

## **Психологические особенности детей с эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ и их матерей**

*Минский городской психоневрологический диспансер, БГМУ*

Исследовались семьи, в которых дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ.

В результате исследований установлен высокий уровень тревожности у детей, преобладание детей с определенными акцентуациями характера, высокий уровень алекситимии у матерей. Мы рекомендуем лечение детей в таких семьях проводить с учетом психологических особенностей семьи и одновременным оказанием психотерапевтической помощи матери и ребенку.

Relations between parents and children were examined in families, where children suffered from the ulcer disease. We noticed high lever of the anxiety of the children, their characteristic property and high level of the alexithymia of the mothers. We recommend using family systemic psychotherapy for the treatment of the children.

В возникновении язвенной болезни видели роль отдаленных инфекций, таких как кариес, аллергий, пищевых дефицитов. Курение, алкоголь, кофе были рассмотрены как факторы, повышающие уязвимость слизистой оболочки. [6,7]

Folks и Kinney в своих работах предположили, что при возникновении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеют место разные факторы [5.]. Дуоденальные язвы ассоциируются с избыточной секрецией желудком соляной кислоты; длительное отсутствие пищи в желудке способствует возникновению язвы. Дуоденальная язва чаще встречается у мужчин, но нет зависимости от пола для язвы желудка. Кроме того, дуоденальная язва чаще встречается у людей с первой группой крови.

Опыты с животными указали на зависимость между химическими процессами мозга и образованием язвы. Например, увеличение содержания в мозгу тиротропин-релизинг гормона коррелирует с развитием язвы желудка.[10,11]

Хорошо известен своими психосоматическими гипотезами Franz Alexander [3.]. Он предполагал, что пациенты с дуоденальной язвой имеют сильную потребность в любви и заботе, которая чаще остаются нереализованной, что приводит к упорному орально зависимому поведению.

Weisman (1956) отметил, что действительно существует внутренний конфликт между «активной попыткой и пассивным результатом», и что орально-зависимое желание – это специальный аспект этого активно- пассивного конфликта [9.].

Когда голод здорового человека удовлетворен пищей, активность секреторной функции желудка падает. Желудок у пациента с язвой остается в состоянии повышенной функции более или менее постоянно, не зависимо от приема пищи. Муки голода меньше, пока пища находится в пределах желудка, но быстро возвращаются, когда желудок пуст. Таким образом, желудок пациентов находится в постоянном состоянии голода. Alexander на основе психоанализа многих пациентов предположил о психологическом голоде у пациентов с язвой, соответствующем голоду желудка [3.]. Он нашел подтверждение этому среди его пациентов, которые постоянно требовали внимания, поддержки и признания, испытывали постоянный голод в этом и никогда не были спокойны.

В результате экспериментальных исследований установлена повышенная склонность людей с язвами к гневу и негодованию, а также наличие в их младенчестве и раннем детстве событий, сопровождавшихся сильной стрессовой ситуацией [4,8.]. Когда этих людей просили вспомнить стрессовые периоды из детства и привести ассоциации, связанные с ними, то они часто скрывали место рождения и напряженные отношения в семье. Эти факты, возможно, не оказали непосредственного воздействия на тот момент, но оставались в подсознании и актуализировались в более зрелом возрасте.

Актуальность темы связана с увеличением частоты встречаемости язвенной болезни среди детей и подростков, а также не всегда результативным проведенным медикаментозным лечением.

**Цель работы:** обосновать методы коррекции эрозивно-язвенных заболеваний ЖКТ у детей на основе изучения их психологических особенностей.

Задачи исследования: изучить характерологические особенности детей; определить уровень тревожности у детей; изучить уровень алекситимии матерей; произвести комплексный анализ полученных данных; обосновать проведение профилактических мероприятий при лечении заболеваний ЖКТ у детей на основе полученных данных.

Материалы и методы исследования. Участвовать в исследовании было предложено детям (возраст 5-17 лет), которые страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ и на момент исследования проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ЗДГКБ г. Минска. В исследование вовлекалась 61 мать. 34 женщины отказались от заполнения опросников, объясняя этот факт отсутствием свободного времени. Обследовано 27 матерей.

Участвовать в исследовании было предложено 61 ребенку (возраст 5-17 лет, из них 23 мальчика и 38 девочек), все дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ и на момент исследования проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ЗДГКБ г. Минска. В исследование вовлекалась 61 мать. 34 женщины отказались от заполнения опросников, объясняя этот факт отсутствием свободного времени.

Исследование проводилась с использованием [1,2]:

- Торонтской алекситимической шкалы;
- характерологического опросника для детей (К.Леонгард);
- шкалы тревожности для детей (*The Children's Form of Manifest Anxiety Scale, CMAS*)

(Castenad В.К McCandless, D.S. Palermo, адаптация А.М. Прихожан).

Шкала тревожности для детей (*The Children's Form of Manifest Anxiety Scale, CMAS*) предназначена для выявления тревожности как относительно устойчивого образования у детей 7-12 лет.

На основании полученной шкальной оценки делается вывод об уровне, тревожности испытуемого, который соотносится с уровнем мониторинга (Таблица 1).

| Стеновые показатели | Уровень | Характеристика                                   | Примечания   |
|---------------------|---------|--|--|
| 1-2                 | I       | Состояние тревожности испытуемому не свойственно | Подобное «чрезмерное спокойствие» может как иметь, так и не иметь защитного характера. |
| 3-6                 | II      | Нормальный уровень тревожности                   | Необходим для адаптации и продуктивной деятельности                                    |
| 7-8                 | III     | Несколько повышенная тревожность                 | Часто бывает связана с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни         |
| 9                   | IV      | Явно повышенная тревожность                      | Обычно носит «разлитой», генерализованный характер                                     |
| 10                  | V       | Очень высокая тревожность                        | Группа риска   |

Таблица – 1 **Характеристика уровней тревожности**

Характерологический опросник для детей (К.Леонгард) позволяет установить акцентуации характера, т.е. определенные направления характера исследуемых:

1. Гипертимический тип. Высокие оценки говорят о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жадой деятельности, высокой активностью, предприимчивостью.
2. Возбудимый тип. Таким людям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями
3. Эмотивный тип. Это чувствительные и впечатлительные люди, отличаются глубиной переживаний в области тонких эмоций в духовной жизни человека.

4. Педантичный тип. Высокие оценки говорят о ригидности, интровертированности психических процессов, о долгом переживании травмирующих событий.

5. Тревожно-боязливый тип (тревожные). Основная черта – склонность к страхам, повышенная робость и пугливость, высокий уровень тревожности

6. Циклотимический тип. Людям с высокими оценками по этой шкале соответствует смена гипертимических и дистимических фаз.

7. Демонстративный тип. Высокие оценки по этой шкале говорят о повышенной способности к вытеснению, демонстративности поведения.

8. Застревающий тип (неуравновешенные). Основная черта этого типа – чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверхценных идей.

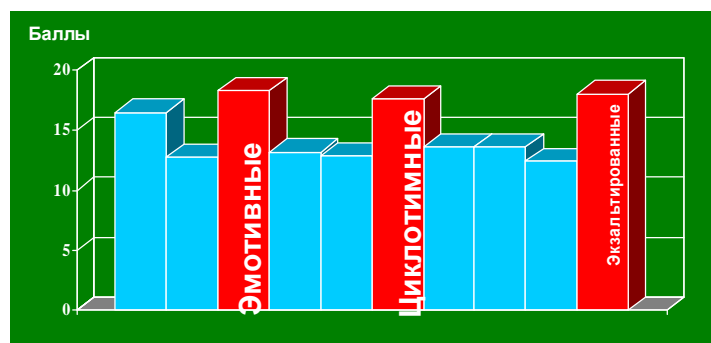
9. Дистимический тип. Этот тип является противоположным гипертимическому типу и характеризуется сниженным настроением, фиксации на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью.

10. Аффективно-экзальтированный тип (экзальтированные). Лицам этого типа свойственен большой диапазон эмоциональных состояний, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных.

Результаты исследования.

Диагностика уровня алекситимии у матерей показала наличие этого свойства у 84% исследуемых женщин (74 балла и выше). Средний уровень алекситимии у исследуемых женщин равен 81,6 баллам. Это свидетельствует о наличии таких свойств личности, как трудность в идентификации и описании собственных переживаний; сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации, бедность фантазии, воображения; сфокусированность в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Наличие у матерей такого личного свойства как алекситимия может передаваться по наследству, обуславливая ее повышенный уровень у детей.

В ходе исследования по опроснику Леонгарда выяснили, что в таких семьях преобладают дети с эмотивным (66,7% опрошенных, средний балл 18,3), циклотимным (62% опрошенных, средний балл 17,7) и экзальтированным (85,7% опрошенных, средний балл 18) типами характера (Рисунок 1).



### Рисунок 1. Акцентуированные черты характера детей.

То есть, большая часть из исследуемых детей отличается изменчивостью настроения, которое часто колеблется по самым незначительным поводам. Соответственно настроению окружающий мир представляется им то радужными красками, то серым и безрадостным. В группе не претендуют на роль лидера. Ищут эмоциональных контактов, стремясь занять положение любимца. Часто неспособны к волевым действиям, слабо выражено чувство долга. У другой части детей периоды ровного настроения чередуются с периодами подъема и субдепрессивными фазами, которые характеризуются сниженным настроением, чувством вялости и утомленности, рассеянностью, замедленными реакциями, неуверенностью в своих силах. Мелкие неудачи и неприятности, которые нередко возникают в этот период из-за падения работоспособности, тяжело переживаются, вызывают уныние. Общение раздражает, компании избегаются. Склонны приходиться в состояние восторженного возбуждения по незначительным поводам и под влиянием разочарований впадать в отчаяние.

При исследовании уровня тревожности по опроснику, получили следующие показатели: 38% детей имеют выраженную тревожность - 16% исследуемых детей имеют уровень тревожности V степени, что соответствует очень высокой тревожности (группа риска). 11% исследуемых детей имеют уровень тревожности IV степени, что соответствует явно повышенной тревожности (обычно носит «разлитой», генерализованный характер). 11% исследуемых детей имеют уровень тревожности III степени, что соответствует несколько повышенной (часто бывает связана с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни). 52% исследуемых детей имеют уровень тревожности II степени, что соответствует нормальному уровню тревожности (необходим для адаптации и продуктивной деятельности). 10% исследуемых детей имеют уровень тревожности I степени, то есть состояние тревожности этим испытуемым не свойственно. Подобное «чрезмерное спокойствие» может как иметь, так и не иметь защитного характера. (Рисунок 3,4).

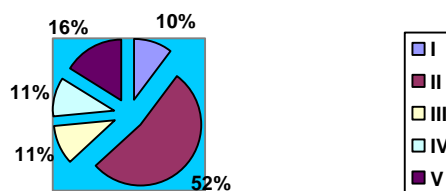


Рисунок 3. Распределение детей (%) в зависимости от уровня тревожности

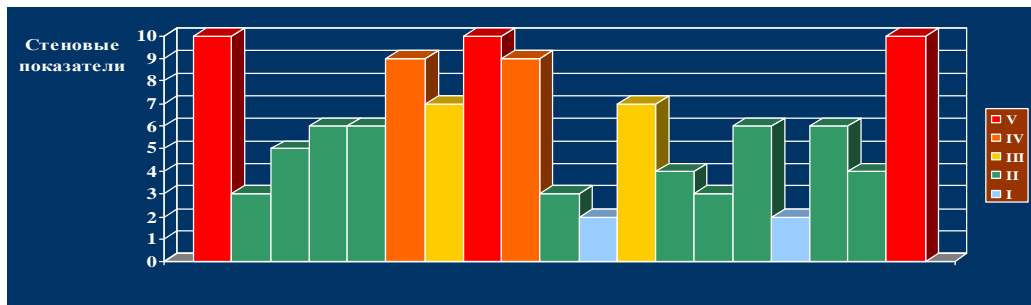


Рисунок 4. Уровень тревожности у детей (в баллах)

При изучении распределения количества лиц с дефектами слизистой ЖКТ от наличия *Helicobacter Pylori*, выяснили, что у детей, у которых бактерия была обнаружена, количество язв и эрозий меньше, чем у детей, у которых бактерия не обнаружена. Это указывает на зависимость возникновения эрозивно-язвенных заболеваний у детей не только от биологического фактора (*Helicobacter Pylori*).

**Выводы:**

- у 84% исследуемых матерей имеются психические и личностные проблемы в виде алекситимичности;
- эти психические особенности не достаточно критически оцениваются самими матерями, но при этом оказывают влияние на воспитание, психическое состояние детей и дисфункциональную организацию семьи;
- у 38% детей, воспитываемых такими матерями, отмечается выраженный уровень тревожности;
- среди детей, страдающих эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, преобладают лица с эмотивным (66,7%), циклотимным (62%) и экзальтированным (85,7%) типами характера;
- полученные данные необходимо использовать для построения психообразовательных и лечебных программ по профилактике и лечению детей с эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ (с учетом психологических особенностей семьи и одновременным оказанием психотерапевтической помощи матери и ребенку).

Своевременное оказание адекватной помощи детям, страдающим эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, должно учитывать не только симптоматическое лечение соматических проявлений, но и коррекцию психологических и психопатологических факторов, оказывающих

влияние на их формирование. Это позволит повысить эффективность базисной терапии, сократить сроки стационарного и амбулаторного лечения, что принесет экономический эффект.

### **Литература**

1. *Слепкова, В. И.* Психодиагностика семейных отношений / В. И. Слепкова. М., 2006. 196 с.
2. *Шнейдер, Л. Б.* Основы семейной психологии / Л. Б. Шнейдер. М., 2005. 460 с.
3. *Alexander, F.* The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances / F. Alexander [et al.] // *Psychiat. Quart.* 1934. № 3. P. 501.
4. *Berg, R. M.* Children with Peptic Ulcers / R. M. Berg // *J. Pediat.* 1963. № 62. P. 280–281.
5. *Folks, F.* The Role of Psychological Factors in Gastrointestinal conditions / F. Folks, C. Kinney. 1992.
6. *Mirsky, I. A.* Physiologic, Psychologic and Social Determinants in the Etiology of Duodenal Ulcer / I. A. Mirsky // *Amer. J. dig. Dis.* 1958. № 3. P. 285–314.
7. *Mirsky, I. A.* Uropepsin Excretion by Man: I. The Source, Properties and Assay of Uropepsin / I. A. Mirsky [et al.] // *J. Clin. Invest.* 1948. № 27. P. 818.
8. *Selye, H.* The Stress of Life / H. Selye. New York: McGraw- Hill Book Co, 1956.
9. *Wiesman, A. D.* A Study of the Psychodynamics of Duodenal Ulcer Exacerbations / A .D. Wiesman // *Psychosom. Med.* 1956. № 18. P. 2–42.
10. *Wolf, S.* Human Gastric Function / S. Wolf, H. G. Wolff. New York: Oxford Univ. Press., 1943.
11. *Wolf, S.* Human Gastric Function / S. Wolf, H.G. Wolff. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford Univ. Press., 1947.