

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО, Ю.В. Приказчик, к.м.н.

Психосоматические аспекты детской гастроэнтерологии

Термин «психосоматические заболевания» (ПСЗ) в узком понимании относится к ограниченной группе болезней с морфологически установленными патологическими изменениями в органах, в основе которых лежит первичная соматическая реакция на конфликтную ситуацию. К ним относят так называемые «классические психосоматические заболевания»: бронхиальную астму, эссенциальную гипертензию, нейродермит, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, язвенную болезнь. Выделение такого ограниченного перечня болезней было связано с тем, что в период создания психосоматической медицины как науки была создана жесткая однолинейная модель ПСЗ. Однако объектом психосоматического исследования могут быть не только психосоматические заболевания в узком смысле слова, но и другие соматические заболевания, на развитие которых психосоциальные факторы оказывают существенное влияние, хотя и не всегда являются единственной или даже основной причиной заболевания.

Удельный вес психосоциальных факторов среди этиологических причин при разных соматических заболеваниях различен: в некоторых случаях они определяют развитие патологии, в других — являются лишь дополнительными факторами. Однолинейная модель сменилась многофакторной открытой моделью болезни и на место узкого круга ПСЗ пришел интегральный психосоматический подход, необходимость применения которого при изучении соматических заболеваний в современных условиях трудно переоценить. ПСЗ называют также биопсихосоциальными заболеваниями, так как согласно подтвержденной гипотезе их происхождения обусловлено сочетанием трех факторов: биологического или физиологического, психологического и социального.

В условиях современного общества, когда масштабный характер приобрели такие экзогенные факторы, как социально обусловленные стрессовые состояния, техногенные катаклизмы, значительно увеличился удельный вес соматических заболеваний, в механизме развития которых значительную роль играют эмоциональные факторы (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000; С.С. Казак и соавт., 2006; I.B. Коваленко, 2005; А.А. Опарин 2003). Хроническое перенапряжение и внутренняя психологическая конфликтность являются повседневными состояниями современного человека. Положение усугубляется в связи с отсутствием уже привычных для западного социума институтов психологической помощи (консультирования, психотерапии, социальной работы), функции которых связаны в первую очередь с повышением психологической культуры населения, обучением навыкам саморегуляции, разрешением психологических трудностей т.д. (Ю.А. Ващенко, 1999).

Данные о распространенности психосоматических расстройств (ПСР) варьируют не только в зависимости от страны, культуры, микросоциальной среды, семейной структуры, особенностей воспитания, но и от того, насколько широко используется термин «психосоматическое заболевание».

По данным отечественных и зарубежных авторов (Б. Любан-Плоцца и соавт.) ПСР являются наиболее распространенными заболеваниями среди населения в целом и среди пациентов общемедицинского профиля в частности: к ним относятся от 30 до 57% от общего числа заболеваний. Следует заметить, что по данным некоторых исследователей ПСР у детей и подростков встречаются чаще, чем у взрослых: их число достигает 40-68% от числа обратившихся за помощью к педиатрам (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000; Д.Н. Исаев, 2004).

Среди наиболее распространенных ПСР большинство исследователей называют заболевания пищеварительной системы, которые являются причиной жалоб у 36-71% больных (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000). В литературе приводятся данные о том, что у детей психосоматический генез гастроэнтерологических

болезней прослеживается в 40-50% случаев (Л.К. Пархоменко, Л.А. Страшок, 2003). При этом особое внимание уделяется хроническим заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки, прежде всего язвенной болезни как наиболее характерному психосоматическому заболеванию.

Патогенез ПСР складывается из значительного числа факторов: неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами; наследственной предрасположенности к ПСР, изменений ЦНС, приводящих к нейродинамическим сдвигам; личностных особенностей; психического и физического состояния во время психотравмирующих ситуаций; фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов, особенностей психотравмирующих событий. Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают ребенка уязвимым к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств (Д.Н. Исаев, 2004; И.Г. Малкина-Пых, 2003). Безусловно, в значительной степени реакция организма определяется особенностями его личности.

Представление о предрасположенности определенных типов личности к тем или иным болезням присутствовало в медицинском мышлении всегда. Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, внимательные врачи отмечали распространенность определенных болезней у людей с определенным психическим складом. G.A. Alexander (2000) отмечает, что такое понятие, как «меланхолия» отражает интуитивное знание о большой распространенности депрессивных черт среди людей, страдающих патологией желчного пузыря. На протяжении нескольких десятилетий в рамках таких ведущих концепций, как «теория специфического личностного профиля» и «специфического личностного конфликта» осуществлялся поиск избирательных для язвенной болезни личностных радикалов. Кроме того, до настоящего времени во всех подходах существует дилемма взаимовлияния личности больного и соматической болезни: является ли личностный фактор предиктором развития соматического заболевания или имеет место реакция личности на соматическую болезнь. Важной психологической реакцией на болезнь является формирование «внутренней картины болезни», которую считают целостным отражением заболевания и его последствий в психике индивида.

Ключевым вопросом ПСЗ является первичность (психосоматический характер) или вторичность (соматопсихический характер) личностных нарушений. В современной литературе имеются лишь единичные указания на то, что личность больных желудочно-кишечными заболеваниями еще до болезни характеризовалась мнительностью, тревожностью, ранимостью, обидчивостью, тоскливостью, неперено-

симостью отрицательных эмоций, неуверенностью в себе, неумением осмысливать свои проблемы, потребностью в защите и социальной поддержке, сниженной самооценкой. У 10% детей до начала заболевания отмечались немотивированные колебания настроения, у 25% — невротические реакции (С.А. Игумнов, 1999).

Считается, что первая масштабная работа характерологического направления, признающая ведущее и первостепенное значение личностного фактора в развитии заболевания, принадлежит F. Dunbar, которая в своих «исследованиях профилей» описала определенные статистические корреляции между болезнью и типом личности и выделила так называемый «язвенный тип личности», характеризующийся тенденцией к зависимости, вытесненной склонностью к самопожертвованию и тенденцией к чрезмерной личностной реакции на психологический конфликт. Американские клиницисты Альварес, разработавший концепцию о «пептическо-язвенной личности» — жестком, энергичном, предприимчивом типе и Дрэйпер, обнаруживший, что за этими чертами у многих больных с пептической язвой скрываются противоположные — зависимые или, как он их назвал, женские черты личности) также уделяли главенствующее внимание личностной специфичности (S. Levenstein). Еще одной теорией, описывающей психологические факторы, предрасполагающие к развитию ПСЗ, является современная концепция алекситимии, которая считается «особым типом личностной конституции», являющимся «вариантом предрасположенности к развитию психосоматических расстройств» (С.Н. Мосолов, 1995).

Постоянным предметом специальных поисков ученых являются личностные особенности, предрасполагающие как к развитию ПСЗ в целом, так и специфические, ответственные за развитие определенного ПСЗ. Высокий риск ПСР у детей определяют такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям, избирательная фиксация на отрицательных эмоциях (Н.Д. Исаев, 2004). Среди других черт, в разных сочетаниях встречающихся практически при всех ПСР, отмечают замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, лабильность, педантизм, честолюбие, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального развития в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижение высоких результатов (I.B. Иваніна, 2006; В.В. Марилов, 1992). Кроме того, для пациентов с психосоматической патологией характерна следующая общая особенность: при заметной бедности фантазии и конкретно-предметном мышлении они проявляют определенную «душевную слепоту» (Д.Б. Ересько и соавт., 1994; Ю.А. Ващенко, 1999; Б. Любан-Плоцца



Ю.В. Белоусов

и соавт., 2001). Впервые такое состояние описал Ю. Рош в 1948 г., позднее, в 1972 г., P.E. Sifneos определил его как «алекситимию» (АЛ) — совокупность признаков особого коммуникативного стиля, который характеризуется затруднением в вербализации эмоциональных состояний. Термин «алекситимия» указывает на основной внешний признак данного феномена: неспособность воспринимать и называть словом (lexis) чувства (thymos).

АЛ присущи следующие признаки: неспособность к символизации (как стержневая характеристика данной черты); ограниченность восприятия чувств и трудности в их описании; трудность в распознавании внутреннего аффекта и физических ощущений; затруднение описания физических симптомов; бедность фантазии и скудность воображения; низкий лексический уровень вербальной экспрессии эмоций; «конкретный» тип мышления, направленный на механическую функциональную сторону описываемого (так называемое операциональное мышление), конкретность содержания речи; дефицит в области межличностных интеракций (Е.С. Гузова, 1998).

Из-за трудности в вербализации чувств и в дифференциации разнообразных эмоциональных состояний у пациентов с АЛ психоэмоциональные изменения, не имея другого способа разрядки и переработки, переходят на соматический уровень. Единственным доступным для алекситимика языком выражения его эмоционального состояния является язык тела. Подавленность его эмоций часто проявляется в напряженной позе и бедной мимике (Е.С. Гузова, 1998).

Согласно последним зарубежным исследованиям, высокий уровень АЛ (по Торонтской алекситимической шкале) — это значимый фактор прогноза хронической соматизации, не зависящий от социально-демографических переменных и серьезности болезни (P. Porcelli et al.).

Средние показатели АЛ у здоровых подростков выше средних ее показателей у здоровых взрослых, что может указывать на специфические личностные особенности современных подростков. Возможно, с этим фактом связано нарастание соматической и нервной-психической патологии у детской части населения в настоящее время (Э.Г. Эйдмиллер, В. Юстицкий, 1999), причем АЛ значительно чаще встречается у больных с патологией желудочно-кишечного тракта, чем у больных с нарушением других органов (Б. Любан-Плоцца и соавт., 2003). Современные зарубежные научные исследования, посвященные изучению связи АЛ с функциональными желудочно-кишечными нарушениями (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия) показывают, что больные с высоким уровнем АЛ достоверно чаще обращаются в больницу по поводу рецидива заболевания. Показано, что снижение уровня АЛ является достоверным и устойчивым признаком эффективности лечения в целом (P. Porcelli et al.).

Улучшение результатов лечения данной группы заболеваний может быть достигнуто путем своевременного выявления детей с выраженной АЛ и целенаправленным воздействием на стрессовые ситуации у этих больных.

Выделяют две модели АЛ: «модель отрицания» и «модель дефицита». Первая предполагает глобальное торможение аффекта, при котором АЛ выступает в качестве защитного механизма (Э.Г. Эйдмиллер, В. Юстицкис, 1999; J.C. Neimah, 1977). В этом случае АЛ носит «вторичный» характер и, следовательно, обратима. Согласно «модели дефицита» АЛ первична, является личностно-наследуемым фактором, возникает вследствие биохимических, нейрофизиологических и генетических нарушений, и в этом случае является необратимой или, во всяком случае, трудно поддающейся лечению. Тем не менее большинство исследователей, в том числе отечественных, приходят к выводу об обратимости АЛ в процессе психотерапии (Э.Г. Эйдмиллер, В. Юстицкис, 1999).

По-прежнему дискуссионен вопрос о том, является ли АЛ «синдромом», возникающим в условиях хронического соматического заболевания, или фактором, приводящим к его развитию. Теория защитной или вторичной АЛ не противоречит возможности ее развития в качестве реакции на тяжелое соматическое страдание (хотя, конечно, и не подтверждает ее). Несмотря на то что АЛ понятие бесспорное и наблюдается у большинства психосоматических больных, гипотеза о том, что она является признаком типичной психосоматической структуры личности до сих пор вызывает дебаты. Поэтому сегодня принято говорить о том, что алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска.

Личностные особенности детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, изучались многими отечественными учеными. Наиболее изучены они у больных с гастродуоденальной патологией, особенно с язвенной болезнью. Несмотря на определенную противоречивость полученных результатов, можно утверждать, что для больных этой группы характерны стремление к уединению, необходимость самоутверждения и повышения личностной значимости, потребность в полной независимости (черты лабильной и психоастенической акцентуации характера, нарушенная самооценка, интроверсия (О.Ю. Дубченко, 2005; Д.Н. Исаев, 2004)). Профиль личности детей с язвенной болезнью характеризуется общей высокой акцентуированностью, чрезмерной впечатлительностью, повышенной чувствительностью к оценкам окружающих (О.Ю. Дубченко, 2005). Некоторые авторы отмечают повышенную тревожность, замкнутость, неуверенность в себе, присутствие психопатологической симптоматики – невротоподобное состояние (Н.А. Боброва, 2001). Есть сообщения о пассивности, замкнутости, ипохондричности, возбудимости и неустойчивости настроения (Г.Ж. Шабанова, 2000). Описаны конфликтность и эгоцентричность – черты, существенно осложняющие лечение этих больных, так как они могут сорваться со сверстниками и персоналом лечебного учреждения, нарушать режим и диету, и в целом считаются «трудными пациентами».

Наряду с интегральной оценкой психологического статуса больных ПСЗ характеризуются также специфические личностные радикалы. Наибольшее внимание среди последних традиционно привлекают тревога и депрессия. Практически все исследователи данной проблемы подтверждают типичность для больных ПСЗ повышенной тревожности (С.Я. Волгина, 1993; О.Ю. Дубченко). На высокую частоту депрессивных состояний у этих больных также указывает большинство авторов (Ю.Ф. Антропов,

С.В. Бельмер, 2004; Т. Fundudis et al. 1991; J.M. Lackner et al., 2004).

Традиционным для психосоматической медицины является подход, концентрирующийся на общности не личностных черт, а внутри- и межличностных конфликтов у гастроэнтерологических больных. Психологический конфликт как фактор, предрасполагающий к язвенной болезни, подтвержден результатами многих исследований (Ф. Александер, 2002; Ю.А. Ващенко, 1999; Т.П. Лалетина и соавт., 2004;). У лиц со склонностью к язвенной болезни в связи с некоторыми особенностями воспитания формируется постоянная потребность в защите и опеке, находящаяся в конфликте со стремлением к силе и самостоятельности (Ф. Александер, 2002). На противоречия между личностями, стремлениями и возможностями, дисбаланс «полоролевой структуры», проявляющийся противоречием между «маскулинным фасадом и внутренней феминностью», указывают Ю.М. Губачев (1989); В.В. Кришталь (2001).

В последнее время внимание ученых все больше привлекает проблема влияния социальных факторов на развитие ПСЗ. Доказано, что фон неблагоприятных семейных и других микро- и макросоциальных факторов влияет на вероятность заболевания (М.Ш. Цанова, 1989; Т.И. Ахмедов и соавт.; С. Cheng et al., 2004). Конечно же, необходимо учитывать, что травматическое воздействие на психику ребенка любого внешнего агента, в том числе социального, в значительной степени определяется фоном возрастных, характерологических и других особенностей ребенка. От этих психологических факторов зависит степень восприятия и переживания стрессовых событий, что в свою очередь предопределяет, станет событие стрессовым для конкретной личности или нет. Кроме того, играет роль количество негативных воздействий, с которыми сталкивается ребенок на протяжении жизни (теория «кумулятивной травмы»).

Важнейшее место в развитии адаптивных возможностей ребенка занимает его семья. Изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. Особенно чувствительны к нарушениям взаимоотношений младенцы. На расстройства гармоничного контакта с матерью дети могут реагировать даже остаточной развития. Кроме того, нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, увеличивают риск развития ПСР. В то же время прочная социальная поддержка благотворно сказывается на сопротивляемости к стрессам и заболеваниям (А.И. Захаров, 2000; Д.Н. Исаев, 2004).

На кафедре педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО исследования, посвященные изучению роли психосоматических факторов в развитии заболеваний пищеварительной системы, проводятся в течение ряда лет. Изучались психологические особенности детей с гастроэнтерологической патологией, клинические особенности пограничных клинических нарушений, методы психо- и рефлексотерапии при заболеваниях пищеварительной системы у детей и подростков, психосоматические аспекты развития хронической гастродуоденальной патологии у детей (Т.И. Ахмедов, Ю.В. Беловусов, В.А. Скумин; Ю.В. Приказчик). Проведенные исследования показали, что важнейшими факторами риска формирования ПСЗ у детей являются: наследственная отягощенность по хроническим заболеваниям пищеварительной системы, психосоматическим и нервно-психическим заболеваниям, патология перинатального периода, нарушения вскармливания ребенка на первом году жизни, фоновые состояния, обеспечивающие неблагоприятный

преморбидный фон. Для детей с хронической гастродуоденальной патологией характерны следующие психологические особенности: акцентуированные индивидуально-типологические свойства – сензитивность и эмотивность, значимо высокая тревожность и низкая интроверсия, высокий уровень АЛ, депрессии, ситуативной и личностной тревоги, чувство вины и обиды, низкий уровень негативизма, дезадаптирующий стиль межличностного поведения. Наиболее значимой характеристикой является наличие внутриличностного конфликта, основой которого является дисбаланс стремлений и возможностей. Психологическими предикторами деструктивных форм хронической гастродуоденальной патологии у детей служат наличие внутриличностного конфликта и АЛ, высокая личностная тревожность и низкая интроверсия, инверсия агрессивных реакций из направленных вовне на аутодеструктивные (чувство вины) и враждебные (обида и подозрительность). Значимое влияние на формирование и прогрессирование хронической гастродуоденальной патологии у детей оказывают микросоциальные факторы внутрисемейного и внесемейного характера, причем значимо не количество психотравм, воздействующих на ребенка, а их длительность (роль хронических психотравмирующих ситуаций более значима, чем острых психотравм). Проведенные исследования показали, что включение в комплексную терапию методов психотерапии и психокоррекции (рациональной, когнитивно-поведенческой, игровой и арт-терапии с программой преодоления АЛ у детей) способствует более быстрой и выраженной редукции болевого абдоминального, диспептического, астено-вегетативного и астено-невротического синдромов, нормализует психоэмоциональный статус ребенка, тем самым препятствуя прогрессированию и рецидивированию патологии.

Игнорирование психосоматических аспектов заболеваний желудочно-кишечного тракта приводит к прогнозированной неэффективности терапии и соответствующих профилактических мер, поскольку чисто биологический подход во многом совпадает с патологическими психологическими защитами психосоматических больных: заменой психологических жалоб соматическими, неспособностью к вербализации чувств и т.д. (АЛ, соматизацией). Поэтому проблема поиска адекватной комплексной терапии ПСЗ требует серьезного внимания. Помощь детям и подросткам с ПСР в условиях соматического стационара обычно начинается и заканчивается на первом этапе (Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000). При этом осуществляется лечение органов и систем с «поврежденной» тканью и иногда используются транквилизаторы и ноотропы, имеющие вегетостабилизирующее действие. Низкая эффективность лечения при таком подходе неудивительна, так как при этом проводится лишь симптоматическая и седативная терапия. Прогресс медицины XXI века, мощь электронно-компьютерной диагностики, синтез тысяч новых фармакологических препаратов, как это не парадоксально, сужает врачебное поле зрения, фиксирует внимание врача на больном органе, игнорируя организм в целом и личность больного (С.А. Кулаков, 2003; Б. Любан-Плюща, 2001).

Необходимо признать, что одним из наиболее сложных, но необходимых компонентов лечения и профилактики ПСЗ является улучшение психосоциальной адаптации больного, устранение негативных эмоций, психотерапия, направленная на изменения стереотипа эмоционального реагирования, социального поведения, ценностных ориентиров (Л.К. Пархоменко Л.А. Страшок, 2003). Психотерапевт и психолог незаменимы при решении подобных задач. Согласно образному выражению,

лечить соматическое заболевание, имеющее психосоциальную природу, без применения психотерапии, все равно, что «вычерпывать воду из лодки, не заделав пробочину в днище» (Г.Ж. Шабанова, 2000). Психотерапия при ПСЗ направлена не только на ускорение клинической редукции, потенцирование действия соматотропных средств, но и на восстановление тех элементов системы отношений больного, которые определяют его эмоциональную стрессированность (С.А. Игумнов, 1999). Положительные результаты применения психотерапии при язвенной болезни и других ПСЗ доказаны не только клиническим наблюдением, но и другими методами, в том числе уменьшением выраженности гипер- и дисмоторных нарушений, улучшением динамики секреторного статуса (при применении соматотропной терапии у больных язвенной болезнью величина ночной кислотопродукции снижается на 13%, а при подключении психотерапии – на 29%), регенерацией положительных нейрогормональных сдвигов, особенно симпат-адреналовой системы: снижение экскреции адреналина, нормализация секреции диоксифенилаланина (В.И. Симаненков, 1992). Сегодня психологическое обследование и психотерапия ребенка становятся неотложной необходимостью. В связи с этим изучение психологических особенностей, влияния психосоциальных факторов с целью учета их действия и включения в план терапевтического вмешательства, является одной из важнейших составляющих эффективной профессиональной деятельности врача.

Для целостной оценки психоэмоционального статуса детей на различных этапах наблюдения за больным целесообразно включать психодиагностическое исследование. Существуют различные способы оценки: детский вариант индивидуально-типологического опросника (ИТДО) Л.Н. Собчик, Торонтская алекситимическая шкала (TAS), шкала реактивной и личностной тревожности С.Д. Spielberger, адаптированная Ю.Л. Ханниным, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, определение уровня депрессии у детей с применением опросника CDI (Children's Depression Inventory), теста опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин). Разумеется, комплексное применение всех перечисленных методик в практической работе вряд ли возможно и целесообразно. Поэтому врачу педиатру следует ограничиться одной-двумя из них (например, детским вариантом индивидуально-типологического опросника и (или) Торонтской алекситимической шкалой). Это позволит своевременно выявить детей с нарушениями психоэмоционального статуса и оказать им адекватную помощь.

Врачу педиатру общей практики следует использовать при лечении детей с ПСЗ элементы рациональной психотерапии и, учитывая значение микросоциальных семейных факторов в формировании и прогрессировании ПСЗ проводить консультативные беседы с родителями, направленные на адекватную коррекцию нарушенных внутрисемейных отношений.

При необходимости оказания более специализированной помощи детям с выраженными психологическими нарушениями необходимо привлечение к сотрудничеству медицинского психолога и врача-психотерапевта. Это позволит включить в комплексную терапию детей с ПСЗ методы психотерапии и психокоррекции (рациональной, когнитивно-поведенческой, игровой и арт-терапии с программой преодоления АЛ у детей), позволяющие значимо улучшить качество помощи данной категории больных за счет гармонизации их психологического статуса.