

ДІАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

Касьянова А.Ю.

У статті розглянуто проблеми діагностики та лікування психосоматичних захворювань у дітей. Зроблено акцент на значенні емоційного стресу та сімейних конфліктів у патогенезі психосоматичних захворювань у дітей. Порушується питання актуальності медичного психолога в педіатричній практиці та залучення сімейної психотерапії до лікування зазначених захворювань.

Ключові слова: психосоматичне захворювання, емоційний стрес, сімейна психотерапія.

Стрімкий та динамічний характер змін, що відбуваються в науці і техніці, породжує об'єктивну необхідність в якісних змінах підготовки фахівців багатьох медичних спеціальностей.

Більшість педіатрів у наш час добре ознайомлені з психогенними теоріями виникнення соматичних захворювань і розуміють доцільність впровадження до комплексу традиційних терапевтичних заходів психологічної допомоги.

Але диференційна діагностика психосоматичного захворювання від соматичного залишається складною проблемою і сьогодні. Недостатня кількість спеціалістів у галузі психології та відсутність рекомендацій щодо визначення та лікування психосоматичних захворювань часто змушує педіатра ігнорувати значення психосоціальних чинників у виникненні захворювань та вдаватися тільки до медикаментозного лікування.

Погіршення екологічних умов у нашій країні та різке збільшення впливів шкідливих соціально-психологічних факторів призвело до збільшення розповсюдженості нервово-психічних розладів та тих соматичних захворювань, у механізмі виникнення яких велику роль відіграють емоційні фактори.

Перед дитячими лікарями залишаються відкритими питання, які захворювання і за якою ознакою відносити до психосоматичних хвороб та як правильно скорегувати терапію для успішного лікування хворих.

Тому в цій статті нашою метою є теоретичний аналіз проблеми діагностики психосоматичних захворювань у дітей та способи психологічної допомоги таких дітям шляхом визначення соціаль-

но-психологічних чинників виникнення та розвитку зазначених захворювань.

Аналіз роботи психоневролога міської дитячої поліклініки показав, що в амбулаторній практиці педіатра зустрічається значна кількість хворих, яка потребує вирішення їх психологічних проблем (Александрова Н.В., 1985). Більш ніж у 40% дітей виявлялися соматогенні психічні розлади. В 20% випадках була наявна різномісна сомато-вегетативна симптоматика, в більшості випадків психогенного генезу, 10% хворих страждали на психосоматичні розлади та 14% дітей склали групу ризику через те, що знаходилися в неблагоприємних сімейних умовах чи неадекватно виховувались [1].

За даними W. Kruse (1983), в амбулаторній практиці Німеччини 40% дітей страждають на нервово-психічні та психосоматичні захворювання, в Норвегії, Чехії та Словаччині – 35,5%, у Росії – 68% (І.П. Брязгунов, 1995) [3].

Особливо широко розповсюджена вегетосудинна дистонія, яка констатується лікарями у 50-75% дітей із неінфекційною патологією (Білоконь Н.А. та ін., 1987) [2]. Підвищений артеріальний тиск у дітей молодшого шкільного віку (6-8 років) виявляється у 19,9% хлопчиків та 17,8% дівчат (Левинене Г.Л. та ін., 1988). А. Павес та ін. (1988) свідчать, що кардіалгії в дитячому віці за частотою спостережень знаходяться на третьому місці після абдомінальних та головних болей [8].

Функціональні і органічні захворювання шлунково-кишкового тракту в дітей також часто виявляються психогенними за своєю природою. У 10-20% дітей у віці від 0-4 місяців виявляються кишкові коліки, значна кількість яких емоційного генезу (Danielsson B., Hwang C.P., 1985). За думкою G. Grua та ін. (1986), 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 закрепку з різними формами розладу випорожнень складає 65%, енкопрез – 8% (ArhanP. et al., 1983) [5].

М.Е. Garralda, B. Bailey (1987), опитавши лікарів та батьків 234 дітей, виявили хворих енурезом, бронхіальною астмою, шкірними хворобами, абдомінальними болями, запамороченнями та головними болями. Серед них 17% дітей багаторазово зверталися до лікарів, а в сім'ях цих пацієнтів була виявлена велика кількість стресових факторів [11].

Попри всю розповсюдженість психосоматичних захворювань соціально-психологічні чинники цих розладів у дітей залишаються недостатньо вивченими.

Психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Психосоматичний розлад 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 [7].

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 [6].

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

Метою клінічного інтерв'ю є знаходження зв'язків між часом виникнення соматичних проявів хвороби та життєво важливими змінами в 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 у 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. B., 1975], адаптовані А.Ю. Панасюком, які дозволяють за показниками нейротизму визначити емоційну нестабільність, яка значною мірою відображає тривожність; особистісний опитувальник Кеттелла [Cattell R.B. 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 цієї психодіагностики дозволять запропонувати комплексний підхід щодо виявлення дітей, які найбільш схильні захворіти на психосоматичні захворювання.

Серед шкідливих соціально-психологічних факторів, які збільшують ризик виникнення психосоматичних хвороб, виділяють наступні: неадекватне виховання (відторгнення дитини, гіпер- або гіпоопіка, виховання за типом підвищеної моральної відповідальності, суперечливе виховання), дисгармонійна сім'я, страх вступу до школи, неприйняття колективом однолітків, тиск вимог навчального процесу та ін.

Психологічно травмуючі обставини, такі як розлучення батьків, смерть близької людини можуть безпосередньо передувати розвитку психосоматичного захворювання.

Детальне вивчення психосоматичних розладів, рання профілактика та діагностика потребують зрозумілої систематизації та класифікації цих захворювань.

На жаль, у практиці лікарів сьогодні не існує класифікації психосоматичних захворювань, яка була б офіційно затверджена та рекомендована ВООЗ чи МОЗ України.

З одного боку, така ситуація пов'язана з важкістю об'єктивного підтвердження психогенної природи соматичного захворювання, з іншого боку, одне й те саме захворювання в різних хворих може бути визначено як соматичне, так і психосоматичне. До того ж, існуючі класифікації побудовані на різних підходах, включають обмежену кількість захворювань і синдромів та мають низку інших особливостей, які вимагають від лікаря знання методів психодіагностики та психології хворих.

У клінічній та профілактичній роботі може бути використана класифікація соматичних захворювань на групи I. Jochmus, G. M. Schmitt (1986).

До першої групи віднесено психосоматичні функціональні порушення, тобто ті соматичні синдроми, за яких не виявляється органічних уражень органів і систем. Серед цих синдромів: психогенні порушення у грудних дітей та дітей раннього віку; порушення сну; енурез; енкопрез; закрес; конверсійні неврози.

До другої групи зараховань психосоматичні хвороби: бронхіальна астма, нейродерміт, виразковий коліт, хвороба Крона, виразка шлунку, нервова анорексія, булімія, ожиріння.

Третя група об'єднує тих хворих, в яких виникають сильні переживання на фоні основного хронічного соматичного захворювання, а саме: пацієнти з муковісцидозом, цукровим діабетом, хронічною нирковою недостатністю, злоякісними новоутвореннями.

Пацієнти всіх трьох груп захворювань потребують психологічної допомоги з боку медичного психолога, але незважаючи на індивідуальний підхід у кожному конкретному випадку, кожна група захворювань має свої особливості.

Так, у третій групі захворювань, через важкість та складність хвороби, хворі діти найбільше переживають страх смерті, тому головним способом психологічної допомоги в цій групі стають психологічна підтримка та супроводження. Для зменшення тривоги та депресивних настроїв у хворої дитини психолог має пояснювати незрозумілі елементи лікування, акцентувати увагу на перевагах терапії та позитивних результатах, підвищувати самовпевненість та вселяти надію.

Дітям першої групи захворювань часто допомагає лише психологічна допомога. Адже відсутність органічних змін безпосередньо вказує на психогенний характер розладу. Хвороблива симптоматика дозволяє індивіду отримувати певну вигоду, тому це змушує його утримувати психологічний конфлікт від усвідомлення і

таким чином забезпечити себе від можливих впливів. Психологічною допомогою в цьому разі буде сприяння медичним психологом в усвідомленні дитиною та її батьками, який саме психологічний конфлікт призвів до захворювання та як вийти з нього.

Особливостями другої групи захворювань є те, що, з одного боку, ця група включає в себе найбільшу кількість хворих дітей, а з другого в лікуванні захворювань педіатри дуже рідко співпрацюють з медичними психологами. Така ситуація обумовлена не тільки браком спеціалістів у галузі психології, а й тим, що більшість лікарів, отримуючи позитивний ефект від медикаментозного лікування ігнорують соціально-психологічні чинники захворювання. Але постає наступне запитання: чому більшість цих захворювань часто не виліковуються остаточно, а набувають хронічного характеру. Хроніфікація захворювань відбувається не тільки через погіршення в дієті та недотримання рекомендацій лікаря, але часто й тому, що психотравмуюча ситуація, яка спонукала виникнення захворювання, знову повторюється в житті дитини, призводить до емоційного стресу та в черговий раз індукує загострення хвороби.

Емоційний стрес – це стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які гостро чи довготривало обмежують задоволення її соціальних чи біологічних потреб [9]. Найбільш складну роль у механізмі розвитку емоційного стресу відіграють первинні розлади у вентромедіальному відділі гіпоталамусу, базальнолатеральній ділянці мигдалини, перетинки та ретикулярної формації. Саме розбіжність у діяльності цих структур призводить до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, системи згортання крові, розладів імунної системи [5].

Дитина постійно знаходиться в процесі розвитку, тому 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, дому. Школярі більш залежні від взаємовідносин з однолітками. Але в той же самий час оцінити психологію дитини поза сім'єю неможливо.

Набір психодіагностичних методик не завжди допомагає виявити психосоціальні причини соматичного захворювання, батьки ж у свою чергу, незадоволені діагностикою і лікуванням змінюють лікарів, з метою знайти причину захворювання їхньої дитини.

Для того щоб запобігти виникненню замкнутого кола в пошуку причин хвороби дитини, дитячий лікар психіатр Роза Гейст,

директор психіатричної служби зв'язку консультації з департаментами педіатрії та хірургії в лікарні для хворих дітей з Торонто, пропонує лікарям на початку обстеження дитини залучати батьків до співпраці в лікуванні дитини. Тобто відразу розповісти батькам про можливі органічні та психосоціальні фактори, які могли б призвести до виникнення хвороби. Таким чином, якщо після проведеного обстеження органічний субстрат хвороби не був підтверджений, то акцентувати увагу батьків слід на психологічній допомозі їхній дитині.

До частих психотравмуючих факторів, які можуть викликати загострення захворювання в дитячому віці, належать: розлучення батьків, смерть близької людини, алкогольна 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 психосоматичного потенціалу, 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 пред'являє назовні сімейну проблематику.

Зазвичай важко мотивувати всю сім'ю для бесіди з медичним психологом або психотерапевтом, адже сім'я несвідомо відкидає будь-які зміни. Розвантаження «носія симптомів» зрушило би встановлену за рахунок нього рівновагу та сприяло б прориву конфлікту.

Але психотерапія дітей з психосоматичними розладами визначається не тільки необхідністю вирішення складних життєвих обставин, які лежать в основі захворювання, але й етапами психічного розвитку дитини.

У віці 2,5-4 років, тобто в період самоствердження, становлення особистості, формуванні самооцінки та системи відносин, вибір психотерапевтичного методу у хворого з психосоматичним

розладом обумовлений головними проблемами дитини, які беруть участь у патогенезі. Поряд з лікувально-педагогічною корекцією неправильного стилю сімейного виховання можна застосовувати методи ігрової психотерапії, яка забезпечує оптимізацію взаємовідносин з однолітками [10].

У віці 4-7 років коло психотерапевтичних заходів розширюється. Хворого з психосоматичним розладом включають в сімейну та індивідуальну, орієнтовану на роз'яснення психотерапію. На думку А.І. Захарова, завдання останньої – емоційне відреагування конфліктної ситуації в групі та десенсибілізація загрозливих образів у свідомості за допомогою їх успішного зображення та подолання у грі.

У 7-8 років під час адаптації в загальноосвітній школі психотерапія пацієнта, який страждає на психосоматичне захворювання, переважно спрямована на подолання комунікативних складнощів, оскільки саме вони є основними в генезі захворювання. В цьому віці поряд з сімейною та індивідуальною психотерапією рекомендується використовувати поведінкову психотерапію. Групову психотерапію корисно поєднувати з сімейною.

У підлітковому віці у дітей з психосоматичними розладами найбільшу користь можуть принести методи особистісно-орієнтовальної психотерапії, сімейної та групової. Меншу роль у цьому віці відіграє поведінкова та гіпно-суггестивна психотерапія (Гончарська Т.В., 1979).

Особистісні особливості, які переважно притаманні дітям практично з усіма психосоматичними захворюваннями – 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 [5].

У поєднанні з психічними ознаками тривожності у дітей із психосоматичними захворюваннями можуть спостерігатися преморбідні прояви, такі як: порушення сну, слабкість, головокружіння, головний біль, відчуття підвищеного серцебиття, тики, задуха, запаморочення, болі в животі, нудота.

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

1) організація допомоги повинна бути заснована на уявленнях про виникнення описаних розладів. У зв'язку з цим на перше місце має бути поставлений принцип раннього виявлення дітей високого ризику, на друге – організація допомоги цим пацієнтам у рамках педіатричних відділень;

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

3) лікування необхідно спрямовувати 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 психосоматичні захворювання та психосоматичні ситуації у дітей із хронічними соматичними захворюваннями;

6) налагодити тісний зв'язок в обміні досвіду і знань між педіатрами, психіатрами, психоневрологами, психотерапевтами та медичними психологами;

7) подальшому дослідженню підлягають соціально-психологічні чинники розвитку соматичних захворювань у дітей.

Література

1. Александрова Н.В. Об опыте работы детского психиатра в условиях детской поликлиники // Психиатрические аспекты педиатрии. – 1985. – С. 87.

2. Белоконь Н.А. и др. Вегетативно-сосудистая система у детей. – М., 1987. – 24 с.

3. Брызгунов И.П. Между здоровьем и болезнью. – М., 1995. – 224 с.

4. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1982. – 216 с.

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

6. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. – К.: Ін-ут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.

7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.

8. Павес А., Муракас А., Юхансоо Т. Кардиалгии в детском возрасте / Психогенные и психосоматические расстройства. – Тарту, 1988. – С. 334-336.

9. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса // Механизмы развития стресса. – Кишинев, 1987. – С. 52-79.

10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

11. Garralda, M.E., Bailey, D. Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care // Europ. Arch. Psychiatry, Neurol. Sci. – 1987. – Vol. 236, № 5. – P. 319-322.

12. Lechky, O. Practical approach to psychosomatic illness in children can save time and heartache, MD says. Children's health. – CAN MED ASSOC June 1, 1992; 146 (11).

The article deals with the problem of diagnosis and treatment of psychosomatic disorders 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: psychosomatic illness, emotional stress, family psychotherapy.

В статье рассмотрены проблемы диагностики и лечения психосоматических 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: психосоматическое заболевание, эмоциональный стресс, семейная психотерапия.