

СІМЕЙНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ФОРМУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

О.З. Гнатейко, О.Л. Личковська, І.Ю. Кулачковська, В.Д. Семен, Х.В. Богатирьова

ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»

Резюме. Дослідження присвячене ідентифікації психосоціальних факторів схильності та резистентності до формування патології верхніх відділів травного каналу у дітей. Встановлено, що до сімейних факторів ризику формування гастроудоденальної патології у дітей можна віднести домінуючу позицію матері, пасивну, уникаючу, позицію батька, затяжні конфлікти, приховану ворожість між батьками, низький рівень підтримки, емоційного тепла, єдності в сім'ї, наявність зовнішнього контролю сім'ї. Описана сімейна констеляція може сприяти формуванню базового конфлікту пацієнтів з патологією гастроудоденальної зони за F. Alexander. До протекторних сімейних факторів щодо формування патології гастроудоденальної зони у дітей можна віднести теплі, підтримуючі стосунки в сім'ї, партнерські стосунки батьків, їхній гармонійний шлюб, відсутність зовнішнього контролю за сім'єю.

Ключові слова: патологія гастроудоденальної зони у дітей, психосоціальні (сімейні) фактори ризику та резистентності.

Вступ

Хронічні захворювання гастроудоденальної зони (ГДЗ) відносять до так званих «хвороб цивілізації», які протягом останнього століття зайняли провідні позиції, як у загальній структурі захворюваності, так і серед причин інвалідності та смертності [1,2,3]. Погляди на етіопатогенез захворювань ГДЗ постійно змінювалися, однак сьогодні все більше авторів схиляються до думки, що захворювання ГДЗ — це мультифакторна патологія [9]. Сучасна біопсихосоціальна модель формування захворювань розглядає мультифакторну патологію як наслідок складної взаємодії різних чинників (факторів ризику і резистентності), які умовно можна розподілити на біологічні, психоемоційні та психосоціальні [13]. До визнаних біологічних факторів ризику виникнення патології ГДЗ належать генетичні чинники, інфікованість *Helicobacter pylori*, до психоемоційних — високий рівень тривоги, стреси, до психосоціальних — низький соціальний статус та рівень освіти [11]. Фактори ризику виникнення захворювань ГДЗ у дітей вивчені ще менше, особливо це стосується мікросоціальних (сімейних) факторів. Дані літератури щодо впливу сімейних факторів на формування патології ГДЗ суперечливі. За результатами досліджень L.S. Walker, J.W. Greene, 1989 [16], та R.L. Levy et al., 2000 [15], сім'ї дітей з патологією ГДЗ не відрізнялися від сімей, у яких діти часто скаржилися на болі в животі, не пов'язані безпосередньо з патологією шлунка чи ДПК (наприклад, спричинені синдромом подразненої кишки, рекурентним абдомінальним болем тощо). З.С. Кундінова, 2010 [8], виявила особливості функціонування батьківської пари дівчаток-підлітків з патологією ГДЗ (авторитарний гіперконтроль матері, холодні, формальні стосунки у сім'ї), однак такі зміни практично не відрізнялися від виявлених раніше особливостей родин дітей з невротами [5] та розладами поведінки [6].

Метою дослідження була ідентифікація факторів ризику та протективних факторів формування патології верхніх відділів травного каналу у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 83 сім'ї, в яких у дітей віком 6–11 років (латентний період) діагностовано патологію ГДЗ — основна група (ОГ). Усі діти проходили обстеження та лікування у

відділі старшого дитинства ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ». Групу контролю (ГК) склали 45 сімей, у яких діти були пацієнтами травматологічного відділення цієї ж лікарні та не мали супутньої соматичної патології. Для вивчення особистостей батьківської пари застосовано Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory — MMPI), який на сьогодні є найчастіше вживаною методикою у психодіагностичних дослідженнях для вивчення особистісного профілю респондента та структури його психологічних проблем [10]. Для виокремлення найбільш вагомих сімейних факторів у виникненні патології ГДЗ у дітей нами застосовано генеалогічний метод Family Study (сімейне обстеження), який передбачає очне обстеження родичів I ступеня спорідненості.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (MMPI) нами встановлено, що конфігурація профілю батьків дітей з патологією ГДЗ є лінійною, тобто підкреслює відсутність грубих змін особистості. Інтерпретація шкал профілю здійснюється залежно від їх виразності. У нашому дослідженні середні значення шкал особистісних профілів обох батьків не сягали значень, що могли б мати клінічну (діагностичну) інтерпретацію як психопатії. Однак нами виявлено відмінності у виразності деяких шкал при порівнянні з контрольною групою, що може розглядатися як загострення окремих стійких рис особистості. При цьому достовірної різниці особистісного профілю батьків у сім'ях, де патологією ГДЗ має хлопчик або дівчинка, нами не встановлено.

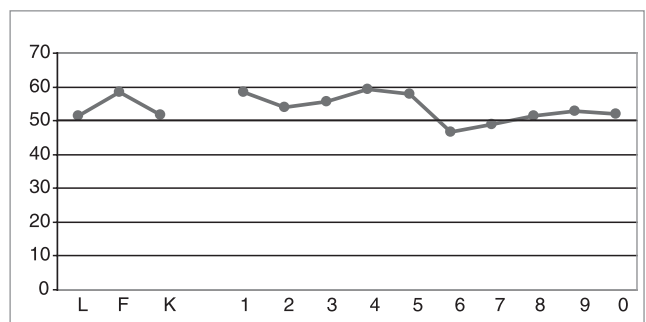


Рис. 1. Особистісний профіль матерів дітей з патологією ГДЗ

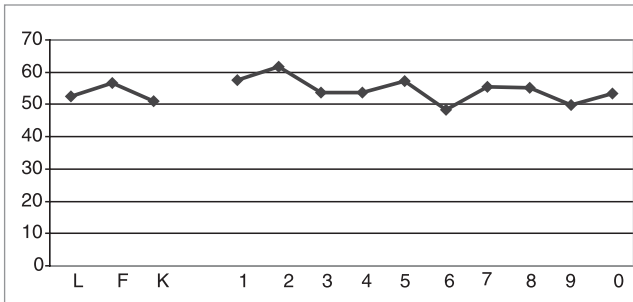


Рис. 2. Особистісний профіль батьків дітей з патологією ГДЗ

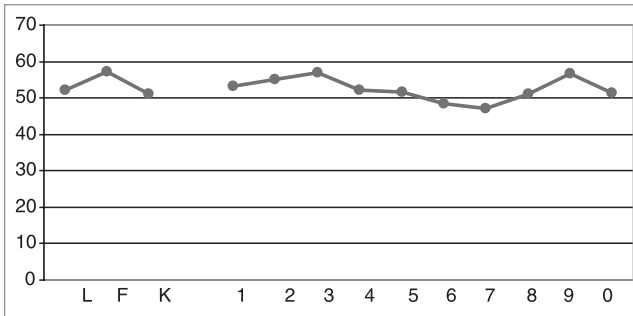


Рис. 3. Особистісний профіль матерів дітей без соматичної патології

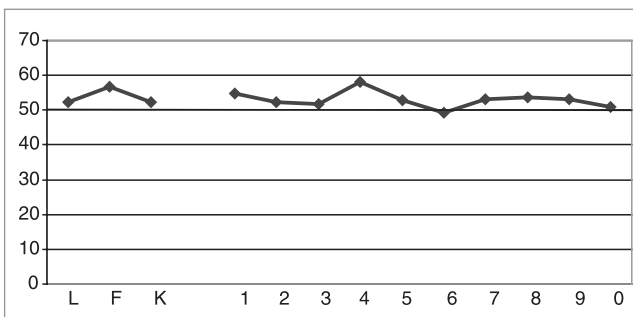


Рис. 4. Особистісний профіль батьків дітей без соматичної патології

Оціночні шкали (L – неправди, F – достовірності та К – корекції) не перевищували показника 70Т, що засвідчує достовірність проведеного дослідження (рис. 1, 2). В обох батьків з ОГ найвищим серед цих шкал був показник F, що може бути ознакою надмірної тривоги, напруги, пов'язаної з тестуванням. Підвищений рівень за шкалою F може також означати націленість респондентів на пошук допомоги, потребу у підтримці та сторонньому керівництві [7]. При цьому лише у матерів різниця профілів F – К перевищувала 6 балів (6,61Т). Така різниця характерна для намагання драматизувати ситуацію, продемонструвати та агрувати власні проблеми.

Підвищення за шкалою 1 (іпохондричність) майже до 60Т і в матерів, і в батьків дітей з ОГ порівняно з ГК (рис. 3, 4) можна пов'язати зі схильністю батьків до соматизації та іпохондрії, про наявність частих і різноманітних соматичних скарг, високого рівня тривоги, особливо щодо питань, пов'язаних зі здоров'ям [10].

У матерів дітей з ОГ високими виявилися показники шкал 4 (психопатичність) і 5 (маскуліність – фемінність). Для жінок з таким профілем характерна активність, незалежність, схильність до домінування, націленість на успіх, низька конформність та толерантність, схильність до витіснення неприємних переживань. Такий профіль виявляє відсутність у жінки м'якості та дипломатичності в особистісних стосунках, для неї характерні, навпаки, маскулітні риси соціальної поведінки [4].

Однотимчасне підвищення 3-ої та 5-ої шкал створює у матерів внутрішній конфлікт між загостреною потребою у визнанні, підтримці, залежності від думки оточення (3-я шкала – істероїдність) та маскулітними рисами – прагненням незалежності, успіху, схильністю до домінування та контролю. На думку А.И. Захарова, 2000 [5], такий конфлікт призводить до наростання у матері тривоги, невпевненості у собі, зниженої самооцінки.

У батьків дітей з ОГ високим виявився показник шкали 2 (депресивність) – 61,6Т, який, однак, не сягав клінічного рівня депресії чи депресивної реакції (понад 75Т) [10]. Для таких осіб характерна пасивність, знижений фон настрою, постійна незадоволеність собою та оточенням, уникаюча поведінка.

Паралельно з 2-ою шкалою дещо підвищеною у батьків з ОГ була 5-та, підвищення якої у чоловіків, на відміну від жінок, свідчить про надмірну чутливість, сентиментальність, м'якість, непослідовність, відмову від конфронтації та конкуренції

Таким чином, у матерів дітей з патологією ГДЗ переважали такі характеристики профілю особистості, як домінантність, недостатня гнучкість, при цьому вони були тривожними, схильними до переживань, особливо з приводу стану здоров'я членів родини (іпохондричність). Батьки виявилися більш сенситивними, сентиментальними, схильними до песимізму, депресії.

Спільним для матерів та батьків дітей з ОГ було переважання сплюснених, «гіпернормальних» профілів, що може свідчити про намагання батьків дати «правильні» відповіді на твердження тесту, а отже – про наявність в обох батьків гіперсоціальних рис, надмірного почуття відповідальності, обов'язку. Такі особистісні характеристики поєднуються зазвичай з недостатньою емоційною чутливістю, формалізмом у стосунках, навіть з близькими людьми, складностями встановлення емоційного контакту, відсутністю спонтанності та ширості в реакціях [10].

Описово-феноменологічне дослідження сімей за генеалогічною методикою FS дозволило виділити ті ознаки батьків та особливості стосунків у родинах, які за часто-

Таблиця 1

Особливості сімей, у яких діти хворіють на хронічну патологію ГДЗ

Ознака	Основна група (n=83)	Група контролю (n=45)	P
Активна, домінуюча позиція матері	47 (56,6±5,5%)	7 (15,6±5,4%)	0,001
Пасивна, уникаюча позиція батька	41 (49,4±5,5%)	9 (20,0±6,0%)	0,001
Затяжні конфлікти між батьками	37 (44,6±5,5%)	7 (15,6±5,4%)	0,001
Прихована ворожість між батьками	27 (32,5±5,2%)	4 (8,9±4,2%)	0,001
Низький рівень підтримки, емоційного тепла, єдності в сім'ї	32 (38,5±5,4%)	6 (13,3±5,1%)	0,001
Зовнішній контроль сім'ї (бабусі, дідусі)	29 (34,9±5,3%)	5 (11,1±4,7%)	0,003

тою появі достовірно відрізнялися в ОГ та ГК. До таких ознак віднесено (табл. 1):

- Активна, домінуюча позиція матері.
- Пасивна, унікаюча, позиція батька.
- Затяжні конфлікти між батьками.
- Прихована ворожість між батьками.
- Низький рівень підтримки, емоційного тепла, єдності в сім'ї.
- Зовнішній контроль сім'ї (бабусі, дідусі).

Авторитарна, домінуюча позиція матері та пасивна, унікаюча, позиція батька цілком відповідають результатам обстеження особистісного профілю батьків за методикою ММРІ, що описано вище.

Схильність до домінування жінки характерна і для сім'ї, у якій виросла мати. Матері з ОГ часто згадували стосунки зі своєю мамою як дещо формальні, недостатньо теплі і підтримуючі. Свою маму вони описують як схильну до диктату, нав'язування думки. Висуваючи до доньки високі вимоги (успіхів у навчанні, взірцевої поведінки, виконання домашніх обов'язків), матері часто висловлювали недовіру до її здібностей та можливостей. Крім цього бабусям по материнській лінії були притаманні гіперсоціальні риси (підвищене почуття обов'язку, принциповість, орієнтація на прийняті в соціумі норми), що вносить регламентованість у стосунки, обмежує їх безпосередність, тепло, спонтанність. Батько (дід по материнській лінії) зазвичай був мало задіяний у житті сім'ї, ситуацію погіршувала постійна професійна зайнятість, що робило батька емоційно малодоступним для дітей. При цьому бабуся, з притаманною їй категоричністю, неприйняттям іншої думки та переконанням у виключній власній правоті, не намагалася сприяти налагодженню контактів батька з донькою.

У сім'ях батьків дітей з патологією ГДЗ матері також виявляли тенденцію до домінування в родині, однак з виразною компенсацією у вигляді гіперопіки, що сприяло формуванню залежності сина від матері. Вплив батька, як і в сім'ї матері, був незначним.

Конфлікти між батьками у сім'ях дітей з патологією ГДЗ були частішими, ніж у сім'ях з ГК, однак основною була їх якісна відмінність. Конфлікти у сім'ях ГК частіше виникали тоді, коли особистісні профілі батька і матері істотно відрізнялися, а конфліктна ситуація зазвичай завершувалася примиренням через досягнення компромісу. Серед сімей ОГ зазвичай спостерігалися затяжні конфлікти, які приводили до тривалого порушення сімейних стосунків, прихованих образ. Прихована ворожість у подружжі була спричинена також невинуватими надіями на шлюб, з боку дружини — через пасивну, відсторонену позицію чоловіка, його залежність від матері, з боку чоловіка — через домінуючу, активну позицію дружини, яка обмежує його участь у прийнятті рішень, вихованні дітей.

Низький рівень емоційного тепла, єдності, підтримки в сім'ї проявлявся взаємною байдужістю батьків до переживань партнера, відсутністю зацікавленості, справ, спільних для всієї родини. Сім'я рідко проводила час разом, навіть у вихідні дні та відпустку. На відміну від цього, сім'ї з ГК частіше повідомляли про існування особливих родинних традицій, як, наприклад, спільні недільні обіди, виїзди на природу на вихідні, пікніки, зустрічі з друзями тощо. Переживання самої дитини в сім'ях з ОГ часто знецінювалися обома батьками («які можуть бути проблеми у такому віці?»). На думку R.J. Friedman and P.L.Chase-Lansdale, 2002 [14], саме емоційне тепло, підтримка у сім'ї є фактором форму-

вання стресостійкості у дитини, її адекватної самооцінки та адаптивних можливостей.

Часто сім'ї з ОГ перебували під «зовнішнім контролем» бабусь і дідусів (переважно бабусь по материнській лінії), які проживали разом з сім'єю або здійснювали свій контроль через постійне нав'язування допомоги, участь у щоденних активностях сім'ї, зокрема дітей. Іноді такий контроль (частіше з боку родичів батька) здійснювався через фінансову допомогу сім'ї, надання житлової площі чи місця праці (наприклад, на приватному підприємстві).

Домінування материнського впливу в сім'ї призводить до гальмування активності, ініціативи, самостійності дитини, а недостатня доступність батька призводить до невротичної прив'язаності дитини до матері. При цьому мати у стосунках з дитиною намагається надолужити недоотримані у шлюбі почуття, тому переживає страх перед самостійністю, поступовою сепарацією дитини. І навпаки, прояви залежності, прив'язаності з боку дитини, підтримуються і схвалюються матір'ю. Однак, бачачи «вивчену безпорадність» дитини, матері переживають почуття вини за помилки у вихованні, що посилює тривогу, незадоволення собою. Почуття вини спонукає до ще більшого контролю за дитиною та гіперкомпенсації у вигляді намагання задовільнити всі потреби дитини, важливі з точки зору матері, при цьому позиція самої дитини ігнорується («я краще знаю, що йому/їй потрібно»). Такий зв'язок з матір'ю можна означити як симбіотично-авторитарний.

Описана сімейна констеляція може сприяти формуванню базового конфлікту пацієнтів з патологією ГДЗ за F. Alexander, 1951 [12], який виникає між інфантильним бажанням бути залежним, отримати любов і увагу шляхом пасивного харчування (тобто «бути нагодованим») — з одного боку, і зростаючим «Я», формуванням власної активності і самостійності — з іншого. Розрешення конфлікту та наростаючої тривоги, що передається від матері, забезпечує хвороба, яка «виправдовує» потребу в опіці оточення і тимчасову відмову від самостійності (первинна вигода від хвороби). Слід зазначити, що ще однією особливістю внутрішньосімейних відносин була виняткова увага до хворих членів родини — хворому приділялася особлива увага, догляд, толерувалася демонстрація поганого настрою (вторинна вигода від хвороби).

До протекторних сімейних факторів щодо формування патології ГДЗ у дітей можна віднести теплі, підтримуючі стосунки в сім'ї (частота в ОГ $20,5 \pm 4,5\%$ проти $68,9 \pm 6,9\%$ в ГК, $p=0,001$), партнерські стосунки батьків, їх гармонійний шлюб ($14,5 \pm 3,9\%$ в ОГ проти $62,2 \pm 7,2\%$ в ГК, $p=0,001$), відсутність зовнішнього контролю за сім'єю ($65,1 \pm 5,3\%$ в ОГ проти $88,9 \pm 4,7\%$, $p=0,01$). На думку R.J. Friedman and P.L. Chase-Lansdale, 2002 [14], саме емоційне тепло, підтримка у сім'ї, гармонійний шлюб батьків є фактором формування стресостійкості у дитини, її адаптивних можливостей та адекватної самооцінки.

Висновки

1. Матері дітей з патологією ГДЗ характеризувалися домінантністю, недостатньою гнучкістю, при цьому вони були тривожними, схильними до іпохондрії. Батьки виявилися більш сенситивними, сентиментальними, схильними до песимізму, депресії.

2. До сімейних факторів ризику формування гастродуоденальної патології у дітей можна віднести домінуючу позицію матері, пасивну, унікаючу, позицію батька, затяжні конфлікти, приховану ворожість між батьками,

низкий уровень поддержки, эмоционального тепла, единства в семье, наявність зовнішнього контролю сім'ї (з боку бабусь, дідусів). Описана сімейна констеляція може сприяти формуванню базового конфлікту пацієнтів з патологією гастроудоденальної зони за F. Alexander.

3. До протекторних сімейних факторів щодо формування патології гастроудоденальної зони у дітей можна віднести теплі, підтримуючі стосунки в сім'ї, партнерські стосунки батьків, їхній гармонійний шлюб, відсутність зовнішнього контролю за сім'єю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. В. Язвенная болезнь у детей: проблемы и перспективы / Ю. В. Белоусов, Н. В. Павленко // *Международ. мед. журн.* — 2003. — № 1. — С. 35—38.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина : [краткий учебн.] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. — М. : ГЕОТАР МЕДИЦИН, 1999. — 376 с.
3. Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология (наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов) / В. И. Гарбузов. — СПб. : Сотис, 1999. — 320 с.
4. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез / А. И. Захаров. — М. : Медицина, 1988. — 144 с.
5. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия / А. И. Захаров. — СПб. : «Издательство Союз», 2000. — 324 с.
6. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка / А. И. Захаров. — СПб. : «Издательство Союз», 2000. — 222 с.
7. Крюкова А. Я. Синдромы боли, нарушения пищевого поведения, сопряженные с психоэмоциональными нарушениями при язвенной болезни / А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*, 2011. — Т. XVIII, № 4. — С. 92—94.
8. Кундінова З. С. Особливості функціонування «психосоматичної» сім'ї у дівчат-підлітків з хронічним гастроудоденітом / З. С. Кундінова // *Проблеми сучасної психології.* — 2010. — Вип. 10. — 355—365.
9. Опарин А. А. Психосоматические аспекты дуоденальной язвы / А. А. Опарин // *Международ. мед. журн.* — 2003. — № 1. — С. 39—41.
10. Собчик Л. Н. СМЛ (ММПИ) — стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. — СПб. : Речь, 2002. — 218 с.
11. Aethiology of peptic ulcer: a prospective population study in Norway / Johnsen R., Forde O. H., Straume B. [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health.* — 1995. — Vol. 49 (2). — P. 222—224.
12. Alexander F. *Psychosomatische Medizin* / F. Alexander. — Berlin : De Gruiter, 1951.
13. Engel G. L. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine herausforderung der Biomedizin / G. L. Engel // *Normalita und Abweichung.* — Munchen: Urban & Schwarzenberg, 1979. — S. 63—85.
14. Friedman R. J. *Chronic adversities* / R. J. Friedman, P. L. Chase—Landsdale // *Child and adolescent psychiatry* / Rutter M., Taylor E. (Eds.). — 4th ed. — London : Blackwell Publishing, 2002. — P. 261 — 276.
15. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior / Levy R. L., Whitehead W. E., Von Korff M. R., Feld A. D. // *Am. J. Gastroenterol.*, 2000. — Vol. 95. — P. 451—456.
16. Walker L. S. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? / L. S. Walker, J. W. Greene // *J. Pediatr. Psychol.*, 1989. — Vol. 14. — P. 231—243.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗИСТЕНТНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

О.З. Гнатейко, Е.Л. Лычковская, И.Ю. Кулачковская, В.Д. Семен, Х.В. Богатырева

Резюме. Исследование посвящено идентификации психосоциальных факторов предрасположенности и резистентности к формированию патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Установлено, что к семейным факторам риска формирования гастроудоденальной патологии у детей можно отнести доминирующую позицию матери, пассивную, избегающую, позицию отца, затяжные конфликты, скрытую враждебность между родителями, низкий уровень поддержки, эмоционального тепла, единства в семье, наличие внешнего контроля семьи. Описанная семейная констеляция может способствовать формированию базисного конфликта пациентов с патологией гастроудоденальной зоны по F. Alexander. К протекторным семейным факторам можно отнести теплые, поддерживающие отношения в семье, партнерские взаимоотношения родителей, их гармоничный брак, отсутствие внешнего контроля семьи.

Ключевые слова: патология гастроудоденальной зоны у детей, психосоциальные (семейные) факторы риска и резистентности.

FAMILY RISK-FACTORS AND RESISTANCE-FACTORS IN THE FORMATION OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN

O.Z. Hnateyko, O.L. Lychkovska, I.Ju. Kulachkovska, W.D. Semen, Kh.V. Bohatyryova

Summary. Present study is dedicated to determination of psychosocial factors of predisposition and resistance to the formation of upper gastrointestinal pathology in children. There was revealed that among family risk-factors of the formation of gastroduodenal pathology in children are the dominant mother's position; passive and shun father's behaviour; protracted conflicts; hidden hostility between the parents; low levels of the support, of the emotional warmth, of the unity in the family; available external control of the family. Described family constellation can promote basic conflict in patients with gastroduodenal pathology by F.Alexander. Among family protective factors of the formation of gastroduodenal pathology in children there are following: warm, supportive relationships in the family, harmonious partnership of the parents, lack of external control over the family.

Key words: gastroduodenal pathology in children, psychosocial (family) risk-factors and resistance-factors.