

УДК 616.895-07-053.2

Л.В. Пипа¹, Н.В. Пілюйко¹, А.В. Філик¹, Ю.М. Лисиця¹, П.В. Пілюйко²,
І.В. Томіч³, І.В. Колесник³, Ю.О. Тарнавський¹

Комплексний підхід до раннього виявлення тривожних станів у дітей підліткового віку

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

²Weiss Memorial Hospital, м. Чикаго, США

³Загальноосвітня «Школа сприяння здоров'ю» № 9, м. Хмельницький, Україна

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.3(71):87-92; doi 10.15574/PP.2017.71.87

Мета — вивчити психологічний стан підлітків.

Пацієнти та методи. Обстежено 82 підлітки. Середній вік — 14 років. Хлопці — 48,94%, дівчата — 51,06%. З метою оцінки психологічного і соматичного здоров'я підлітків проведено анкетування та заповнення загальноприйнятих шкал. Використано анкету оцінки стану здоров'я школяра, шкалу «Термометр», тест оцінки настрою, тест шкільної тривожності Філіпса і тест Спілберга. З метою дослідження характеру впливу родини на дитину проведено тестування батьків за допомогою тесту Барга—Століна. Викладачам запропоновано опитувальник «Карта спостережень Стотта».

Результати. При опитуванні дітей встановлено, що у 72% сформована помірна та висока особистісна тривожність, на тлі якої до 91% готові бурхливо відреагувати на подію; 42% — відчувати страх при перевірці знань, 39% вказували на страх самовираження, 30% — на страхи та проблеми у стосунках із педагогами; 16% — на погіршене самопочуття, 21% — на знижену активність, 11% — на знижений настрій, що в сукупності (48%), з високою вірогідністю, вказує на ознаки депресії; у 29% дітей відбувається формування дезадаптивних розладів.

При опитуванні батьків встановлено, що дорослі поведуться авторитарно щодо власних дітей, створюючи суворі дисциплінарні рамки, майже завжди нав'язують свою волю або, навпаки, контроль над діями дитини практично відсутній. Відчують до дитини загальне негативне почуття: роздратованість, злість, ненависть, вважають дитину невдахою, не вірять в її майбутнє, низько оцінюють її здібності. 25% батьків вважають, що діти їм «заважають» у житті і трудовій діяльності. 40% дітей підліткового віку з повних сімей відчують сімейну депривацію.

За спостереженням учителів, у 78% досліджуваних підлітків виявлено ознаки дезадаптації.

Висновки. Використання запропонованого «тривісного» підходу (соціально-педагогічного, психологічного та медичного) створює можливість на домініфестному етапі захворювання виділити групу «зони ризику», провести лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи.

Ключові слова: підлітки, психологічний стан, тривожність.

Comprehensive approach for early diagnosis of anxiety related conditions in the adolescent population

L. V. Pypa¹, N. V. Pilyuyko¹, A. V. Filyk¹, Y. M. Lysytsya¹, P. V. Pilyuyko², I. V. Tomich³, I. V. Kolesnyk³, Y. O. Tarnavskiy¹

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

²Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA

³Secondary school «School of youth health care advancement» No.9, Khmelnytskyi, Ukraine

Objective — to study psychological status of adolescents.

Material and methods. We observed 82 children, mean age 14 years old, with 48.94% boys and 51.06% girls. We provided questionnaires for evaluation and correlation of psychological and somatical conditions. The methods included: a questionnaire assessing health and wellbeing of pupils, the standardize scale «Termometr», a mood evaluation test, assessing of the school related anxiety by using Phillip and Spielberg tests. We also assessed influence of families on study subjects by providing the Varga-Stolin test of parental attitude to their child. Teachers were provided questionnaire «Stott's Map of Observation».

Results. Among all observed children 72% showed moderate and high personality related anxiety, 91% of whom were ready to react aggressively on certain situations; 42% of observed had fear before knowledge assessment, 39% felt fear of self-expression, 30% fear in a student-teacher relationship; 16% admitted feeling unwell, 21% noticed decreased activity, 11% had depressed mood. Overall 48% showed signs of depression; 29% showed evidence of developing maladaptive disorder.

When interviewing parents, it was established that significant number of adults behave authoritatively towards their children, had strict rules and disciplinary frames, almost always impose their will or, conversely, the control of the child's actions was practically absent. Majority of the parents experienced negative emotions towards their own child: irritation, «hate», «fury», and condescension, consider their children of no prospects, lack of optimistic outlook, do not believe in their future, had low estimation of their abilities. Close to 25% of parents thought that their children were burden for them and their careers. Over 40% adolescent from full families felt «family deprivation».

According to the teachers' observation, 78% of adolescents displayed signs of disadaptation.

Conclusions. Using the proposed «three axes» approaches (sociological—pedagogic, psychological, and medical) creates the possibility to stratify general risk factors prior to manifestation of disorders and to carry out preventive and rehabilitation measures.

Key words: adolescents, psychological status, anxiety.

Комплексный подход к раннему выявлению тревожных состояний у детей подросткового возраста

Л.В. Пипа¹, Н.В. Пілюйко¹, А.В. Філик¹, Ю.М. Лисиця¹, П.В. Пілюйко², І.В. Томіч³, І.В. Колесник³, Ю.О. Тарнавський¹

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

²Weiss Memorial Hospital, г. Чикаго, США

³Общеобразовательная «Школа содействия здоровью» № 9, г. Хмельницкий, Украина

Цель — изучить психологическое состояние подростков.

Пациенты и методы. Обследованы 82 подростка. Средний возраст — 14 лет. Мальчики — 48,94%, девочки — 51,06%. С целью оценки психологического и соматического здоровья подростков проведено анкетирование и заполнение общепринятых шкал. Использованы анкета оценки состояния здоровья школьника, шкала «Термометр», тест оценки настроения, тест школьной тревожности Филиппа и тест Спилберга. С целью исследования характера влияния семьи на ребенка проведено тестирование родителей с помощью теста Барга—Столина. Преподавателям предложен опросник «Карта наблюдений Стотта».

Результаты. При опросе детей установлено, что у 72% сформирована умеренная и высокая личностная тревожность, на фоне которой до 91% готовы бурно отреагировать на событие, 42% — ощущать страх во время проверки знаний, 39% указывали на страх самовыражения, 30% — на страхи и проблемы в отношениях с педагогами, 16% — на снижение самочувствия, 21% — на сниженную активность, 11% — на сниженное настроение,

что в совокупности (48%), с высокой достоверностью, указывает на признаки депрессии, у 29% детей происходит формирование дезадаптивных расстройств.

При опросе родителей установлено, что взрослые ведут себя авторитарно по отношению к детям, создавая суровые дисциплинарные рамки, почти всегда навязывают свою волю или, наоборот, контроль над действиями ребенка практически отсутствует. Ощущают к детям, в общем, негативные чувства: раздражение, злость, ненависть, считают ребенка неудачником, не верят в его будущее, низко оценивают его способности. 25% родителей считают, что дети им «мешают» в жизни и в трудовой деятельности. 40% детей подросткового возраста из полных семей чувствуют семейную депривацию.

По наблюдениям учителей, у 78% исследуемых подростков выявлены признаки дезадаптации.

Выводы. Использование предложенного «трехосевого» подхода (социально-педагогического, психологического и медицинского) позволяет на домашнем этапе заболевания выделить группу «зоны риска», провести лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: подростки, психологическое состояние, тревожность.

Вступ

Соціальна значущість здоров'я підлітків зумовлена тим, що вони являють собою репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний і культурний резерв суспільства. Сьогодні підлітків можна вважати найбільш незахищеним прошарком суспільства [8].

Актуальність проблеми пов'язана з високим рівнем поширеності психосоматичних розладів, які практично у всіх випадках супроводжуються психопатологічною симптоматикою [8, 9, 10].

Групою ризику розвитку психосоціальної дезадаптації під впливом стресорів є підлітковий вік. За даними Хайтовича М.В. (2016), частота психосоматичних розладів у дітей коливається від 30% до 57% від загальної кількості пацієнтів на первинному медичному етапі і становить у загальній популяції населення від 11% до 52% [11].

Психосоціальні стрес-фактори, викликаючи загальну адаптаційну реакцію, є значущими для розвитку цілого ряду розладів органів і систем, зокрема: патології серцево-судинної системи, системи травлення, системи крові, імунологічні порушення [13].

У підлітків стрес частіше за все викликають неадекватні для нього розумові і фізичні навантаження, конфлікти з вчителями, однолітками та батьками, порушення режиму праці та відпочинку, дефіцит нічного сну, тривала робота з комп'ютером тощо [11]. Стресовий стан у підлітків має хронічний характер і може поєднуватися з порушенням соціальної, міжперсональної та сімейної поведінки.

У зв'язку з прискореним ритмом життя, збільшенням емоційної й нервово-психічної напруженості та ускладненням навчального процесу висувуються високі вимоги до функціонування провідних систем організму дітей, що викликає значну напруженість у них адаптивних процесів [5, 10].

Висока чутливість дитячого організму до впливу факторів зовнішнього середовища, різке підви-

щення стресових впливів на підлітків з одночасним зниженням їхніх адаптаційних можливостей, мінлива система загальної середньої освіти приводять до значного поширення і постійного зростання соматоформних розладів у даній когорті населення, на що вказує у своїх дослідженнях Родіонова А.Н. і співавт. (2014).

Прогностично найбільш значущими орієнтирами є показники рівня тривожності. Як особистісної, так і ситуаційної. Психосоматичні симптоми надзвичайно поширені в дітей і підлітків через важкість повною мірою висловлювати власні емоції та почуття (алекситимія), тому психологічні проблеми можуть проявлятися на фізичному рівні у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів [14, 16, 17].

Стан здоров'я підлітків часто погіршується як через соматичні хвороби, так і через адиктивну поведінку, статеві зносини (ранні сексуальні стосунки, незапланована вагітність, інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ), психічні розлади, схильність до суїциду, нещасні випадки. Підлітки часто нехтують особистою безпекою та безвідповідально ставляться до власного здоров'я [7].

Формування відповідальної поведінки в підлітків та молоді залежить від значної кількості соціальних сфер впливу, де головним є вплив середовища, в якому підліток розвивається. Це — сім'я, група однолітків, школа та громада [3].

За твердженням багатьох вчених, саме родина є найбільш ефективною інституцією формування поведінки школярів. Саме в родині формується індивідуальний характер реалізації механізмів соціально-комунікативного розвитку, життєвої соціальної активності та особливості адаптації на вплив соціального середовища, зокрема загальноосвітнього навчального закладу. В умовах сім'ї, під впливом соціально-психологічних чинників, зокрема, ставлення батьків до створення оптимальних умов для дитини, формується стан її здоров'я [6].

Соматоформний розлад характеризується чисельними фізичними симптомами і скаргами

з боку шлунково-кишкового тракту, респіраторної, серцево-судинної системи, псевдоневрологічними симптомами. Ці скарги приводять до частих звернень до лікаря, додаткових непотрібних досліджень і маніпуляцій, а в дітей викликають сімейну і соціальну дезадаптацію, пропуски в школі, погіршення навчання [4, 16].

У дітей із соматоформними розладами «соматичні» скарги часто маскують депресивний розлад у дитини або виражену тривогу. Такі пацієнти становлять, за літературними даними, 25% усіх загальносоматичних хворих. Багаторазові дослідження, часта госпіталізація і порушення працездатності в дорослих та дітей із соматоформними розладами призводять до значних економічних витрат [15].

Мета дослідження – вивчити психологічний стан школярів підліткового віку на прикладі досліджуваної групи учнів м. Хмельницького.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 82 підлітки загальноосвітньої «Школи сприяння здоров'ю» м. Хмельницький. Середній вік обстежених становив $14,10 \pm 2,35$ року. Хлопці склали 48,94% від загальної кількості, дівчата – 51,06%.

З метою оцінки психологічного і соматичного здоров'я підлітків проведено анкетування та заповнення загальноприйнятих шкал після письмової згоди батьків. Використано анкету оцінки стану здоров'я школяра, шкалу «Термометр» (оцінка від 1 до 20 балів: самопочуття, активність, настрої, бажання працювати, задоволеність минулим етапом), тест оцінки настрою (за кількістю балів досліджено настрої, наявність астенії, ейфорії), тест шкільної тривожності Філіпса (визначення загальної тривожності в школі, переживання соціального

Таблиця 1

Результати аналізу анкет за методикою «Термометр» у досліджуваних підлітків

Самопочуття	Активність	Настрої	Бажання працювати	Задоволеність минулим етапом
12,55814	12,09302	13,37209	10,5814	12,44186
16%	21%	11%	31%	9,5%

стресу, фрустрація потреби в досягненні успіху, страх самовираження, страх ситуації перевірки знань, страх невідповідності очікуванням оточуючих, оцінка фізіологічної опірності стресу, проблеми і страхи у стосунках з учителями) і тест Спілберга (оцінка особистісної і ситуативної тривожності). При дослідженні тривожності за тестом Спілбергера в інтерпретації показників використано орієнтовну оцінку: до 30 балів – тривожність низька, 31–44 бали – помірна, 45 і більше балів – висока [11].

Усі анкети заповнені учнями самостійно під наглядом психолога.

З метою дослідження характеру впливу родини на дитину проведено тестування батьків за допомогою тесту Барга А.Я., Століна В.В. Цей тест передбачає аналіз п'яти основних варіантів ставлення батьків до дітей: уникання, кооперація, симбіоз, контроль, інфантилізація.

Викладачам запропоновано опитувальник «Карта спостережень Стотта», де проведено характеристику учня за такими критеріями: недовіра до людей, депресія, відчуження, тривога до дітей, асоціальність, тривожність до дорослих, дезадаптація.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом (ЛЕК) усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).

Таблиця 2

Результати аналізу анкет за тестом «Оцінка настрою» в опитуваних підлітків

Настрої звичайний		Астенічний стан		Ейфорія	
Середнє значення	12,51163	Середнє значення	2,860465	Середнє значення	5,093023
Стандартна похибка	0,469881	Стандартна похибка	0,214588	Стандартна похибка	0,382065
Медіана	13	Медіана	3	Медіана	5
Мода	8	Мода	2	Мода	4
Стандартне відхилення	3,081219	Стандартне відхилення	1,407148	Стандартне відхилення	2,505365
Мінімум	7	Мінімум	0	Мінімум	1
Максимум	18	Максимум	6	Максимум	12
Рахунок	82	Рахунок	82	Рахунок	82
Найбільше значення	18	Найбільше значення	6	Найбільше значення	12
Найменше	7	Найменше	0	Найменше	1
Рівень надійності (95,0%)	0,948259	Рівень надійності (95,0%)	0,433056	Рівень надійності (95,0%)	0,771038

Таблиця 3

Результати аналізу анкет досліджуваних підлітків за тестом Спілберга

Реактивна (ситуативна) тривожність		Особистісна тривожність	
Середнє	41,8	Середнє	43,95
Стандартна похибка	1,34	Стандартна похибка	1,08
Медіана	42	Медіана	45
Стандартне відхилення	8,76	Стандартне відхилення	7,109
Мінімум	26	Мінімум	28
Максимум	56	Максимум	61

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження в підлітків за методикою «Термометр» виявлено таке: на погіршене самопочуття вказували 16% підлітків, на знижену активність – 21%, на знижений настрій – 11%, на відсутність бажання працювати – 31%, незадоволені минулим етапом життя 9,5% дітей (табл. 1).

За тестом «Оцінка настрою» отримано такі результати: 67% підлітків вважали свій настрій середнім, 23% – нижчим за середній, водночас, 12% вказували на астенію, 29% – на невиражену астенизацію, 16% – на ейфоризацію (табл. 2).

За тестом Спілберга визначено реактивну (ситуативну) та особистісну тривожність (табл. 3).

Під час аналізу анкет досліджуваних підлітків за тестом Спілберга виявлено низьку реактивність у 9% школярів, помірну – у 49%, високу – у 42%. Стосовно особистісної тривожності низький рівень виявлено у 28% підлітків, помірний – у 40%, високий – у 32%. Загалом, дві третини (72%) школярів мали тривожну особистість.

Під час проведення тесту шкільної активності Філіпса виявлено, що лише у 20,4% дітей не було надмірної тривожності. У 2,40% досліджуваних відмічено підвищену тривогу за всіма шкалами, у 13,2% дітей – за чотирма і більше шкалами (рис.).

У таблиці 4 відображено отримані результати за опитувальником батьків (Барга–Століна).

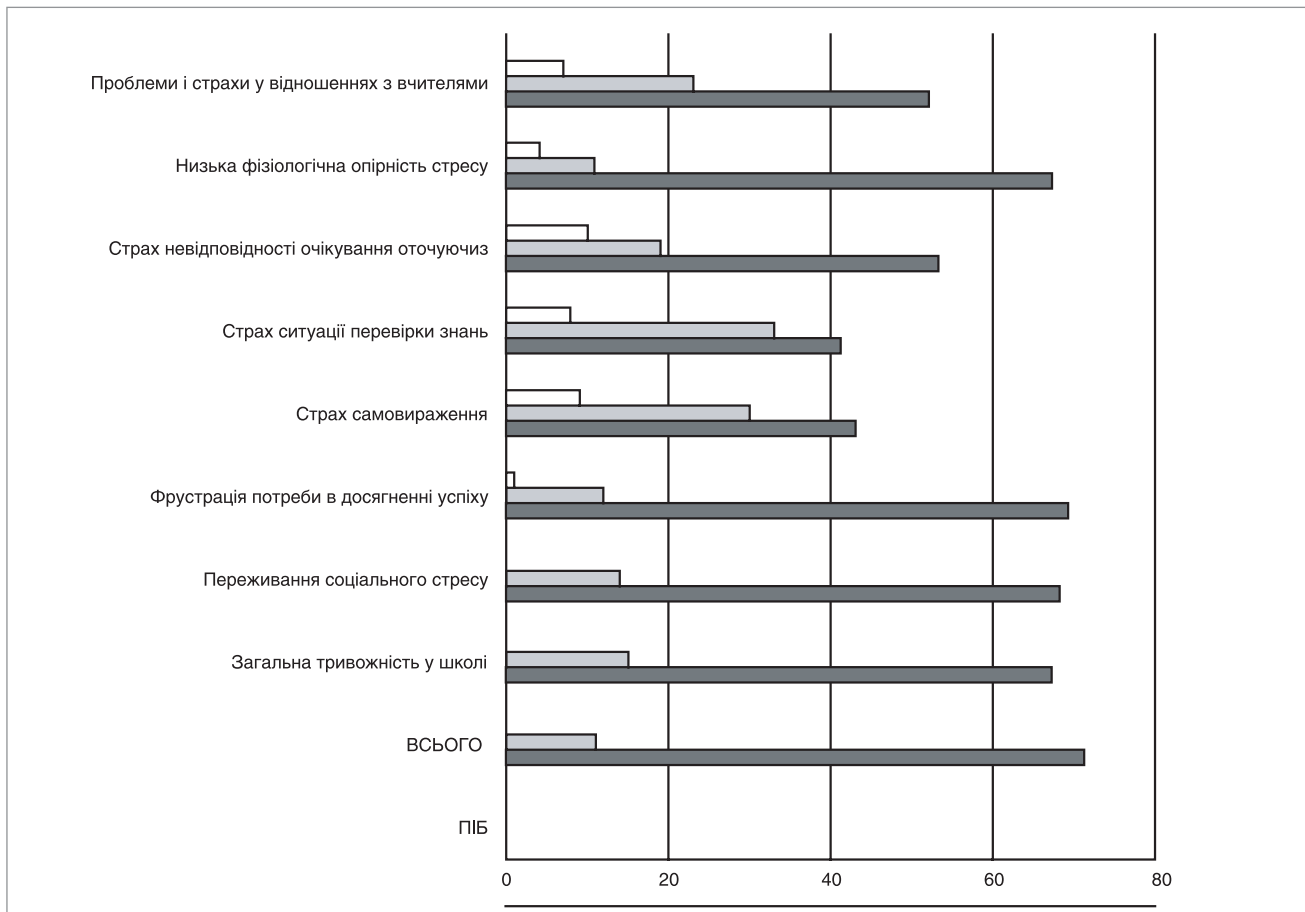


Рис. Показники тесту шкільної тривожності Філіпса

Таблиця 4

Аналіз тесту опитувальника батьків (Барга-Століна)

Уникання	Кооперація	Симбіоз	Контроль	Інфантилізація
12,4186	6,697674	5,093023	3,906977	2,139535

За результатами тесту-опитувальника батьківського ставлення (Барга А.Я., Столін В.В.), у 5% батьків за стратегією «уникання» виявлено, що дорослий має щодо дитини загалом негативні почуття – роздратованість, злість, розпач, ненависть. Такий дорослий вважає дитину невдахою, не вірить в її майбутнє, низько оцінює її здібності. Лише у 2% батьків значення стратегії «уникання» свідчило про те, що в дорослого виражене позитивне ставлення до дитини: дитину сприймає такою, як вона є, визнає її індивідуальність, схвалює інтереси, підтримує плани, проводить із дитиною багато часу і не жалкує про це.

Серед батьків 63% за стратегією «кооперація» проявляли ширший інтерес до того, що цікавить дитину, високо оцінюють її здібності, сприяють її діяльності та ініціативі, намагаються бути на рівних із дитиною.

Серед опитаних 40% батьків показали високі бали за стратегією «симбіоз». Це дало змогу зробити висновок, що дорослий не встановлює психологічну дистанцію між собою та дитиною, намагається завжди бути ближчим до дитини, задовольняє її основні розумові потреби. 5% батьків за даною стратегією вказували на значну психологічну дистанцію між ними і дитиною, мінімальну турботу про неї.

Стратегія «контроль»: у 19% опитаних високі бали вказували на те, що дорослий поводить авторитарно щодо дитини, вимагаючи безвідмовного виконання його наказів, створюючи суворі дисциплінарні рамки, майже завжди нав'язує свою волю; у 21% опитаних низькі бали свідчили про відсутність контролю над діями дитини. У 60% батьків отримано середні оцінки – від 3 до 5 балів.

У 72% батьків низькі бали за шкалою «інфантилізація» (1–2 бали) засвідчили, що невдачі дитини дорослий вважає випадковими і вірить у свою дитину.

Отже, 40% дітей підліткового віку з повних сімей відчувають сімейну депривацію;

25% батьків вважають, що діти їм «заважають» у житті й трудовій діяльності.

За спостереженнями вчителів (карта Стотта), у 78% досліджуваних (n=82) виявлено ознаки дезадаптації: з них у 2,3% – через наявну депресію, у 2,3% – через асоціальність, у 4,7% – через недовіру людям, у 4,7% – через ворожість до дорослих (табл. 5).

Висновки

За результатами опитування дітей встановлено, що в 72% досліджуваних осіб сформована помірна та висока особистісна тривожність, на тлі якої до 91% досліджуваних готові бурхливо відреагувати на подію; 42% – відчувати страх при перевірці знань, 39% вказували на страх самовираження, 30% – на страхи та проблеми у стосунках із педагогами; 16% досліджуваних – на знижене самопочуття, 21% – на знижену активність, 11% – на знижений настрій, що в сукупності (48%), з високою вірогідністю, вказує на ознаки депресії; у 29% дітей відбувається формування дезадаптивних розладів.

За результатами опитування батьків встановлено, що дорослі поводяться авторитарно щодо дітей, створюючи суворі дисциплінарні рамки, майже завжди нав'язують свою волю або мають щодо дитини загалом негативні почуття: роздратованість, злість, розпач, ненависть, вважають дитину невдахою, не віряють в її майбутнє, низько оцінюють її здібності або, навпаки, контроль над діями дитини практично відсутній.

За результатами спостереження вчителів виявлено, що у 78% досліджуваних підлітків відмічені ознаки дезадаптації (медичної та соціальної), з них у 4,6% через наявну депресію та асоціальність, а у 9,4% – через недовіру людям і ворожість до дорослих.

За отриманими результатами, комбіноване дослідження, яке поєднує погляди різних груп на проблему, об'єктивізує загальний підсумок і з високим ступенем достовірності вказує на необхідність комплексного підходу до вирішення питання здоров'я дітей як особистісної, міжособистісної та соціальної проблеми. Підвищена тривожність, як форма реагування та адаптування до умов існування, може призводити до дезадаптації та розвитку низки пси-

Таблиця 5

Результати аналізу анкет вчителів (карти Стотта)

Недовіра людям	Депресія	Відчуження	Тривожність до дорослих	Ворожість до дорослих	Тривога до дітей	Асоціальність	БАЛ (дезадаптація > 8)
3,1	2,18	1,93	2,48	2,03	1,3	0,7	13,7
4,7%	2,3%		4,7%	4,7%		2,3%	78%

хосоматичних розладів і тому потребує негайного вирішення.

Використання запропонованого тривісьового підходу обстеження, зокрема, соціально-педагогічного (анкети для батьків Барна-Століна, анкети здоров'я підлітка, карти Стотта для вчителів), психологічного (опитувальників Айзенка, Спілберга та Філіпса, анкет «Термометр» та «Оцінка настрою», що заповнюються діти під наглядом психолога) та медичного (обстеження згідно з діючими національними протоколами з різних соматичних захворювань), створює можливість

на доманіфестному етапі захворювання виділити групу «зони ризику», провести лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи, через сім'ю та соціальне оточення сприяти розвитку особистості. Ігнорування виявлених особистісних проблем, прогалин у внутрішньосімейному вихованні, особливостей шкільних взаємовідносин, поведінкових реакцій може обернутися в подальшому значними матеріальними втратами, медичними, соціальними, власними та суспільними.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) / Н.А. Кравцова // Сибирский психологический журнал. — 2005. — № 22. — С. 13—18.
2. Кутько И.И. Психосоматические расстройства в общей практике / И.И. Кутько, О.А. Панченко, А.Н. Линева // Украинский медицинский часопис. — 2015. — № 5 (109). — С. 42—44.
3. Машкова О.М. Работа с группами риска та уязвимими групами підлітків в умовах КДМ: досвід України / О.М. Машкова // Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 29 листопада — 1 грудня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 13—16.
4. Невротичні, соматоформні розлади та стрес (навчальний посібник) / Л.М. Юр'єва, С.Г. Носов, О.Й. Мамчур [та ін.]. — Київ, 2005. — 96 с.
5. Неділько В.П. Хронічна втома дітей шкільного віку — проблема сьогодення / В.П. Неділько, С.А. Руденко, Т.М. Камінська // Актуальні проблеми педіатрії : матеріали XIII з'їзду педіатрів України, м. Київ, 11—13 жовтня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 76.
6. Неділько В.П. Вплив сім'ї на стан здоров'я дитини / В.П. Неділько, С.А. Руденко // Актуальні проблеми педіатрії : матеріали XIII з'їзду педіатрів України, м. Київ, 11—13 жовтня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 77.
7. Пархоменко Л.К. Стан здоров'я підлітків України за підсумками 2014—2015 рр. / Л.К. Пархоменко // Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 29 листопада — 1 грудня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 1.
8. Психотерапія (учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации) / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов-Око. — Харьков, 2002. — 768 с.
9. Роль кафедри педіатрії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова у вирішенні питань здоров'я дітей підліткового віку на Хмельниччині / Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця, В.І. Руда, О.В. Масик // Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 29 листопада — 1 грудня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 57—59.
10. Пипа Л.В. Спосіб формування груп дітей, загрозованих у розвитку соматоформних розладів. / Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця, І.Л. Лук'янович // Патент на корисну модель МПК G01N33/48 — 2016.
11. Факторы риска и структура психосоматических расстройств у высокоинтеллектуальных школьников / А.Н. Родионова, В.В. Долгих, Л.И. Колесникова, Л.В. Рычкова // International journal of experimental education. — 2014. — № 1. — С. 90—95.
12. Формування способу життя сучасних школярів в умовах реформування освіти в Україні / Н.В. Сисоєнко, Л.В. Серих, Т.В. Елінко [та ін.] // Гігієна населених місць: зб. наук. праць. — Київ, 2005. — Вип. 45. — С. 386—390.
13. Хайтович М.В. Сучасні уявлення про епігенетичні механізми розвитку психосоматичних захворювань у дітей / М.В. Хайтович, О.М. Місюра // Актуальні проблеми педіатрії : матеріали XIII з'їзду педіатрів України, м. Київ, 11—13 жовтня 2016 р. — Київ, 2016. — С. 105—106.
14. Шевченко Ю.С. Концепция комплексной многоуровневой терапии детей и подростков (на модели психогенных психосоматических расстройств) / Ю.С. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2010. — № 1. — С. 19—29.
15. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder / B. Burba, R. Oswald, V. Grigaliunien [et al.] // Can. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 51. — P. 468—471.
16. Garcia-Martin I. Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases / I. Garcia-Martin, E.M. Miranda-Vicario, C.A. Soutullo // Actas Esp. Psiquiatr. — 2012. — Vol. 40. — P. 165—168.
17. Sauer N. Somatoform and Functional Disorders / N. Sauer, W. Eich // DtschArztebl. — 2007. — Vol. 104 (1—2). — P. 45—53.
18. Silber T.J. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis / T.J. Silber // Pediatr. Rev. — 2011. — Vol. 32. — P. 56—64.
19. Somatoform disorders / O. Fiertag, S. Taylor, A. Tareen, E. Garralda // In: Rey J. M. (ed), IACAPAP e Textbook of Child and Adolescent Mental Health. — Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. — P. 21.

Сведения об авторах:

Пипа Лариса Владимировна — д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії факультета післядипломного образования Вінницького національного медичного університету імені Н.І. Пирогова. Адрес: г. Хмельницький, ул. Каменецкая, 94.
Пилойко Наталия Васильевна — к.мед.н., доц. каф. педіатрії факультета післядипломного образования Вінницького національного медичного університету імені Н.І. Пирогова. Адрес: г. Хмельницький, ул. Каменецкая, 94.
Филик Анатолий Владимирович — к.мед.н., доц. каф. педіатрії факультета післядипломного образования Вінницького національного медичного університету імені Н.І. Пирогова. Адрес: г. Хмельницький, ул. Каменецкая, 94.
Лисица Юлия Николаевна — ассистент каф. педіатрії факультета післядипломного образования Вінницького національного медичного університету імені Н.І. Пирогова. Адрес: г. Хмельницький, ул. Каменецкая, 94.
Пилойко Полина Вячеславовна — резидент Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA. Адрес: 4600, N. Clarendon ave., Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA.
Томич Ирина Васильевна — директор школи № 9, магістр, учитель высшей категории, учитель-методист. Адрес: г. Хмельницький, ул. Чорновола, 155.
Колесник Ирина Владимировна — зам. директора по научно-методической работе школи №9, учитель высшей категории, учитель-методист. Адрес: г. Хмельницький, ул. Чорновола, 155.
Тарнавский Юрий Орестович — врач-интерн педіатр, каф. педіатрії факультета післядипломного образования Вінницького національного медичного університету імені Н.І. Пирогова. Адрес: г. Хмельницький, ул. Каменецкая, 94.

Статья поступила в редакцию 12.06.2017 г.