

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Касьянова А.Ю.

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

Ключові слова: синдром подразненого кишківника, емоційні розлади, психотерапія, сімейний підхід

Актуальність. Профілактика, вчасна діагностика та ефективне лікування функціональних хвороб кишківника в дитячому віці має велику медико-соціальну значимість, яка обумовлена значною поширеністю даної групи захворювань, складністю верифікації діагнозу та недостатньо ефективними традиційними методами терапії. За деякими даними розповсюдженість синдрому подразненого кишківника (СПК) серед дитячого населення досягає 20% [6]. Враховуючи широку поширеність та різноманітність клінічної симптоматики СПК протягом багатьох років вітчизняними та зарубіжними науковцями досліджено велику кількість різних засобів лікування, що включали дієтичні заходи, психотерапію та медикаментозне лікування в різних комбінаціях.

Але на практиці дитячим гастроентерологам часто важко надати комплексну допомогу дітям з функціональними захворюваннями травлення, через відсутність психологів та психотерапевтів у відділеннях. Тому сьогодні лікування СПК зводиться, головним чином, до дієти та медикаментозного лікування.

Досвід роботи провідних клінік дитячої гастроентерології доводить, що незважаючи на важливу роль порушення кишкової моторики в патогенезі СПК бажаних результатів терапії у дітей можна очікувати тільки на фоні застосування комплексу дієтичних, психотерапевтичних, медикаментозних та фізіотерапевтичних заходів [7, 10, 11].

Необхідність залучення психологічної допомоги до комплексного лікування СПК у дітей обумовлена підвищеним рівнем тривожності та/або депресивними станами у переважної більшості дітей [9].

Різні автори багаторазово підкреслюють важливість психотерапевтичних методів лікування СПК [1, 2, 9, 10]. Як діти так і дорослі хворі потребують подвійної курації: гастроентеролога та психотерапевта.

В дослідженні Дросмана та ін. було показано, що когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) є ефективним заходом лікування СПК з точки зору задоволення від терапії, зменшення хворобливої симптоматики та загального благополуччя після трьох місяців КБТ, в той же час КБТ мало або зовсім не вплинула на зменшення почуття болю у пацієнтів з СПК. Часто пацієнти звітували, що "біль залишається, але я можу справлятися з нею більш вдало", зазначаючи при цьому, що покращився їхній стиль поведінки. КБТ показана для зменшення інтенсивності хворобливої симптоматики СПК, особливо в ситуації, коли в анамнезі хворого зустрічаються сексуальні зловживання, залежності або наявна депресія [8].

Релаксаційні тренінги та техніки спрямовані на зменшення відчуття емоційного збудження, що включають прогресивну м'язову релаксацію, біологічний зворотній зв'язок, аутогенний тренінг та медитацію навчають пацієнтів з СПК протидіяти психологічним наслідкам стресу та тривоги і допомагають значно зменшити хворобливі соматичні симптоми [8].

Деякі дослідження направлених на пошук альтернативних засобів лікування СПК показали, що поєднання прогресивної м'язової релаксації з КБТ дає більш ефективний результат ніж стандартизоване медичне лікування гастроентерологом [8, 7]. Так, багатокomпонентна біхевіоральна терапія включає прогресивну м'язову релаксацію, когнітивну копінг стратегію, навчання вирішувати проблеми, тренінг направлений на підвищення самооцінки та впевненості хворого та тренінг направлений на опрацювання думок пацієнта, які пов'язані з захворюванням.

Враховуючи, що більшість наукових досліджень з питань психотерапії дітей з СПК присвячені когнітивно-біхевіоральній терапії та технікам самонавіювання, в нашому дослідженні ми вирішили дослідити ефективність індивідуалізованого підходу в психотерапії дітей з СПК із застосуванням сімейного підходу.

В нашому дослідженні ми виходили з того, що розглядати психосоціальний стан дітей необхідно, в першу чергу, в контексті сім'ї, тому окрема увага приділялась дослідженню емоційної сфери матерів.

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності лікування дітей з синдромом подразненого кишківника шляхом визначення емоційного стану дітей та матерів та розробка відповідних рекомендацій щодо психотерапевтичної допомоги.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження було проведено на базі Дитячої клінічної лікарні № 9, м. Києва. В психодіагностичному дослідженні прийняло участь 61 дитина з СПК (27 (44,3%) – хлопці; 34 (55,7%) – дівчата) та 55 матерів (середній вік $40,5 \pm 7,9$). В психотерапевтичному дослідженні діти з СПК були поділені на дві групи: основна група 31 дитина, яка окрім традиційного (медикаментозного) лікування отримувала психотерапевтичну допомогу (із залученням 26 матерів), контрольну групу склали 30 дітей, які отримували тільки медикаментозне лікування та притримувалися дієти. Всім дітям був проведений комплекс загальних та спеціальних діагностичних процедур з метою виключення органічного захворювання. Після підтвердження функціонального характеру захворюван-

ня та отримання письмових етичних згод, щодо проведення психодіагностичних та психотерапевтичних заходів, дітям та їх матерям були запропоновані тестові методики для визначення емоційного стану до та після проведення психотерапії. Для дослідження рівня тривоги у дітей ми використовували дитячу шкалу проявів тривожності СМАС (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), адаптовану А.М. Прихожан (2000) [4]. З метою визначення депресії у дітей ми використовували опитувальник CDI (Children's Depression Inventory), адаптований Подольським А.И., та Ідобаєвою О.А. (2004) [5]. Для дослідження невротичних станів у матерів ми використовували "Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів", який був розроблений у 1978 р. К.К. Яхніним та Д.М. Менделєвцем [3].

В продовж надання психотерапевтичної допомоги всі діти отримували традиційне медикаментозне лікування в залежності від форми захворювання. Запропонований комплекс психотерапевтичних занять носив інтегральний, індивідуалізований підхід, який включав освітню роботи з матерями щодо аспектів виховання та психології взаємостосунків матері та дитини; рольові ігри, арт-терапію, елементи когнітивно-біхевіоральної терапії. Психотерапія проводилась індивідуально та у формі групових занять. Під час розробки індуалізованого стилю психотерапії, в першу чергу, ми керувались віком дитини. Так, у 8–10 років була запропонована навчально-ігрова індивідуальна та групова сімейна психотерапія (із залученням до занять матерів). Психотерапія була спрямована на подолання комунікативних складнощів з батьками та однолітками на фоні адаптації до загальноосвітньої школи.

Серед дітей 14–16 років ми застосовували психотерапію із елементами когнітивно-біхевіоральної та психодинамічної. Психотерапія була спрямована на подолання комплексів щодо власної зовнішності, проблем в спілкуванні з протилежною статтю, однолітками та батьками.

Тривалість психотерапії обмежувалась терміном перебування дітей в стаціонарі гастроентерологічного відділення, у зв'язку з цим перевага надавалась інтенсивним та короткочасним методам психотерапії

Для визначення ефективності проведеної терапії у дітей, ми оцінювали ступінь вираженості клінічних ознак захворювання в балах: 1) відсутність ознак захворювання – 0 балів; 2) незначно або слабко виражені ознаки – 1 бал; 3) помірно виражені ознаки – 2 бали; 4) значно виражені ознаки – 3 бали. Ефективність лікування оцінювали за позитивною динамікою клінічних симптомів хвороби: болі, частоти стільця, диспепсичних порушень (нудота, зниження апетиту, відчуття розпирання в животі, метеоризм), тривожність, депресивний стан. Високо позитивним – вважали результат при зникненні підвищеної тривожності, депресії, болю, диспепсичних явищ, нормалізації стільця та частоти актів дефекації. Середньо позитивним – вважали результат при нормалізації тривожності, частоти і консистенції стільця, зникненні абдомінального болю, але збереженні періодично виникаючого здуття живота, метеоризму. Слабко позитивним – вважали результат при зменшенні відчуття болю в животі та його здуття; поліпшенні консистенції калу при

частоті стільця 3 та більше разів на день або 3 та менше разів на тиждень, збереженні підвищеної тривожності та депресії.

Результати дослідження та обговорення

За даними "Шкали явної дитячої тривожності А. М. Прихожан", пацієнтів з СПК, які мали ознаки підвищеної та дуже підвищеної тривожності виявилось 42 (68,8%). За даними "Опитувальника для визначення депресії у дітей М.Ковач", більше третини пацієнтів з СПК – 20 (32,7%) мали ознаки субдепресивного та депресивного станів. Загальне обстеження дітей показало, що діти з СПК часто скаржились на інші хворобливі симптоми функціонального характеру: головний біль у 26 (42,6%) дітей, кістково-м'язовий біль 15 (24,6%), нудоту 11 (18,03%), відсутність апетиту 31 (50,8%), швидку втомлюваність 52 (85,2%) дітей.

Досліджуючи емоційний стан матерів дітей з СПК ми виявили, що майже 90% матерів страждають на невротичні стани. Результати характеристики невротичних станів у матерів дітей з СПК представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Невротичні стани у матерів дітей з СПК та матерів дітей з ВХ

Шкали	Матері дітей з СПК (n=55)	
	Абс.ч.	%
Тривожність	40	72,7
Невротична депресія	24	43,6
Астенія	29	52,7
Істеричний тип реагувань	11	20
Обсесивно-фобічні порушення	25	45,5
Вегетативні порушення	48	87,3

Наприкінці першого тижня (на 4 день) перебування в стаціонарі було відмічено тенденцію щодо редукції абдомінального болю в обох групах, що може бути пояснено фармакотерапією; на 12 день лікування редукція абдомінального болю виявилась у 29 (93,54%) дітей основної групи та у 19 (63,3%) контрольної групи дітей, що може бути пояснено залученням уваги дитини до психотерапевтичного процесу та відреагуванням переживань під час навчально-ігрових занять.

Крім того, була відмічена чітка тенденція щодо нормалізації рівня тривожності та зникнення ознак депресивного стану у 29 (93,54%) дітей в основній групі та у 18 (60,0%) дітей контрольної групи.

Найбільш сталим виявився показник моторної функції кишківника (частоти стільця), що нормалізувався у більшості 58 (95,08%) дітей з обох груп та був одним з основних критеріїв виписки зі стаціонару.

Отже, група пацієнтів, яка на фоні звичного медикаментозного лікування проходила курс психотерапевтичних занять продемонструвала покращення психосоматичного стану: тенденцію до редукції тривоги та депресії, значно кращі результати щодо зменшення абдомінального болю. Така ситуація доводить необхідність застосування курсу традиційного медикаментозного лікування із застосуванням інтегральної психотерапії.

Висновки

1. Майже 70% дітей з СПК страждають від підвищеного рівня тривожності. В свою чергу їхні матері скаржаться на ті ж самі невротичні розлади. Невротичні стани у матерів дітей з СПК можуть створювати негативний психосоціальний вплив на виникнення емоційних розладів у дітей, що в свою чергу може значно ускладнювати перебіг СПК та його лікування. Адже, батьківська модель реагування на біль може безпосередньо впливати на формування емоційної та поведінкової відповіді дитини на переживання болю.

2. Залучення короткого курсу інтегральної психотерапії до базисного лікування СПК у дітей показало значно кращі результати ефективності лікування за всіма дослідженими показниками психосоматичного стану пацієнтів.

3. Враховуючи, наявність невротичних розладів не тільки у дітей з СПК, але й в їхніх матерів, психотерапія має носити сімейний характер, та по можливості поширюватись на всіх членів родини.

4. Залучення медичного психолога до комплексу діагностичних процедур СПК у дітей дозволить вчасно виявити емоційні розлади та правильно скерувати лікувально-профілактичні заходи. Адже наявність підвищеного рівня тривоги та ознак депресії у хворих потребує залучення до лікування дітей з СПК не тільки гастроентеролога або педіатра, але й медичного психолога або психотерапевта, які окрім традиційного медикаментозного лікування зможуть підібрати потрібний комплекс психотерапевтичних занять.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. 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.

2. Марилов В. В., Орестова Т. Ю., Марилова Т. Ю. Психопатологические варианты синдрома раздражённой толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 6. – С. 64–65.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Медпресс-информ, 2008. – 432.

4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – Воронеж, 2000. – 305 с.

5. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. –СПб.: Питер, 2004. – 202 с.

6. Шадрін О.Г. Прогнозування розвитку, діагностика та лікування синдрому подразненого кишечника у дітей. Автореф. дис.докт.мед. наук: 14.01.10 – К., 2004. – 24 с.

7. Cremonini F, Talley NJ. Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Med.* 2004 Oct;95(5):427-41.

8. Drossman D.A., Richter J.E., et al. The functional gastrointestinal disorders and their diagnosis: A coming of age. *The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology, and treatment-A multinational consensus.*// Boston: Little, Brown. – 1994, pp.1 – 23.

9. Kaminsky L., Robertson M., Dewey D., Psychological correlates of depression in children with recurrent abdominal pain. // *Journal of Pediatric Psychology.* – 2006. – No.2, pp. 1 – 11.

10. Levy R.L., Olden K.W., Naliboff B.D., et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders.// *Gastroenterology.* – 2006. – No.130, pp. 1447–1458.

11. Murray CD, Flynn J, Ratcliffe L. et al. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2004 Dec;127(6):1695-703.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Касьянова А.Ю.

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

Резюме: Исследован 61 ребенок с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и 55 матерей. Данное исследование продемонстрировало, что значительное количество детей с СРК и их матерей страдает от эмоциональных нарушений. Предполагаем, что невротические состояния матерей могут влиять на возникновение подобных эмоциональных расстройств у детей, что значительно усугубляет течение СРК и его лечение. Учитывая биопсихосоциальную модель СРК и невротические состояния матерей, наиболее целесообразным видом психологической помощи выступает семейная психотерапия.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, мамы, тревожность, депрессия, семейная психотерапия.

**ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL CARE
TO CHILDREN WITH IRRITABLE
BOWEL SYNDROME**

Kasyanova A.Yu.

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

Summary: 61 children with irritable bowel syndrome (IBS) and 55 mothers were tested. The study demonstrated that a significant number of children with IBS, but also their mothers suffer from emotional disorders. We assume that mother's neurotic states can induce similar emotional disorders in children that aggravate the IBS course and its treatment. Taking into consideration biopsychosocial IBS model and mother's neurotic state, the most reasonable assistance is considered to be a family psychotherapy.

Key words: irritable bowel syndrome, children, mothers, anxiety, depression, family therapy.