работ в этой области представлены на взрослой выборке и имеют клиническую направленность. Клинико-психологические исследования подростков с СВД разрозненны и явно недостаточны. Практически отсутствуют работы, посвященные психологическим особенностям подростков с различными вариантами СВД.

В **главе 2 «Организация и методы исследования»** приводится характеристика выборки и методов исследования. Исследование выполнено на базе клиники детских болезней им. академика М.С. Маслова Военно-

Медицинской академии им. С.М. Кирова, отделения неврологии Детской городской больницы № 1 Санкт-Петербурга в 2011 - 2014 годах.

В исследовании приняло участие 166 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Из них подростки с изолированной формой соматоформной вегетативной дисфункции – 66 человек, подростки с соматоформной вегетативной дисфункцией и сопутствующим соматическим заболеванием – 40 человек. В контрольной группе (здоровые подростки) – 60 человек. Возрастно-половой состав обследованных групп подростков представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение выборки по возрасту и полу

| Возраст | Пол | Здоровые подростки | Группа 1* | Группа 2** |
|-----------|--------------|--------------------|-----------|------------|
| 13-15 лет | Мальчики | 20 | 22 | 12 |
| | Девочки | 8 | 11 | 8 |
| | <i>Всего</i> | 28 | 33 | 20 |
| 16-17 лет | Мальчики | 26 | 25 | 16 |
| | Девочки | 6 | 8 | 4 |
| | <i>Всего</i> | 32 | 33 | 20 |

Примечания:

*Группа 1 – подростки с изолированной СВД

**Группа 2 – подростки с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием.

В контрольную группу вошло 60 условно здоровых подростков, проходящих диспансеризацию, не имевших отклонений в психическом и физическом развитии. По результатам комплексного исследования специалистами подростки были признаны здоровыми.

Экспериментальную группу (подростки с соматоформной вегетативной дисфункцией) составили подростки, предъявлявшие жалобы и имеющие по итогам комиссионного осмотра (педиатром, неврологом, психиатром и другими специалистами) установленную клиницистами соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.30 и F45.31 по МКБ-10). Подавляющее число предъявляемых жалоб было на боли в животе, головные боли. Отдельную подгруппу (40% от всех подростков с СВД) составили подростки с соматоформной вегетативной дисфункцией и сопутствующим соматическим заболеванием. В эту группу вошли пациенты со следующими сопутствующими расстройствами и заболеваниями: артериальная гипертензия, хронический гастрит, гастродуоденит, различные функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Критериями включения в исследование стали возраст 13-17 лет, установленная в результате врачебного комиссионного осмотра СВД, наличие жалоб не менее 6 месяцев и не более двух лет. Критериями исключения из исследования стали возраст младше 13 и старше 17 лет, интеллектуальная недостаточность, личностные расстройства, наличие тяжелых хронических заболеваний, наличие экстренных госпитализаций в последние два года, наличие острых стрессовых реакций.

Основное экспериментальное исследование проводилось индивидуально с каждым подростком, в отдельном, тихом и хорошо освещенном помещении.

В **процедуре** исследования можно выделить несколько этапов. На *первом* этапе происходило знакомство с историей болезни подростка, изучение

сведений анамнестического характера - таких как наличие сопутствующих заболеваний, предыдущие госпитализации, жалобы, предъявляемые при поступлении. На *втором* этапе проводилось собеседование, которое включало углубленное анамнестическое исследование, клинико-психологическое интервью, также подростку объяснялись некоторые цели исследования, и получалось согласие на участие в нем. На *третьем* этапе проводилось экспериментально-психологическое исследование. В конце обследования было отведено время на обратную связь, интерпретацию некоторых результатов, их обсуждение и ответы на вопросы.

В исследовании использовались экстенсивный, экспериментально-психологический, статистический методы. Экстенсивный метод включал в себя анализ медицинской документации, наблюдения за подростками, клинико-психологическое интервью. В качестве экспериментально-психологических методов исследования применялись следующие методики:

1) интегративный тест тревожности (ИТТ) (Бизюк А.П. с соавт, 1997), направленный на изучение различных компонентов ситуативной и личностной тревожности;

2) шкала депрессии Зунга в адаптации Балашовой (Балашова С.В., 1988), используемая для изучения снижения настроения и уровня депрессии;

3) Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26) (Ересько Д.Б. и др., 1994), используемая для определения наличия и уровня выраженности алекситимических черт;

4) шкала астенического состояния (Малкова Л.Д., Чертова Т.Г., 2000), используемая для оценки выраженности астенического состояния;

5) многофакторный личностный опросник Кеттелла (Кеттел Р., 1970), подростковый вариант (14PF), с целью анализа структуры личности.

6) проективная методика «Незаконченные предложения» в модификации Шаца и Кагана (Шац И.К., Каган В.Е., 2010), с целью анализа отношений к болезни и здоровью у исследуемых подростков.

Вторая часть исследования была направлена на изучение когнитивных особенностей при работе с нейтральной и эмоционально окрашенной информацией и включала следующие экспериментальные методики:

1) Эмоциональный Струп-тест, направленный на изучение влияния эмоций на эффективность процессов избирательности внимания. С целью исследования особенностей восприятия слов с разной эмоциональной окраской использовались специально отобранные группы стимулов (нейтральные стимулы, стимулы с отрицательным эмоциональным содержанием, стимулы с положительным эмоциональным содержанием, стимулы, описывающие болезненное состояние).

2) Модифицированная методика «10 слов», направленная на изучение особенностей запоминания и последующего воспроизведения из кратковременной и долговременной памяти нейтральных стимулов и стимулов с различным эмоциональным содержанием.

3) Метод семантического дифференциала, использованный с целью оценки степени субъективной эмоциональной важности представленных ранее стимулов.

Полученные экспериментальные данные сопоставлялись с результатами экстенсивных методов (наблюдение, беседа, анализ медицинской документации).

Математическая обработка результатов производилась посредством компьютерной программы SPSS Statistics 20. Различия в наблюдаемых параметрах и наличие взаимосвязи признавались достоверными при $p \leq 0,05$. В качестве методов математико-статистической обработки данных для констатации различий между обследованными группами подростков применялись критерии t-Стьюдента; U-Манна-Уитни; W-Вилкоксона, χ^2 -Пирсона. Взаимосвязь между показателями определялась при помощи критериев r-Пирсона, Спирмена. В целях обобщения результатов был проведен факторный анализ методом главных компонент, дискриминантный анализ методом пошагового включения.

В главе 3 «Результаты экспериментального исследования подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями» изложены результаты сравнительного исследования подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями в сравнении со здоровыми.

В ходе структурированного клинико-психологического интервью был проведен содержательный анализ наличия стрессовых переживаний в жизни среди исследуемых групп подростков. Выявлено, что 15% здоровых подростков и 73% подростков с СВД отметили наличие стрессовых переживаний. При этом в группе подростков с изолированной формой СВД стрессовые переживания отметили 77%, а в группе подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием – 60% подростков. Данные представлены на рисунке 1.

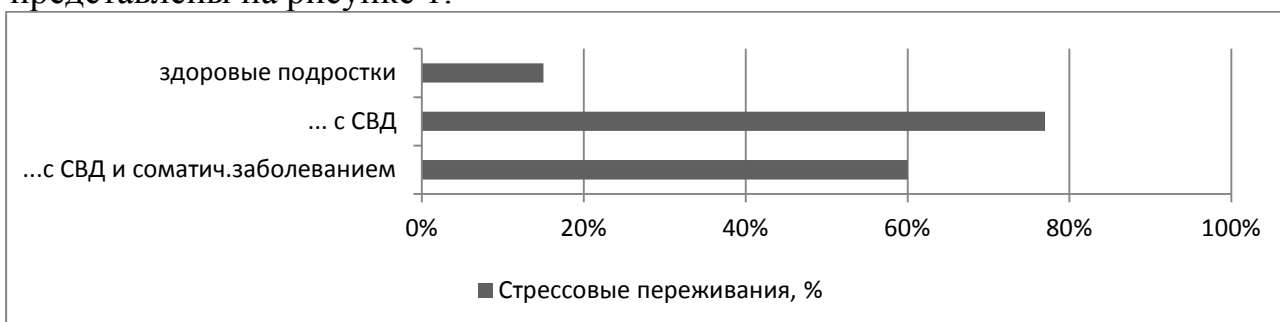


Рисунок 1. Относительное количество подростков со стрессовыми переживаниями (%) в трех сравниваемых группах (по данным интервью).

По оси абсцисс – количество подростков (%), по оси ординат – исследуемые группы

При анализе ответов подростков экспериментальной группы было выделено четыре группы стрессовых переживаний. В группе подростков с СВД 23% обследованных отмечали наличие сразу нескольких стрессовых переживаний. 17% подростков отметили наличие в своей жизни одновременно проблем в общении со сверстниками и проблем, связанных с увеличением

нагрузки в школе. 6% отметили проблемы, связанные с увеличением учебной нагрузки, и неблагополучную семейную ситуацию. Содержательная характеристика каждой из выделенных групп и конкретные ее стрессовые проявления, наблюдавшиеся у обследуемых, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты содержательного анализа стрессовых переживаний

| Стрессовые переживания | % случаев | Содержательная характеристика | Конкретные проявления |
|--|-----------|--|--|
| Проблемы общения со сверстниками | 53% | Смена школьного коллектива; непринятие в новом коллективе; конфликт за лидерство в коллективе. | Позиция отверженного в классе; отказ от посещения школы; |
| Увеличение учебной нагрузки | 34% | Увеличение нагрузки в классе; смена учителя; переход в новую школу с более сильной программой. | Тревога, связанная с получением низких оценок; страх не сдать выпускные экзамены, страх не поступить в ВУЗ; снижение оценок и страх, связанный с осуждением этого. |
| Неблагополучная семейная ситуация | 10% | Конфликты и развод родителей; неадекватные или противоречивые требования к ребенку; межсиблинговая конкуренция. | Конфликты с членами семьи; нарушения поведения, уходы из дома. |
| Переживания, связанные с травмой в прошлом | 3% | Легкие автомобильные аварии, простые переломы конечностей при игре или в компании сверстников, которые не имели значимых последствий для физического здоровья, однако явились сильным стрессором и тяжело переживавшиеся подростком. | Страх повторения травмировавшего в прошлом события; страх возникновения отдаленных последствий. |

Был проведен дополнительный анализ исследуемых особенностей подростков с изолированной СВД (группа 1) и подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием (группа 2). В первой группе наличие стрессовых переживаний выявлено в 77% случаев, во второй группе – в 60% случаев. Выявлены статистически достоверные различия в частоте встречаемости различных стрессовых переживаний. Так, переживания, связанные с проблемами в общении, являются преобладающими для подростков первой группы (61% от всех случаев), в то время как во второй группе они встречаются достоверно реже (33%). Переживания, связанные с увеличением школьной нагрузки и снижением учебной успешности, преобладают у подростков второй группы (42%), в то время как у подростков первой группы встречаются достоверно реже (30%). Переживания, связанные с неблагополучной семейной ситуацией, отмечались в 9% случаев подростками первой группы и в 17% случаев подростками второй группы, различия являются статистически достоверными. Наконец, у подростков второй группы в 8% случаев отмечались переживания, связанные с прошлой травмой, не оставившей последствий для физического здоровья, у подростков первой группы таких переживаний не отмечалось.

Результаты методики «Незаконченные предложения» в модификации Шаца и Кагана показали, что отношение к болезни и здоровью имеет как общие, так и отличительные особенности в исследуемых группах подростков с СВД и здоровых. Так, не наблюдалось различий в отношении к госпитализации

и представлениях о будущем (в связи с состоянием болезни). В то же время, количественный и качественный анализ показал, что здоровые подростки связывали здоровье и болезнь преимущественно с физическим неблагополучием, в то время как подростки с СВД – с физическим и эмоциональным неблагополучием. У подростков с СВД достоверно чаще наблюдались дисфункциональные представления о болезни и страх перед ней (31% у подростков с СВД и 8% у здоровых подростков, $\chi^2=8,4$; $p<0,01$). У здоровых подростков – отсутствовали эмоциональные отклики на состояние болезни, прослеживались гармоничные представления о ней. В представлениях подростков об отношении семьи к их заболеванию подростки с СВД достоверно чаще отмечали, что члены их семей излишне переживали за состояние подростка, обращали внимание на психологическое состояние или же подозревали в симуляции (44% у подростков с СВД и 3% у здоровых подростков, $\chi^2=12,2$; $p<0,01$). В отношении к лечению подростки с СВД достоверно чаще подчеркивали, что выздоровление зависит от стабилизации эмоционального состояния (27% у подростков с СВД и 0% у здоровых подростков, $\chi^2=7,4$; $p<0,01$); часть подростков с СВД не верила в возможность полноценного выздоровления (13% у подростков с СВД и 0% у здоровых подростков, $\chi^2=3,3$; $p<0,01$).

Внутри группы подростков с СВД наблюдались достоверные различия в отношении к лечению. Подростки с изолированной формой СВД достоверно чаще в своих ответах указывали на настороженность, неуверенность, недоверие к результатам лечения, подчеркивали необходимость стабилизации эмоционального состояния для выздоровления (57% у подростков с изолированной формой СВД и 24% у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием, $\chi^2=4,7$; $p<0,05$). Подростки с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием демонстрировали позитивное отношение к лечению, верили в возможность исцеления и благополучный исход болезни (43% у подростков с изолированной формой СВД и 76% у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием, $\chi^2=5,2$; $p<0,05$).

По данным методики Кеттела (многофакторный личностный опросник Кеттела) среди личностных особенностей, определяющих особенности эмоционально-волевой сферы, статистически достоверные различия определялись по факторам С ($7,2\pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $8,8\pm 0,2$ в группе здоровых подростков, $p=0,001$), D ($5,4\pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $4,2\pm 0,2$ в группе здоровых подростков, $p=0,001$), О ($5,0\pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $3,9\pm 0,2$ в группе здоровых подростков, $p=0,001$), Q₃ ($5,3\pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $6,4\pm 0,2$ в группе здоровых подростков, $p=0,001$), Q₄ ($6,1\pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $4,0\pm 0,2$ в группе здоровых подростков, $p=0,001$). Подростки с СВД в сравнении со здоровыми характеризовались недостаточной эмоциональной устойчивостью, повышенной личностной тревожностью, низкой толерантностью к стрессовым воздействиям и фрустрации.

Также подростки с СВД обнаружили повышенный уровень психической дезадаптации. При помощи формулы Березина ($ПД=Q4/C$) был выявлен индекс психической дезадаптации, который четко проявляется в группе подростков с СВД ($ПД=1,2$ в экспериментальной группе, что соответствует легкой дезадаптации, по сравнению с $ПД=0,48$ в контрольной группе, $p=0,002$). Различий по уровню психической дезадаптации в группах подростков с изолированной СВД и СВД с сопутствующим соматическим заболеванием, не было выявлено. Данные представлены на рисунке 2.



Рисунок 2. Значения индекса психической дезадаптации (по формуле Березина) у подростков с СВД и здоровых подростков.

По оси абсцисс – значение индекса, по оси ординат – исследуемые группы

У подростков с СВД был выявлен повышенный уровень как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности, которые проявлялись в виде повышенной утомляемости, наличии страхов, ощущении социальной незащищенности, неуверенности в себе. У здоровых подростков, даже при наличии повышенного уровня личностной тревожности, этого не наблюдалось. Также подростки с СВД имели сниженное настроение, ощущение астенизации, признаки алекситимии и трудности в выражении чувств. Результаты сравнительного исследования эмоциональных особенностей представлены в таблице 3.

Таблица 3. Сравнение результатов исследования эмоциональных особенностей

| Шкалы эмоциональной оценки | Подростки с СВД (N=106) M±SD | Здоровые подростки (N=60) M±SD | P |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| Шкалы ситуативной тревоги по методике ИТТ | | | |
| Общая | 3,09±0,22 | 1,45±0,11 | 0,001 |
| Эмоциональный дискомфорт | 3,52±0,22 | 3,25±0,27 | 0,432 |
| Астения | 4,41±0,26 | 1,88±0,21 | 0,001 |
| Фобический компонент | 3,3±0,24 | 1,5±0,19 | 0,001 |
| Оценка перспективы | 3,53±0,24 | 3,12±0,27 | 0,261 |
| Реакции соц. защиты | 3,62±0,24 | 2,4±0,19 | 0,001 |
| Шкалы личностной тревожности по методике ИТТ | | | |
| Общая | 4,41±0,22 | 2,22±0,19 | 0,001 |
| Эмоциональный дискомфорт | 5,23±0,21 | 4,75±0,22 | 0,159 |
| Астения | 5,17±0,26 | 2,08±0,24 | 0,001 |
| Фобический компонент | 4,11±0,23 | 1,98±0,23 | 0,001 |
| Оценка перспективы | 3,66±0,23 | 3,23±0,24 | 0,224 |
| Реакции соц. защиты | 3,75±0,24 | 2,47±0,21 | 0,001 |
| Другие шкалы | | | |
| Шкала Зунга | 38,17±0,77 | 31,2±0,68 | 0,001 |
| TAS | 63,92±1,32 | 55,8±1,27 | 0,001 |
| Шкала астении | 46±1,2 | 32,77±0,33 | 0,001 |

При сравнительном анализе эмоциональных особенностей подростков с изолированной СВД (группа 1) и подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием (группа 2) в исследовании структуры тревоги и тревожности статистически достоверные различия выявлены только по одной шкале. Значения шкалы тревожности за будущее значимо ниже у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием ($2,9 \pm 0,3$ балла во 2-й группе и $4,12 \pm 0,3$ балла в 1-й группе, при $p=0,006$). Подростки второй группы меньше тревожились за свое будущее, ясней представляли перспективы. Также у подростков второй группы проявлялся более высокий уровень алекситимии, отмечалась меньшая эмоциональная выразительность ($61,3 \pm 1,6$ балла в 1-й группе и $68,3 \pm 2,1$ балла в 2-й группе, при $p=0,03$), более высокая астенизация ($44,5 \pm 1,5$ балла в 1-й группе и $52,3 \pm 2$ балла в 2-й группе, при $p=0,01$). Не выявлено достоверных различий по шкале сниженного настроения.

В экспериментальном исследовании когнитивных особенностей при работе с информацией нейтрального содержания достоверных различий между подростками с СВД и здоровыми подростками не выявлено. В то же время, подростки с СВД достоверно дольше работали с эмоционально значимой информацией при выполнении заданий теста Струпа, при этом наибольшие различия наблюдались при работе со стимулами, описывающими болезненное состояние ($64,57 \pm 1,37$ в группе подростков с СВД в сравнении с $55,87 \pm 1,18$ в группе здоровых подростков, $p=0,008$). На рисунке 3 представлены данные о скорости выполнения теста при использовании различных типов стимулов.

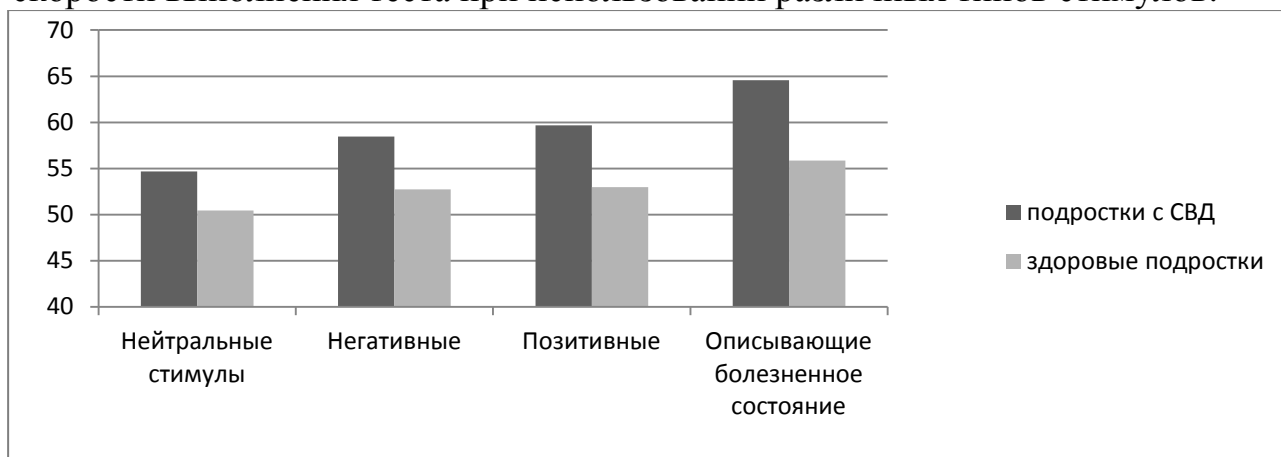


Рисунок 3. Скорость выполнения проб теста Струпа у подростков с СВД и здоровых подростков.

По оси абсцисс – типы стимулов, по оси ординат – время выполнения проб теста Струпа, сек.

Отсутствие различий в работе с нейтральными стимулами и достоверные различия в работе с эмоционально значимыми стимулами подчеркивали значимость влияния субъективной оценки информации на скорость и качество протекания когнитивных процессов.

Была выявлена взаимосвязь между эмоциональной значимостью информации и качеством ее запоминания у подростков с СВД. Так, подростки с СВД запоминали больший объем стимулов, описывающих болезненное состояние, за меньшее время, чем здоровые подростки, однако час спустя

воспроизводили из памяти достоверно меньше таких стимулов ($3,9 \pm 0,2$ в группе подростков с СВД и $4,7 \pm 0,15$ в группе здоровых подростков, при $p=0,005$). Результаты эксперимента «10 слов» отражены на рисунке 4.



Рисунок 4. Объем запоминания стимулов у подростков с СВД и здоровых подростков.

По оси абсцисс – типы стимулов (в трех попытках воспроизведения и при воспроизведении через час), по оси ординат – значения объема воспроизведенных стимулов

При исследовании с использованием метода семантического дифференциала подростки с СВД были более сдержанны в оценке нейтральной группы стимулов (по шкале «эмоциональной насыщенности»: $1,57 \pm 0,15$ в экспериментальной группе и $2,68 \pm 0,15$ в контрольной группе, при $p=0,001$; значения по шкале «болезненности»: $0,54 \pm 0,11$ в экспериментальной группе и $0,98 \pm 0,16$ в контрольной группе, при $p=0,023$), для других групп стимулов отличий не выявлено.

Факторный анализ когнитивных функций выявил три значимых фактора, характеризующих когнитивную сферу здоровых подростков и подростков с СВД, результаты анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4. Факторы, описывающие когнитивные особенности подростков

| Фактор | Шкалы | Нагрузки |
|---|---|----------|
| Время реакции (ВР) на стимулы различного содержания (35% дисперсии) | ВР на положительно окрашенные стимулы | 0,937 |
| | ВР на стимулы о болезни | 0,933 |
| | ВР на отрицательно окрашенные стимулы | 0,929 |
| | ВР на нейтральные стимулы | 0,904 |
| Запоминание значимой информации о болезни (25% дисперсии) | Запоминание – 3 попытка | 0,855 |
| | Запоминание – 1 попытка | 0,813 |
| | Запоминание – 2 попытка | 0,809 |
| | Воспроизведение час спустя | 0,619 |
| Субъективная оценка нейтральной информации (15% дисперсии) | Оценка «эмоциональной насыщенности» стимула | 0,872 |
| | Оценка «болезненности» стимула | 0,871 |

Первый фактор – время реакции на стимулы различного содержания. Фактор отражает время, которое затрачивается подростками на выполнение заданий теста Струпа. Он объясняет 35% дисперсии и описывает восприятие и время реакции на стимулы различного содержания: нейтрального, неспецифической эмоциональной окраски, а также характеризующих болезненное состояние.

Второй фактор – запоминание информации с болезненным содержанием. Фактор отражает количество слов, которое воспроизводилось подростками в эксперименте «10 слов». Он объясняет 25% дисперсии и описывает особенности запоминания и отложенного воспроизведения информации, характеризующей болезненное состояние.

Третий фактор – субъективное отношение к информации нейтрального содержания. Фактор отражает значения, полученные в ходе выполнения методики семантического дифференциала для группы слов нейтрального содержания. Он объясняет 15% дисперсии и описывает особенности оценки информации, не несущей эмоциональной нагрузки.

При помощи корреляционного анализа выявлена статистически достоверная взаимосвязь между эмоциональными и когнитивными особенностями. У подростков с СВД отмечалась повышенная избирательность внимания к стимулам, описывающим болезненное состояние, взаимосвязанная с высокими тревожными личностными переживаниями.

При сравнительном анализе когнитивных особенностей подростков с изолированной СВД (группа 1) и подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием (группа 2) с использованием таблиц Струпа различий выявлено не было. При выполнении методики «10 слов» подростки первой группы более активно запоминали нейтральные стимулы (в третьей попытке $7,4 \pm 0,17$ в первой группе по сравнению с $6,4 \pm 0,25$ во второй группе, $p=0,001$). Достоверных различий при запоминании других категорий стимулов не выявлено. Таким образом, подростки второй группы хуже запоминали нейтральные стимулы, что указывает на более сильную их астенизацию, однако эмоционально значимые стимулы обе группы запоминали одинаково. При воспроизведении стимульного материала по памяти через один час различия обнаружены только для группы стимулов, описывающих болезненное состояние. Подростки второй группы смогли вспомнить достоверно меньшее число стимулов, описывающих болезненное состояние, чем подростки первой группы ($4,42 \pm 0,25$ в первой группе и $3,2 \pm 0,32$ во второй группе, при $p=0,001$). Других различий не выявлено.

Содержательные характеристики и значения исследуемых факторов для групп здоровых подростков и подростков с разными формами СВД представлены в таблице 5.

Таблица 5. Основные различия между подростками с СВД и здоровыми подростками в когнитивной сфере

| Фактор | Показатель | Здоровые подростки | Подростки с СВД |
|---|--|--|---|
| Время реакции на стимулы различного содержания | Время реакции на стимулы нейтрального содержания | Одинаково для подростков обеих групп | |
| | Время реакции на эмоционально насыщенные стимулы | Незначительно выше времени реакции на нейтральные стимулы. Значительно ниже, чем у подростков с СВД | Значительно выше времени реакции на нейтральные стимулы. Значительно выше, чем у здоровых подростков |
| Запоминание информации с болезненным содержанием | Непосредственное запоминание в трех попытках | В трех попытках запоминают меньше информации, чем подростки с СВД | В трех попытках запоминают больше информации о болезни, чем здоровые подростки |
| | Отложенное воспроизведение один час спустя | Час спустя воспроизводят число стимулов, сопоставимое с количеством ранее запомненных | Час спустя воспроизводят значительно меньшее число стимулов, запомненных ранее. Воспроизводят из памяти меньшее число стимулов, чем здоровые подростки |
| Субъективное отношение к информации нейтрального содержания | Оценка нейтральных стимулов | Вкладывают в информацию нейтрального содержания минимальную эмоциональную окраску, связывая ее с положительной или отрицательной эмоцией | На осознанном уровне более сдержанно оценивают нейтральную информацию, чем здоровые подростки. Не дают ей никакой эмоциональной окраски, не вкладывают никакого эмоционального значения |

Возрастной анализ полученных данных показал различия между подростками младшей (13-15 лет) и старшей (16-17 лет) возрастных групп. У младших подростков отмечались преобладание стрессовых переживаний, связанных со сферой общения со сверстниками (78% случаев). У старших подростков преобладали стрессовые переживания, связанные с поступлением в ВУЗ (43%); на долю стрессов, связанных с общением со сверстниками, приходилось 38%. Распределение частоты встречаемости стрессовых переживаний по возрастам представлено на рисунке 5.

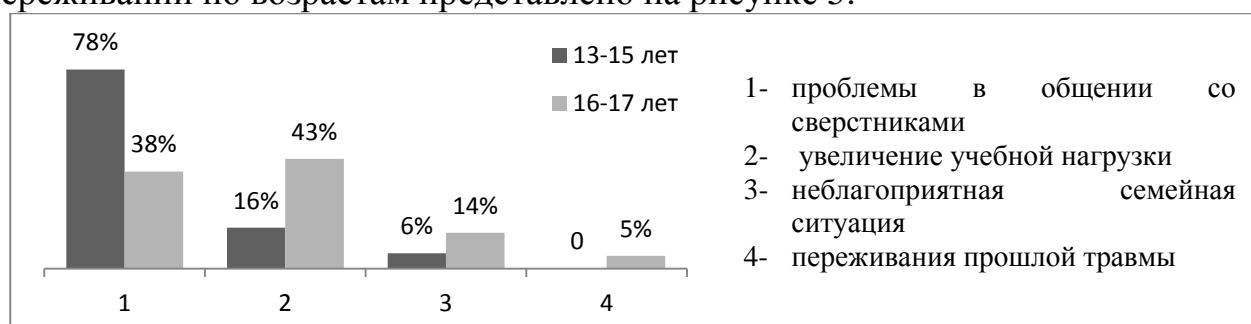


Рисунок 5. Относительное количество подростков со стрессовыми переживаниями в различных возрастных группах.

По оси абсцисс – типы стрессовых переживаний, по оси ординат – количество подростков (%), у которых эти переживания выявлены

Также подростки младшей группы показали более высокий уровень ситуативной тревоги ($3,65 \pm 0,38$ в младшей группе по сравнению с $2,66 \pm 0,26$ в старшей группе, $p=0,029$). Ситуативная тревога выражалась в первую очередь

высоким тревожно-фобическим компонентом ($4,08 \pm 0,35$ в младшей группе по сравнению с $2,7 \pm 0,31$ в старшей группе, $p=0,004$), тревожной оценкой перспективы и страхом за будущее ($4,26 \pm 0,4$ в младшей группе по сравнению с $2,97 \pm 0,27$ в старшей группе, $p=0,007$). Для младших подростков был характерен более высокий уровень общей личностной астенизации ($6,04 \pm 0,32$ в младшей группе по сравнению с $4,5 \pm 0,37$ в старшей группе, $p=0,003$), более низкий показатель настроения ($40,17 \pm 1,07$ в младшей группе по сравнению с $36,63 \pm 2,04$ в старшей группе, $p=0,021$). Младшие подростки с СВД были более алекситимичны, чем старшие подростки ($48,56 \pm 1,47$ в младшей группе по сравнению с $44,03 \pm 1,76$ в старшей группе, $p=0,062$). Таким образом, закономерности эмоционального состояния, характерные для подростков с СВД, были более ярко выражены у подростков младшего возраста, и становились менее выражены у старших подростков, переходящих в юношеский период.

При выполнении методики Струпа с различными типами стимулов младшие подростки тратили больше времени на работу с таблицами, несущими эмоциональную нагрузку, чем старшие, что в наибольшей мере выражалось при работе со стимулами, описывающими болезненное состояние ($69,5 \pm 1,97$ в младшей группе по сравнению с $60,78 \pm 1,77$ в старшей группе, $p=0,001$), и не выявлено различий при работе с нейтральными стимулами. В то же время, в методике «10 слов», младшие подростки быстрее запоминали стимулы, описывающие болезненное состояние ($7,9 \pm 0,04$ в младшей группе по сравнению с $7,1 \pm 0,19$ в старшей группе, $p=0,01$), для других групп стимулов отличий не выявлено. При отсроченном воспроизведении младшие подростки воспроизвели достоверно больше стимулов, описывающих болезненное состояние, чем старшие подростки ($4,47 \pm 0,31$ в младшей группе по сравнению с $3,5 \pm 0,26$ в старшей группе, $p=0,02$).

С целью выделения наиболее значимых дифференциально-диагностических критериев для подростков с СВД был использован дискриминационный анализ, в результате чего выявлены следующие клинико-психологические признаки, отражающие как когнитивный, так и эмоциональный компоненты:

- 1) более высокая эффективность запоминания стимулов, отражающих болезненное состояние в сравнении с запоминанием нейтральных стимулов,
- 2) более низкий объем воспроизведения стимулов, описывающих болезненное состояние, при отсроченном запоминании,
- 3) признаки астенизации,
- 4) высокий уровень ситуативной социальной тревоги,
- 5) наличие признаков алекситимии, ограничение способности к осознанию и вербализации эмоций,
- 6) более высокая избирательность внимания к стимулам, описывающим болезненное состояние, в сравнении с другими типами стимулов.

Внутри группы подростков с СВД были выделены следующие наиболее значимые отличия подростков с изолированной формой СВД (1 группа) и подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием (2 группа).

- 1) Более высокий уровень личностной тревожности в оценке будущего, у подростков первой группы, проецирование на него имеющихся страхов, в то время как для подростков второй группы такая тревожность не характерна.
- 2) Умеренное снижение объема воспроизведения стимулов, описывающих болезненное состояние, при отсроченном воспроизведении у подростков первой группы, в то время как у подростков второй группы он значительно снижен.
- 3) Более высокая динамика запоминания нейтральных стимулов у подростков первой группы, отражающая более высокий уровень их работоспособности, в отличие от подростков второй группы.
- 4) Более низкая выраженность алекситимических черт в сравнении с подростками второй группы, не достигающая «зоны риска».

В заключении приводятся основные итоги работы и выводы диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ.

1. Структура личности подростков с СВД отличается от здоровых высокой значимостью эмоционально-волевых компонентов, что проявляется в эмоциональной неустойчивости, высоком уровне тревожности, низкой фрустрационной толерантности.

2. У подростков с СВД наблюдаются стрессовые переживания в связи с проблемами в общении (53%), высокой учебной нагрузкой (34%), неблагополучной семейной ситуацией (10%), переживаниями, связанными с прошлым опытом травмирования (3%). У подростков с изолированной формой СВД преобладают переживания, связанные с социальными проблемами, в то время как у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием – переживания, связанные с увеличением учебной нагрузки. Здоровые подростки отмечали наличие стрессовых переживаний достоверно реже и связывали их со сложностями в учебной деятельности.

3. У подростков с СВД выявляется достоверно более высокий уровень алекситимии, чем у здоровых подростков. При этом у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием этот уровень достоверно выше, чем у подростков с изолированной формой СВД.

4. У подростков с СВД, в сравнении со здоровыми подростками, наблюдается достоверно более высокий уровень астенического, фобического и социального компонентов тревоги и тревожности. У подростков с изолированной формой СВД отмечается высокая тревожность за будущее на личностном уровне. У подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием тревожность связана с соматическим неблагополучием, астенизацией, недостаточной продуктивностью в учебной деятельности.

5. На когнитивном уровне подростки с СВД, в отличие от здоровых подростков, демонстрируют избирательность внимания к стимулам, описывающим болезненное состояние и более высокую динамику запоминания таких стимулов. У здоровых подростков динамика запоминания стимулов, описывающих болезненное состояние, не отличается от динамики запоминания нейтральных стимулов. Наблюдаемые различия указывают на высокую эмоциональную значимость болезненной информации для подростков с СВД и ее влияние на когнитивные характеристики.

6. Динамика запоминания нейтральных стимулов у подростков с изолированной формой СВД не отличается от таковой у здоровых подростков. У подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием наблюдается сниженный объем непосредственного запоминания нейтральных стимулов, что отражает их повышенную астенизацию.

7. Описанные выше особенности оказывают специфическое влияние на представления о болезни, отношении к болезни и лечению у подростков исследуемых групп. Здоровые подростки в представлениях о болезни отражают ее физический компонент, а отношение к лечению носит нейтральный характер. У подростков с СВД представления о болезни отражают не только физический компонент, но и негативное эмоциональное отношение к ней. При описании отношения к болезни отмечаются негативные эмоциональные переживания страха и тревоги. Получены качественные различия в отношении к лечению у подростков с разными формами СВД. Отношение к лечению у подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием в целом позитивное, в то время как у подростков с изолированной формой СВД проявляется настороженность, неуверенность и недоверие к результатам лечения.

8. На основе дискриминантного анализа выделены значимые клинико-психологические дифференциально-диагностические критерии, отличающие подростков с СВД от здоровых: особенности динамики запоминания и отсроченного воспроизведения стимулов, описывающих болезненное состояние, избирательность внимания к таким стимулам, признаки астенизации, высокий уровень социальной тревоги, наличие признаков алекситимии. Наиболее значимыми критериями, отличающими подростков с изолированной формой СВД от подростков с СВД и сопутствующим соматическим заболеванием, являются: уровень личностной тревожности за будущее, динамика запоминания и отсроченного воспроизведения нейтральных стимулов, выраженность признаков алекситимии.

9. Психопрофилактическая работа с подростками с СВД должна быть направлена на сохранение охранительно-стимулирующего режима и формирование психотерапевтической среды в учебном коллективе и семье. Психокоррекционная работа должна быть реализована в трех направлениях. На эмоциональном уровне – формирование навыка эмоциональной регуляции, обучение релаксационным методикам при помощи психорегуляционных техник. На когнитивном уровне – расширение представлений о болезни,

осознание и вербализация психологических конфликтов. На поведенческом уровне – формирование новых, адаптивных приемов и способов поведения, закрепление новых форм поведения и защитных механизмов в форме групповой психокоррекции.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кузнецова Е.А. Эмоциональные особенности подростков с различными соматоформными вегетативными дисфункциями // Вестник ЮУрГУ, серия «Психология». – Челябинск, 2014. – Том 7, вып. №2 – С. 100-108.

2. Кузнецова Е.А. Личностные особенности подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник СПбГУ, 2014. Серия 12., вып. №3 – С. 98-104.

3. Кузнецова Е.А. Особенности когнитивных функций подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией. // Вестник ЮУрГУ, серия «Психология». – Челябинск, 2016. – Том 7, вып. №2 – С. 84-92.

4. Кузнецова Е.А. Специфика астенического состояния у подростков с соматоформной дисфункцией // Психология XXI века: Материалы XVI международной научной конференции молодых учёных. – СПб.: Скифия-принт, 2012. – С. 147-149.

5. Кузнецова Е.А. Современные зарубежные подходы к проблеме соматоформных расстройств // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Часть 2 / Отв. ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012 – С. 602-605.

6. Кузнецова Е.А. Особенности эмоционального состояния у подростков с соматоформными расстройствами // XI Мнухинские чтения. «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде / Материалы международной научной конференции, посвящённой памяти профессора С.С.Мнухина. — СПб., 2013. – С. 111-113.

7. Кузнецова Е.А. Особенности эмоционального состояния подростков с СДВНС // Психология XXI века: Материалы XVII международной научной конференции молодых учёных. – СПб.: Коло, 2013. – С. 45-47.

8. Кузнецова Е.А. Особенности эмоционального состояния подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями // Материалы Международного молодежного научного форума «Ломоносов-2014» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. (Электронный ресурс) – М.: Макс Пресс, 2014.

9. Кузнецова Е.А. Некоторые когнитивные особенности подростков с соматоформной дисфункцией // Психология XXI века: пути интеграции в международное научное и образовательное пространство: Материалы XVIII

международной научной конференции молодых учёных. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 83-85.

10. Кузнецова Е.А. Особенности когнитивных функций при работе со стимулами различной эмоциональной окраски у подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями // Материалы Международного молодежного научного форума «Ломоносов-2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. (Электронный ресурс) – М.: Макс Пресс, 2015.

11. Кузнецова Е.А. Особенности стрессовых переживаний у подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями // Ананьевские чтения – 2015. Фундаментальные проблемы психологии / Отв. ред. В.М. Аллахвердов. – СПб.: Скифия-принт, 2015. – С. 128.

12. Кузнецова Е.А. Психологические особенности подростков с рецидивирующими головными болями // 5 юбилейный балтийский конгресс по детской неврологии при поддержке ICNA. Сборник материалов конгресса / под ред. проф. Гузевой В.И. – СПб.: Издательство «Человек и его здоровье», 2015. – С. 207-209.

13. Кузнецова Е.А. Особенности подростков с соматоформными вегетативными дисфункциями на разных уровнях их психического функционирования // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений. Материалы второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения». Москва, 8-9 декабря 2015 г. / отв. Ред. И.А. Зражевская. М.: РУДН, 2015. – С. 271-275.