

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

А. Ю. Касьянова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, спастичний закріп, емоційний стрес, сімейна психотерапія.

На Україні захворювання органів травлення посідають друге місце за поширеністю серед населення та складають 148,95 на 1000 (МОЗ, 2009).

Негативний вплив екології, підвищення нервово-психічних навантажень в школі та в сім'ї, недостатня фізична активність сприяють росту шлунково-кишкової патології серед дітей (Разживіна Г.М., 2005, Rodriguez L.A., 2007, Hutton J.M., 2008).

Особливу увагу в останні роки науковці приділяють дослідженню функціональних захворювань органів травлення у дітей (Белоусов Ю.В., 2005, Григор'єва Г., 2006, Rona L. Levy, Kevin W. Olden., 2006, Joy E. Beck., 2008). Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займають одне з провідних місць у структурі патології органів травної системи. Відомо, що рекурентний абдомінальний біль має функціональний характер у 90–95% дітей та лише у 5–10% може бути зумовлений органічною причиною. У 20% випадків в основі хронічної діареї у дітей також лежать функціональні порушення (Парфенов А.И., 1998; Хавкин А.И., Жихарева Н.С., 2002) [7]. 10–20% дітей у віці від 0–4 місяців виявляються кишкові колики, значна кількість яких емоційного генезу (Danielsson B., Hwang C. P., 1985). Рецидивуючі абдомінальні болі у дітей в 45,5% випадків мають психосоматичний характер та спостерігаються у 10% школярів (Goldszmidt D., Bach C.L., 1983). Частота випадків ідіоматичного закріпу з різними формами розладу стулу складає 65%, енкопрез – 8% (Arhan P. et al., 1983) [3].

У сучасній літературі особливості етіології, патогенезу, діагностики та лікування функціональних захворювань кишечника (ФЗК) у дітей раннього віку висвітлені недостатньо. Більшість дослідників вважають їх поліетіологічними захворюваннями. Існує цілий ряд факторів, які самостійно або в сполученні один з одним призводять до розвитку ФЗК, а саме: зростаючий несприятливий вплив факторів зовнішнього середовища на організм дитини, недолік баластових речовин у харчуванні, навантаження ксенобіотиками, харчова алергія, соціальні й емоційні фактори, що супроводжують захворювання ШКТ, психічні порушення, зловживання медикаментами, перенесені кишкові інфекції та дизбіоз.

Тому в даній статті нашою метою є теоретичний аналіз проблеми психосоматичного підходу діагностики та лікування функціональних захворювань кишечника у дітей.

За психосоціальною моделлю розвитку ФЗК у дітей при наявності генетичної схильності і впливу сенсibiliзуючого фактора у особистості, що розвивається в певному соціальному середовищі, складається психологічний тип, у якого при низькому рівні резистентності до стресових впливів і слабкій соціальній підтримці порушуються соматоцеребральні взаємовідносини, що призводить до формування патології. Ефект впливу генетичних і зовнішніх факторів залежить від вираженості та тривалості їх проявів, а також від існуючих зовнішніх стресових впливів та рівня підтримки дитини (В.Г.Майданник, 2002, О.Г.Шадрін, 2005).

Психосоматичний підхід розглядає хворобу як властиву людському організму систему [3]. Функціональне захворювання є психосоматичним розладом, адже не виводиться окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадкові) властивостей індивіда, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якої-небудь однієї системи – психічної чи соматичної. Тільки взаємодія між тілом, психікою та оточуючим середовищем може призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. Тільки розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на захворювання, яке виникає, в тому числі і методами психотерапії. Психосоматика як напрям в медицині та психології, займається вивченням впливу психологічних факторів на виникнення та наступну динаміку соматичних захворювань. В основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційні переживання, які супроводжуються функціональними змінами та патологічними змінами в органах [5].

Провести психодіагностику і надати психологічну допомогу дитині та членам її сім'ї зможе лише професійно підготовлений спеціаліст у галузі медичної психології. Професійна картина світу медичного психолога, призначення якого є психологічна допомога особам, процес життєдіяльності яких страждає від соматичного, психічного або психосоматичного захворювання тієї чи іншої етіології, включає глибоке розуміння внутрішнього світу хворої людини, яка страждає від фізичного та душевного болю [4].

Для діагностики психосоматичного захворювання медичний психолог використовує клінічну бесіду або інтерв'ю з пацієнтом і найближчим оточенням дитини та пси-

хологічне тестування. Метою клінічного інтерв'ю є знаходження зв'язків між часом виникнення соматичних проявів хвороби та життєво важливими змінами у житті дитини. Якщо такі зв'язки можна встановити, то подальша бесіда має проводитися з найближчими родичами дитини. Медичний психолог має допомогти батькам прояснити значення соціально-психологічних змін в житті дитини та допомогти зрозуміти їм роль та можливості сім'ї в одужанні та оздоровленні її членів. Анамнестичні дані та клінічні обстеження не дають достатнього матеріалу для діагностики психосоматичного захворювання. Тому під час диспансеризації дітей варто використовувати психологічні методики, які здатні виявити тривожну напруженість хворого.

Так для дітей раннього віку найкраще використовувати проєктивні методики, а саме малюнок сім'ї, неіснуючої тварини, тест Копітца [Koppitz E.M., 1978], який включає виконання дитиною малюнку людини, та за допомогою якого можна оцінити наявність внутрішнього емоційного конфлікту.

Для підлітків та дітей старшого віку вже можна запропонувати особистісні опитувальники Айзенків [Eysenk H.J., Eysenk S. V., 1975], адаптований А.Ю. Панасюком, який дозволяє за показниками нейротизму визначити емоційну нестабільність, яка в значній мірі відображує тривожність; особистісний опитувальник Кеттелла [Cattell R.V. et al., 1970], який за 04 фактором дає змогу оцінити напруженість, фрустрацію, а за фактором N – невпевненість, песимістичні погляди та думки, тривожність; за тестом Спілбергера (Spielbeiger C.D.) в модифікації Ханіна (1983) оцінити реактивну та особистісну тривожність; опитувальник дитячої тривожності Рейнольдса [Reynolds C.R., 1981], за допомогою якого дитина зможе оцінити власне самопочуття.

Для матері хворої дитини можна запропонувати опитувальник дитячої тривожності [Klinedinst J.K., 1974], який дозволить визначити тривожність дитини за особливостями її поведінки.

Результати даної психодіагностики дозволять запропонувати комплексний підхід, щодо виявлення дітей, які найбільш схильні захворіти психосоматичними захворюваннями.

Провідну позицію серед функціональних захворювань кишечника в дитячому віці займає синдром подразненого кишечника (Бельмер С.В., 2005, Шадрін О.Г., 2005, Spiller R., 2007). Актуальність його визначається, насамперед, високою розповсюдженістю, яка становить 20% усього населення (Клярницька І.Л., 2003, Ducrotte P., 2007, Mayer E.A., 2008). Синдром подразненого кишечника вважається запальним захворюванням, дистальними проявами якого є порушення синхронізації моторної функції та підвищення чутливості рецепторів товстої кишки (Дзяк Г.І., 2004, Белоусов Ю.В., 2005). Важливу патогенетичну роль при цьому відіграють дизрегуляторні процеси, які відбуваються в коркових та підкоркових центрах, вегетативній нервовій системі. Картина особистості даної групи хворих відрізняється тенденцією до обесивно-невротичної переробки переживань при основній депресивній структурі та на високий рівень страху у цієї групи хворих (Schwidder,

1965; Reindell et al, 1981; Woodman, Noyes 1992). Соціально-психологічні чинники даного захворювання пов'язані зі страхами перед екзаменами, конфліктами з вчителями, батьками. В більшості випадків переживання страху витісняється з свідомості та проявляється головним чином через соматичну сферу. Хворі часто контролюють всі прояви почуттів, зовні виглядають бадьорими, підкреслено впорядкованими, вміло приховують свої страхи. По відношенню до батьків в своєму емоційному розвитку хворі залишаються залежними, несамостійними. Медикаментозне лікування та дієта справляють на хворого крапкий ефект в комбінації з консультативно-підтримувальними психотерапевтичними заходами. Психотерапія має бути орієнтована на виявлення та розкриття витіснених фантазій та емоцій з метою актуалізації їх в уявленнях та почуттях. При цьому відбувається розкриття та відпрацювання конфліктної ситуації. Успішно використовуються методи гештальт-терапії, транзактного аналізу, арт-терапії [5].

Однією з актуальних проблем дитячої гастроентерології як в нашій країні, так і взагалі в світі, є функціональний закреп (ФЗ). На закрепі страждає 3-12% дорослого населення світу. Справжня поширеність закрепів серед дітей залишається невизначеною через низьку увагу до цієї проблеми батьків (А.І. Хавкін, 2000). За даними деяких дослідників, ФЗ є причиною 10-25% звертань до дитячого гастроентеролога (Loening-Bauke, V., 2007, Van den Berg, 2006). Достовірної статистики розповсюдженості закрепів у дітей раннього віку немає. За даними деяких авторів, вона становить від 30 до 39% переважно у дітей перших 3 років життя [6]. Залежно від лікувальної тактики у педіатричній практиці найбільш поширеним є поділ закрепів на органічні та функціональні. Про функціональні закрепи говорять у випадку, коли під час обстеження виключено органічні причини виникнення розладів кишечника та зв'язок з іншим захворюванням або з прийомом лікарських засобів. ФЗ більшість дослідників поділяють на аліментарні, дискінетичні, психогенні, умовно-рефлекторні. Суттєву роль у їх виникненні відіграє генетична схильність, патологічний перебіг вагітності та пологів, ранній або швидкий перехід на штучне вигодовування, неправильний режим дня та харчування, недотримання матір'ю та дитиною питного режиму, порушення вигодовування, перенесені кишечні інфекції, недостатня увага матері до своєчасного формування у дитини рефлексу на акт дефекації. Основними патогенетичними ланками функціональних порушень кишечника вважають порушення вісцеральної гіперчутливості та співвідношення мозок-кишка, опосередковані нейропептидами, а також психосоціальні фактори. У дітей раннього віку вирішальне значення у генезі моторно-евакуаторних розладів товстої кишки належить змінам в автономній і вегетативній нервовій системі, оскільки центральні рефлекторні механізми виражені мінімально, а вплив кори головного мозку в новонароджених і дітей грудного віку відсутній [8]. Спастичний закреп – типовий психосоматичний розлад, при якому негативні емоції, які накопичуються виявляються причиною спазмованої стінки прямої кишки та звуження її просвіту. Найбільш часто захворювання виникає у невротичних

дітей [3]. Закрепи можуть супроводжуватися зміною загального стану, головним болем, втомленістю та іпохондричною насторогою. В якості психологічних характеристик, Фрейд описував анальну тріаду: впертість, любов до порядку, бережливість. Так в Індії брахмани (каста жреців) занадто переймаються чистотою та страждають закрепами частіше ніж представники касты недоторканих, які займаються прибиранням сміття (M. Pflanz, 1962) [1]. У дітей з закрепами Н. Richter (1958/1959) описав наступні загальні ознаки: 1) всі діти відчувають виражені страхи, переважно страх втрати, розлуки з матір'ю, сну на одинці, що означають для них катастрофу; 2) діти демонструють бажання влади над матір'ю; 3) діти виявляють оральні симптоми з частими порушеннями харчування, блювотою, відсутністю апетиту, прихованим прагненням до солодощів та переїдання. Але і тут, за думкою Н. Richtera, в основі поведінки лежить страх втрати об'єкта, страх перед завданням оволодіння об'єктом.

Головним елементом програми психотерапії ФЗ у дітей є вирішення завдань психосоціальної адаптації дитини. Дієтичні, фізично активуючі та виховні заходи можуть справити достатньо позитивний ефект в лікуванні в поєднанні з симптоматично орієнтованими психотерапевтичними бесідами. Успішно використовуються ігрова психотерапія з відпрацюванням фантазій пов'язаних з агресією та забрудненням.

Обираючи метод психотерапії для дитини необхідно враховувати її вік. Адже на різних вікових етапах вона отримує новий соціальний досвід, який супроводжується різними ситуаціями та подіями. Дошкільники більш за все страждають через можливий відрив від сім'ї та дому. Школярі більш залежні від взаємовідносин з однолітками. Але в той же самий час оцінити психологію дитини поза сім'єю неможливо. До частих психотравмуючих факторів, які можуть викликати загострення ФЗК в дитячому віці належать: розлучення батьків, смерть близької людини, алкогільна залежність батьків, конфліктні ситуації в сім'ї. Часто мати хворої дитини сама страждає від психосоматичного захворювання, має ознаки депресії та неврозу. Тому, намагаючись надати психологічну допомогу дитині, потрібно обов'язково з'ясувати психологічний стан батьків та за потреби провести психологічну консультацію з метою налагодження позитивного сімейного клімату. Концепції сімейної психотерапії враховують особливу роль, яку відіграє сім'я в житті дитини, формуванні її особистості та генезі психосоматичних розладів.

Психосоматично хвора дитина часто є "носієм проблем" сім'ї. Тим самим хворий виконує розвантажувальну функцію сім'ї, адже піклування про нього перешкоджає розгортанню підпорогових сімейних конфліктів. З іншого боку, з часом хвора дитина створює додаткове навантаження на сім'ю через те, що проявляє назовні сімейну проблематику. Зазвичай важко мотивувати всю сім'ю для бесіди з медичним психологом або психотерапевтом, адже сім'я безсвідомо відкидає будь-які зміни. Розвантаження "носія симптомів" зрушило би встановлену за рахунок нього рівновагу та призвело би до прориву конфлікту.

Але психотерапія дітей з психосоматичними розладами визначається не тільки необхідністю вирішення склад-

них життєвих обставин, які лежать в основі захворювання, але і етапами психічного розвитку дитини. У віці 2,5 – 4 років вибір психотерапевтичного методу обумовлений періодом самоствердження, становлення особистості, формування самооцінки та системи відносин. Поряд з лікувально-педагогічною корекцією неправильного стилю сімейного виховання можна застосовувати методи ігрової психотерапії, яка забезпечує оптимізацію взаємовідносин з однолітками [3]. У віці 4 – 7 років коло психотерапевтичних заходів розширюється. Хворого з психосоматичним розладом включають в сімейну та індивідуальну, орієнтовану на роз'яснення психотерапію. За думкою А.І.Захарова, завдання останньої – емоційне відреагування конфліктної ситуації у групі та десенсибілізація загрозливих образів у свідомості за допомогою їх успішного зображення та подолання у грі [2]. У 7–8 років під час адаптації в загальноосвітній школі психотерапія пацієнта, який страждає на психосоматичне захворювання, в більшій мірі направлена на подолання комунікативних складнощів. В цьому віці поряд з сімейною та індивідуальною психотерапією рекомендується використовувати поведінкову психотерапію. Групову психотерапію корисно поєднувати з сімейною. В підлітковому віці у дітей з психосоматичними розладами найбільшу користь можуть принести методи особистісно-орієнтовальної психотерапії, сімейної та групової. Меншого значення в цьому віці відіграє поведінкова та гіпно-суггестивна психотерапія. (Гончарская Т.В., 1979). Особистісні особливості, які переважно притаманні дітям практично при всіх психосоматичних захворюваннях – це низький поріг чутливості до подразників, висока інтенсивність реакцій на зовнішні подразники, складнощі адаптації до нових негативних вражень, замкнутість, стриманість, недовіра, тривожність, сенситивність, схильність до фрустрацій, переважання негативних емоцій над позитивними, невисокий рівень інтелектуального функціонування в поєднанні з високою нормативністю (гіперсоціальністю) та установкою на досягнення високих результатів. Глибина усвідомлення стресових подій та особистісні особливості визначають чи стане подія стресовою для конкретної особистості [3]. У поєднанні з психічними ознаками тривожності у дітей з психосоматичними захворюваннями можуть спостерігатися преморбідні прояви такі як: порушення сну, слабкість, головокружіння, головний біль, відчуття прискороного серцебиття, тики, задуха, запаморочення, болі в животі, нудота.

Реалізація профілактики та успішного лікування ФЗК у дітей потребує створення відповідних умов, а саме:

1) організація допомоги повинна бути заснована на уявленнях про психосоматичний підхід в діагностиці та лікуванні ФЗК у дітей. На перше місце має бути поставлений принцип раннього виявлення дітей високого ризику, на друге – організація допомоги цим пацієнтам в рамках педіатричних відділень;

2) ведення хворого з функціональним захворюванням має здійснюватися педіатром спільно з медичним психологом;

3) лікування необхідно направляти не тільки на соматичні та нервово-психічні системи, але й корегувати дію

соціально-психологічних чинників, а також психосоматичну ситуацію, яка виникає в дитини у відповідь на захворювання;

4) потрібно пропонувати батькам психологічну допомогу у створенні сприятливих відносин у сім'ї. За допомогою бесід, консультацій, лекцій виховувати у батьків вміння створювати довірливі, емоційно теплі відносини з дітьми;

5) серед дитячих лікарів та середнього медичного персоналу необхідно розповсюджувати знання про психологічні особливості ФЗК;

6) подальшому дослідженню підлягають соціально-психологічні чинники розвитку ФЗК у дітей.

*Рецензент: академік НАПН України,  
д.психол.н., професор С.Д. Максименко*

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Бройтигам В., Кристіан П., Рад М. *Психосоматическая медицина*. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.  
2. Захаров А. И. *Психотерапия невротозов у детей и подростков*. Л.: Медицина, 1982. 216 с.

3. Исаев Д. Н. *Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей*. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

4. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. *Психологічна допомога тяжким соматично хворим* – Київ: Інститут психології ім.Г.С.Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.

5. Малкина-Пых И. Г. *Психосоматика: Справочник практического психолога*. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

6. Сичинава И.В., Горелов А.В. *Запоры у детей. Детский доктор*, 2001; 5: С. 8–25.

7. Хавкин А.М. *Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста*. М., 2000; С. 65–72.

8. Шадрін О.Г. *Клінічна оцінка температури дітей грудного віку з функціональними закрепками*. *Перинатологія та педіатрія*. – 2009. – №1. – С.36–39.

9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. *Психология и психотерапия семьи*. СПб.: Питер, 1999. 654 с.

10. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A., et al. *Functional bowel disorders and functional abdominal pain*. *Gut* 1999; 45: P. 43–7.

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*А. Ю. Касьянова*

*Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина*

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, спастический запор, эмоциональный стресс, семейная психотерапия.

**Резюме.** В статье рассмотрен психосоматический подход диагностики и лечения функциональных заболеваний у детей. Сделанный акцент на значении эмоционального стресса и семейных конфликтов в патогенезе психосоматических заболеваний. Обговаривается вопрос актуальности медицинского психолога в педиатрической практике и введение семейной психотерапии в лечение рассмотренных заболеваний.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, спастический запор, эмоциональный стресс, семейная психотерапия.

### FUNCTIONAL BOWEL DISEASES IN CHILDREN: A PSYCHOSOMATIC APPROACH IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT

*A.Yu.Kasyanova*

*National O.O. Bohomolets Medical University,  
Kyiv, Ukraine*

**Summary.** The article deals with the problem of psychosomatic approach in the diagnosis and treatment of functional bowel diseases in children. Importance of emotional stress and family conflicts in the pathogenesis of psychosomatic disorders in children emphasized in article. The actuality of medical psychologist in pediatric practice and family's psychotherapy in treatment children with psychosomatic disease are considered.

**Key words:** irritable bowel syndrome, constipation, emotional stress, family psychotherapy.