

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

О.Л. Личковська

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб з курсом медичної генетики (зав. - проф. О.З. Гнатейко)

Реферат

Хронічні захворювання гастродуоденальної ділянки (ГДД) у дітей відносяться до мультифакторіальних хвороб, патогенез яких визначається складною взаємодією біологічних, психоемоційних та психосоціальних чинників.

Метою дослідження було вивчення особливостей психоемоційного стану дітей з хронічною гастродуоденальною патологією.

Матеріал і методи

Обстежено 83 дитини з патологією ГДД і 45 дітей без системно-органної патології, а також їх сім'ї.

Результати й обговорення

Встановлено, що до особливостей психоемоційного стану дітей з патологією ГДД належать високий рівень тривоги, нижчий ніж у дітей без системно-органної патології рівень самооцінки, недостатня довіра до власних можливостей, а також загальний низький ступінь задоволення собою, виражений астеничний синдром. До факторів, що впливають на формування перелічених особливостей психоемоційного стану, належать амбівалентна прив'язаність та розлади регуляції у ранньому дитячому віці, авторитарний або гіперпротективний стиль виховання.

Висновок

Усі перелічені особливості психоемоційного стану дітей, а також чинники, котрі впливають на їх формування, можуть розглядатися як фактори ризику виникнення патології верхніх відділів травного каналу та показ до консультування сім'ї психологом, психотерапевтом.

Ключові слова: психоемоційний стан, патологія гастродуоденальної ділянки у дітей

Abstract

PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY

O.L. LYCHKOVSKA

The Danylo Halatsky National Medical University in Lviv

Aim: To evaluate the mental and emotional status of children with chronic gastroduodenal pathology, since chronic gastroduodenal diseases in children are multifactorial diseases, the pathogenesis of which depends on the interactions among biological, psychoemotional, and psychosocial factors.

Methods: A total of 83 children with chronic gastroduodenal pathology and 45 children without any pathology, as well as their families, were evaluated.

Results: Children with chronic gastroduodenal pathology showed the following psychoemotional characteristics: high

level of anxiety; low self-esteem, which was lower than that in children without pathology; lack of confidence in their capabilities; overall low degree of self-satisfaction; and asthenic syndrome. Factors affecting the development of the above-mentioned emotional characteristics include ambivalent attachment and disorders of regulation in early childhood, as well as an authoritarian or hyperprotective parenting style.

Conclusion: All of the mental and emotional characteristics of children and the factors that affect their formation can be considered risk factors for the development of upper gastrointestinal pathology and indicate the need for family counseling by psychologists and psychotherapists.

Key words: psycho-emotional state, gastroduodenal pathology, children

Вступ

Хронічні захворювання гастродуоденальної ділянки (ГДД) у дітей відносяться до мультифакторних хвороб, етіологія та патогенез яких визначається складною взаємодією ендогенних та екзогенних факторів. До найбільш вагомих ендогенних чинників відносять генетичну схильність, особливістю якої при цій патології є те, що генетична компонента представлена не рідкими мутаціями генів, а несприятливими комбінаціями "нормальних" алелей генів, які широко розповсюджені у популяції [2]. Реалізація генетичної програми, тобто розвиток хвороби, відбувається в результаті провокуючої дії факторів середовища, до яких відносять й психоемоційні чинники. Їх роль у формуванні патології ГДД у дітей визнається більшістю авторів [1, 5], однак вони є мало-специфічними. До психоемоційних чинників, що здатні провокувати виникнення захворювань верхніх відділів травного каналу, належить підвищена вразливість та знижена стресостійкість, психічні травми, емоційне та фізичне насильство у сім'ї [3].

Метою дослідження було вивчення особливостей психоемоційного стану дітей з хронічною патологією ГДД.

Матеріал і методи

Обстежено 83 дитини з гастродуоденальною патологією, які проходили обстеження і лікування у відділі старшого дитинства ЛОДКЛ "ОХМАТДИТ"

(ОГ), серед них 21 дитина з функціональною диспепсією, 43 дитини з гастродуоденітом, 19 дітей з деструктивними формами патології ГДД. Групу контролю (ГК) становили 45 дітей травматологічного відділення цієї ж лікарні, у яких не виявлено жодної супровідної соматичної патології. Для дослідження особливостей розвитку дитини з патологією ГДД, формування характерних ознак її психоемоційного стану використано дані з розповідей батьків про ранній вік дитини, отримані при генеалогічному дослідженні за методом Family Study (передбачає очне обстеження усіх родичів першого ступеню спорідненості), та дані з медичних карт дітей. Аналіз анамнестичних даних ґрунтувався на критеріях Schaffer H.R., Emerson P. E., 1964 [21] (реакція дитини на відхід матері) і Ainsworth M., 1963 [6] (реакція на появу матері, реакція на спробу матері нав'язати контакт, поведінка при контакті з матір'ю, поведінка, спрямована на уникання розлуки з матір'ю, реакції уникання у дитини, наприклад при контакті з незнайомою людиною). Проведено також експериментально-психологічне дослідження рівня тривожності за допомогою тесту СМАС [20] та самооцінки дітей за методом Дембо Т.В., Рубинштейн С.Я. у модифікації Габриелян Т.М. [4]. Для діагностики астеничного синдрому у дітей ми склали перелік симптомів астеничного спектру, які висловлювали діти обох обстежених груп. Тоді вибрано ті симптоми, які траплялися найчастіше. Усі виділені симптоми поділено на три групи:

I. Вияви астенії:

- млявість, кволість;
- втома (після незначного навантаження або постійно);
- знижена працездатність;
- розсіяність;
- знижений настрій;
- апатія, знижена мотивація.

II. "Тривожна" астенія:

- дратівливість;
- тривога;
- емоційна лабільність;
- гіперестезія.

III. Порушення сну:

- часті пробудження вночі, раннє пробудження;
- утруднене засинання;
- сонливість вдень.

Кожен із перелічених симптомів оціню-

вали за бальною шкалою:

- 0 балів - симптом відсутній;
- 1 бал - симптом виражений слабо, не впливає на звичайну активність пацієнта;
- 2 бали - симптом виражений помірно, впливає на повсякденну активність пацієнта;
- 3 бали - симптом значно виражений, ускладнює звичну життєдіяльність дитини.

Отже, за першою групою симптомів максимально можливою кількістю балів є 18, за другою - 12 та за третьою - 9. При наявності усіх перелічених симптомів та максимальній вираженості сума становитиме 39 балів.

Для статистичного опрацювання результатів використовували оцінку розбіжностей між частотами появи ознаки, статистичну вірогідність розбіжностей обчислювали за t-критерієм Стьюдента. Опрацювання статистичних обчислень проводили із використанням програм Excel.

Результати й обговорення

Серед обстежених дітей з ОГ 45 (54,2%) народилися у сім'ї першими, від другої та наступних вагітностей - 38 (45,8%). Вірогідної різниці порядку народження дітей ми не виявили. У більшій кількості випадків вагітність була очікуваною і бажаною. Істотної різниці частоти гестозів, загрози переривання вагітності в ОГ і ГК не встановлено. Під час вагітності матері часто описували свій стан як тривожний через те, що "стосунки із чоловіком склалися не так, як хотілося".

Ретельний збір анамнезу в обох батьків (FS), що стосувався грудного періоду та періоду раннього дитинства пацієнтів з ОГ та ГК, дозволив ретроспективно оцінити стиль сформованої прив'язаності обстежених дітей.

У дітей із захворюваннями верхніх відділів травного каналу в ранньому дитинстві переважала амбівалентна прив'язаність ($p=0,001$), у дітей без системно-органної патології - надійна ($p=0,001$) (рис. 1). Статистично вірогідної різниці у частоті ненадійної прив'язаності в обстежених групах не виявлено. Переважаюча в ОГ амбівалентна прив'язаність приводить до наростання тривоги у немовляти через непослідовні, непередбачувані реакції матері.

У теорії J. Bowlby [8] стиль прив'язаності, який закладався у ранньому дитинстві, супроводжує людину протягом життя, впливаючи на



Рис. 1

Частота варіантів прив'язаності у ранньому дитинстві серед дітей з патологією ГДД (ОГ) у порівнянні з соматично здоровими дітьми (ГК)

її стосунки, моделі оцінки себе і оточення. Згодом з'явилися дослідження, які дозволили пов'язати паттерни прив'язаності з соматичним здоров'ям дітей та дорослих людей. Зокрема, McCallum M.S. and McKim M.K., 1999 [16] виявили вищу частку надійної прив'язаності у дітей, які часто хворіли на першому році життя. При вродженій патології (розщелина губи і м'якого піднебіння, муковісцидоз, недоношеність) навпаки, домінувала ненадійна прив'язаність [11]. Про виявлений зв'язок ненадійної прив'язаності в дитинстві з виникненням захворювань у дорослих повідомляли Felitti V.J. et al., 1998 [19], а саме щодо ішемічної хвороби серця, онкологічних захворювань, важких травм. Згодом було доведено, що ненадійна та амбівалентна прив'язаність може впливати на стресостійкість дитини, знижуючи її [17], а також підвищувати інтенсивність фізіологічної відповіді на стрес [15].

Враховуючи доведену здатність прив'язаності, сформованої у ранньому дитинстві, впливати не лише на психоемоційні та соціальні фактори, але й на фізіологічні процеси, можна при-

пустити, що стиль прив'язаності впливає на формування розладів регуляції у немовлят. У нашому дослідженні в анамнезі дітей з ОГ психосоматичні розлади на першому році життя виявляли частіше, ніж у дітей з ГК (рис. 2). Переважали функціональні розлади травлення в обох групах, однак в ОГ їх частота була вищою. Синдром крикливого немовляти (колька тримісячного немовляти) відрізнявся в ОГ та ГК не лише за частотою, але й за перебігом. Якщо у ГК напади крику у 5-ти із 6-ти (83,3%) дітей припинилися після 3-місячного віку, в ОГ у чотирьох (16,7%) дітей клініка утримувалася до 4-6 місяців, в однієї (4,2%) дитини - до 10 місяців.

Серед дітей з ОГ частіше спостерігали ранній (до 3-місячного віку) перевід дитини на штучне вигодовування, однак статистично вірогідної різниці порівняно із ГК не виявлено. При цьому відрізнялися причини припинення грудного вигодовування. Якщо у ГК серед причин переважала гіпогалактія, в ОГ матері частіше повідомляли про відмову самої дитини від грудей у віці 2-4 місяці (12 дітей з ОГ - 14,5±3,9%, 2 ди-

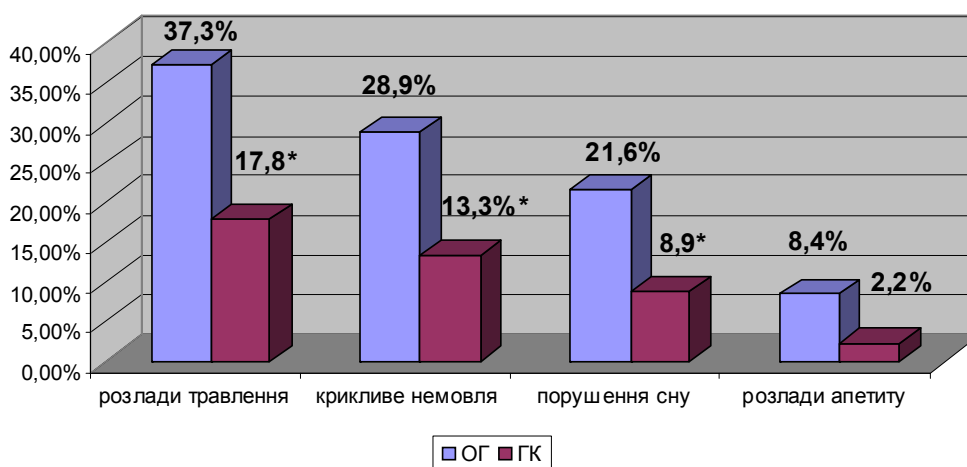


Рис. 2

Частота психосоматичних розладів немовлят в анамнезі у дітей із патологією шлунка і дванадцятипалої кишки (ОГ) та дітей без системно-органної патології (ГК)

* - різниця вірогідна у порівнянні між групами ($p < 0,05$)

Таблиця 1

Переважаючі стилі виховання у сім'ях дітей із патологією гастродуоденальної ділянки (ОГ)
та без системно-органної патології (ГК)

Переважаючий стиль Виховання	ОГ (n=83)		ГК (n=45)	
	Мати	Батько	Мати	Батько
Авторитарний	28 (33,7±5,2%)	6 (7,2±2,9%)	7 (15,6±5,4%)*	11 (24,4±6,4%)*
Ліберально-дозволяючий / Гіперпротективний	26 (31,3±5,1%)	21 (25,3±4,8%)	11 (24,4±6,4)	5 (11,1±4,7%)*
Відчужений / ігноруючий	8 (9,6±3,3%)	33 (39,8±5,4%)	1 (2,2±2,1%)	5 (11,1±4,7%)*
Демократичний	21 (25,3±4,8%)	23 (27,7±4,9%)	26 (57,8±7,4%)*	24 (53,3±7,4%)*

тини з ГК - $4,4 \pm 3,1\%$, $p=0,043$). Слід зазначити, що всі діти сформували амбівалентний паттерн прив'язаності, яку також називають "спротивом" немовляти, оскільки діти не лише наполегливо намагаються нав'язати контакт, але й противляться йому [12]. Вік 2-4 місяці належить до початкової фази формування прив'язаності, яка виявляється тим, що дитина вибірково починає реагувати на знайомі і незнайомі обличчя. Наявність такого "спротиву" у немовляти можна також інтерпретувати як витоки базового конфлікту пацієнтів з патологією ГДД (за F.Alexander) - фрустрована потреба надійної прив'язаності, бажання бути залежним, "нагодованим" любов'ю викликає у немовляти спротив у вигляді відмови від грудей.

При аналізі переважаючого стилю виховання (відношення батьків до дитини) ми встановили, що у сім'ях ГК домінували демократичні стосунки з дитиною, як з боку матері, так і батька (табл. 1).

У сім'ях ОГ з боку матері переважав авторитарний стиль виховання, з боку батька - відчужений, що відповідає виявленим у попередніх дослідженнях особливостям особистісного про-

філю батьків дітей з патологією ГДД. Слід зазначити, що у сім'ях ГК частіше стилі виховання у батьків співпадали ($60,0 \pm 7,3\%$ порівняно з ОГ - $22,9 \pm 4,6\%$, $p=0,001$). В ОГ найчастішою комбінацією стилів виховання був авторитарний з боку матері - гіперопіка з боку батька ($19,3\%$); надмірна опіка з боку матері - відчужено-ігноруючий з боку батька ($15,7\%$); авторитарний з боку матері - відчужено-ігноруючий з боку батька ($9,6\%$). Отже, в ОГ домінував хаотичний стиль виховання. За даними Deal J. et al., 1989 [9], розбіжності стратегій виховання у батьків негативно впливають на формування самооцінки дитини. І навпаки, узгоджене виховання сприяє розвитку у дитини не лише почуття безпеки і довіри, але й досягненню ефективного саморегулювання, вмінню формувати соціальні контакти.

Самооцінка дітей з ОГ була нижчою за всіма шкалами порівняно з ГК, однак статистично вірогідної різниці ми не виявили (рис. 3, 4). В ОГ показники всіх шкал відповідали нормальній самооцінці, у ГК шкали "характер" і "щастя" потрапили у межі високої самооцінки. У дітей з ОГ крива оцінки своїх можливостей також не вийш-

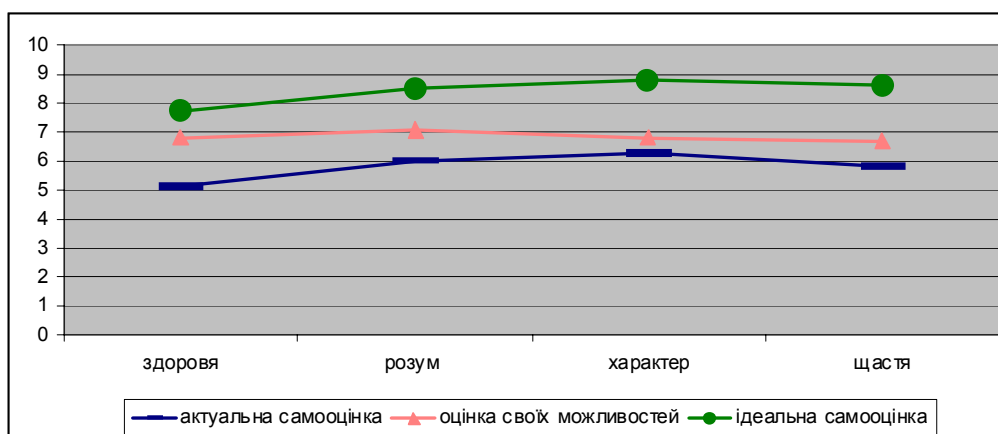


Рис. 3

Показники самооцінки дітей із патологією гастродуоденальної ділянки (ОГ)

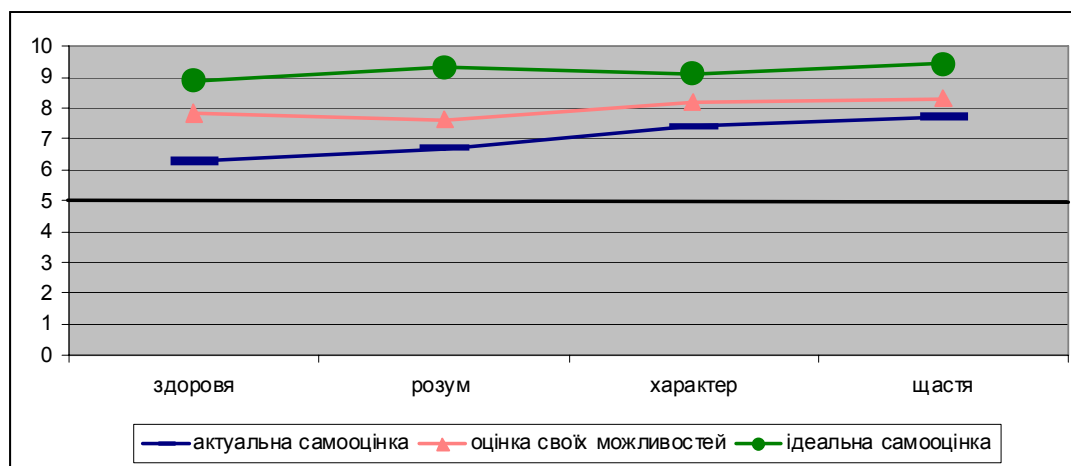


Рис. 4

Показники самооцінки дітей без системно-органної патології

ла за межі нормальної самооцінки, що може свідчити про недостатню довіру до власних можливостей, низький ступінь оптимізму, тоді як у ГК всі шкали відповідали високим показникам. Нижчі ніж в ГК показники ідеальної самооцінки вказують на низькі очікування, а більша дистанція між актуальною та ідеальною самооцінкою - про загальний низький ступінь задоволення собою. Рівень явної тривожності у дітей ОГ був вищим ніж в ГК (рис. 5) із високим ступенем вірогідності ($p=0,001$).

Високий рівень тривожності виявлено у дітей як при органічній, так і функціональній гастроінтестинальній патології. Тривога у дітей може бути індукована відповідним розладом у батьків. Ramchandani P.G. et al., 2011 [7] довів, що якщо серед членів сім'ї 1-20% мають підвищену тривожність, частота такого розладу у дітей сягає 30%, якщо у сім'ї 40% членів з тривожними розладами, ризик виникнення такого у дитини перевищує 50%. Іншою ймовірною причиною ви-

сокого рівня тривоги у дітей з патологією ГДД може бути занижена самооцінка, яка виявлена у більшості обстежених дітей. Постійна невпевненість у собі, незадоволення собою, зневіра у своїх можливостях ведуть до утруднень у навчанні, зниження успішності, обмеження контактів з ровесниками [18].

Результати епідеміологічних та клінічних досліджень доводять високий ступінь коморбідності тривожних та депресійних розладів при психосоматичній патології [10]. Серед можливих причин високої коморбідності тривожних і депресійних розладів називають спільність їх генетичної основи, нейробіологічних механізмів (підвищення активності адренергічної системи та концентрації кортизолу в крові) та емоційно-стресових (переважання негативного афекту притаманне як тривожним, так і депресійним розладам).

Серед обстежених пацієнтів з ОГ депресійний розлад, який відповідав би всім критеріям

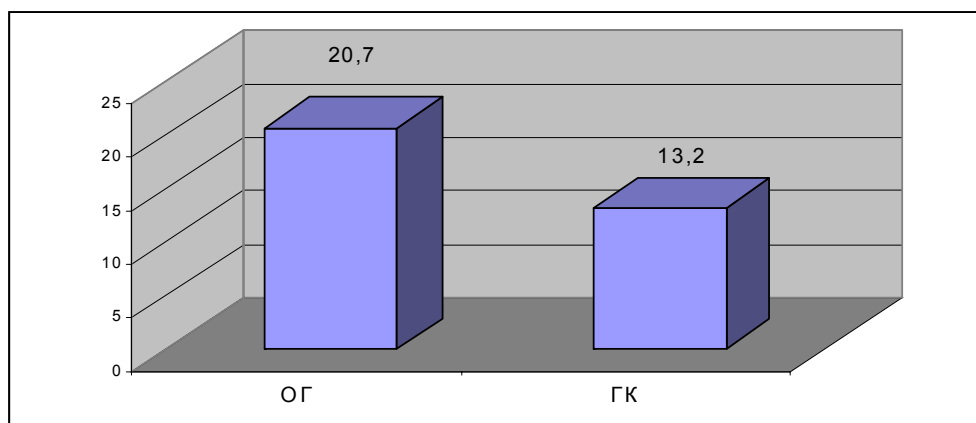


Рис. 5

Рівень тривожності у дітей основної та контрольної груп

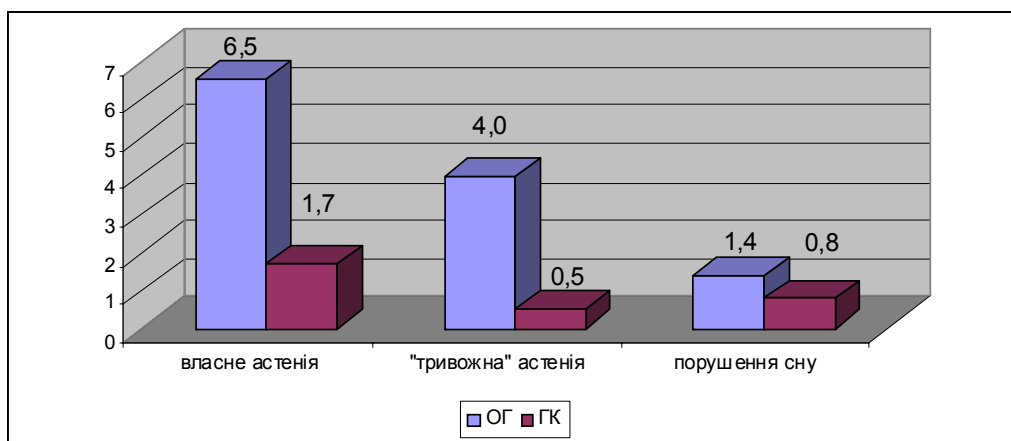


Рис. 6

Семіотика астеничного синдрому у дітей з патологією верхніх відділів травного каналу (ОГ) у порівнянні зі соматично здоровими дітьми (ГК)

за DSM - IV [13], діагностовано у трьох дітей (3,6%) з ОГ та у жодної дитини з ГК. Однак практично у всіх дітей з ОГ виявлено астеничний синдром, ціла низка клінічних виявів якого є спільною із клінікою депресійного розладу у дітей. Вираженість астеничного синдрому була вищою в ОГ ($11,94 \pm 0,93$ бали проти $2,98 \pm 0,90$ бали у ГК; $p=0,001$).

На рис. 6. представлено поділ груп симптомів астенії за розробленою нами картою. Переважали й у ОГ, й у ГК вияви "власне астенії" (млявість, кволість, постійне відчуття втоми, знижена працездатність, розсіяність, знижений настрій, апатія), однак в ОГ більш вагомою була частка "тривожної" астенії (дратівливість, тривога, емоційна лабільність, гіперестезія). Отже, семіотика астеничного синдрому при патології ГДД більш наближена до ознак депресійного синдрому, адже відомо, що найсуттєвішою відмінністю депресійного розладу у дітей порівняно із дорослими є переважання дратівливості, тривоги, а не зниженого настрою [14].

Отож, особливостями психоемоційного стану дітей із патологією гастроудоденальної ділянки є високий рівень тривоги, нижчий ніж у дітей без системно-органної патології рівень самооцінки, недостатня довіра до власних можливостей, а також загальний низький ступінь задоволення собою. Патологія верхніх відділів травного каналу у дітей супроводжується астеничним синдромом, особливістю клінічних виявів якого є вираженість ознак тривоги. До факторів, що впливають на формування перелічених особливостей психоемоційного стану, належить амбівалентна прив'язаність та розлади регуляції у ран-

ньому дитячому віці, авторитарний або гіперпротективний стиль виховання з боку матері та відчужено-ігноруючий або гіперпротективний - з боку батька, так само як і неузгоджені між батьками стратегії виховання (хаотичний стиль виховання). Усі перелічені особливості психоемоційного стану дітей, а також чинники, які впливають на їх формування, можуть розглядатися як фактори ризику виникнення патології верхніх відділів травного каналу та показів до консультування сім'ї психологом, психотерапевтом. Можна також припустити, що опрацювання програми раннього втручання для дітей з "групи ризику" щодо захворювань гастроудоденальної ділянки стане вагомим резервом покращення результатів профілактики та превентивного лікування цього спектру хвороб.

Література

1. Белоусов Ю.В. Гастроудоденальная патология у детей - проблемы и перспективы / Ю.В. Белоусов // Здоров'я України, 2003. ? № 74.
2. Бочков Н.П. Клиническая генетика / Н.П. Бочкову - М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2011, 6-ое изд. - 592 с. - ISBN: 978-5-9704-1683-9.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Руководство для врачей / Д.Н. Исаев. - СПб.: Спец. Литература, 2000. - 486 с. - ISBN 9785757100609.
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. - С. 448. - ISBN 5-04-003883-6.
5. Шадрін О.Г. Особливості періоду ремісії хронічних захворювань верхніх відділів травного каналу у дітей за наявності *Helicobacter pylori* інфекцією / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, В.І. Дебела // Перинатол. и педиатр, 2007. - № 1. - С. 55 - 57.
6. Ainsworth M.D. The development of infant-mother interaction among the Ganda. / M.D. Ainsworth // In: B. M.

- Foss (ed.). *Determinants of infant behavior*. - L: Methuen, N.Y.: Wiley, 1963 - Vol. 1. - P. 67 - 104.
7. An Investigation of Health Anxiety in Families Where Children Have Recurrent Abdominal Pain / P.G. Ramchandani, L. Murray, G. Romano et al. // *Journal of Pediatric Psychology*, 2011. - Vol. 36(4). - P. 409 - 419.
8. Bowlby J. *Attachment and loss* / J. Bowlby. - New York: Basic Books, 1973. - 456 p. - ISBN 1407072153.
9. Deal J. Parental agreement on childrearing orientations: Relations to parental, marital, family and child characteristics / J. Deal, C. Halverson, K. Wampler. // *Child Development*, 1989. - Vol. 60. - P. 1025 - 1034.
10. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment / L?we B., Spitzer R.L., Williams J.B. et al. // *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2008. - Vol. 30(3). - P. 191 - 199.
11. Goldberg S. Risk factors in infant-mother attachment / S. Goldberg. // *Canadian Journal of Psychology*, 1988. - Vol. 42. - P. 173 - 188.
12. Infant-mother attachment and nutrition in children with cystic fibrosis / R.J. Simmons, S. Goldberg, J. Washington et al. // *Dev. Behav. Pediatr.*, 1995. - Vol. 16(3). - P. 183 - 186.
13. Lubi J.L. Modification of DSM - IV criteria for depressed preschool children / J.L. Lubi, A. Heffelfinger, C. Mratkovsky / *American Journal of Psychiatry*, 2003. - Vol. 160. - P. 1169 - 1172.
14. Lubi J.L. The clinical picture of depression in preschool children / J.L. Lubi, C. Mratkovsky, A. Heffelfinger // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. - Vol. 42. - P. 928 - 937.
15. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and the hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress / Liu D., Diorio J., Tannenbaum B. et al. // *Science*, 1997. - Vol. 277. - P. 1659 - 1662.
16. McCallum M.S. Recurrent otitis media and attachment security: a path model / M.S. McCallum, M.K. McKim // *Early Education & Development*, 1999. - Vol. 10. - P. 517 - 534.
17. Mikulincer M. Appraisal of and coping with a real life stressful situation: the contribution of attachment styles / M. Mikulincer, V. Florian // *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1995. - Vol. 21. - P. 406 - 414.
18. Natvig G.K. Psychosomatic Symptoms among Victims of School Bullying / G.K. Natvig, G. Albrektsen, U. Qvarnstrom // *J. Health Psychol.*, 2001. - Vol. 6. - P. 365 - 377.
19. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study / Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. et al. // *Am. J. Prev. Med.*, 1998. - Vol. 14. - P. 245 - 258.
20. Reynolds, C.R. *Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Manual* / C.R. Reynolds, B.O. Richmond // Los Angeles: Western Psychological Services, 1994. - 186 p.
21. Schaffer H. R. The development of social attachments in infancy / H.R. Schaffer, P.E. Emerson // *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 1964. - V. 29. - P. 1 - 77.