

УДК: 616.342-002-053.2-02:616.329-002

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И РЕФЛЮКСНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА

О.Н. Волкова, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней;
А.В. Сукало, заведующий 1-ой кафедрой детских болезней,
профессор, д.м.н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Хронические соматические заболевания являются стрессорными и могут привести к существенным психологическим изменениям. С помощью теста Кеттелла и цветового теста Люшера изучены личностные и психоэмоциональные особенности детей с хроническим гастродуоденитом в сочетании с рефлюксным поражением пищевода.

Ключевые слова: тест Кеттелла, цветовой тест Люшера, психологические и личностные характеристики.

Chronic somatopathies are usually caused by stress and can result in essential psychological changes. With the help of Cattell's test and Lusher's colour test personality and psychoemotional characteristics of children with chronic gastroduodenitis combined with reflux esophagitis have been studied.

Key words: Cattell's test, Lusher's colour test, personal and psychoemotional characteristics.

Актуальность

Хронический воспалительный процесс в организме вызывает нарушения со стороны нервной системы. Детям с хроническими заболеваниями органов пищеварения присущи расстройства нервно-психического плана [1, 10] в виде эмоциональных сдвигов с повышенной тревожностью, плаксивостью, нарушениями сна, изменениями внимания, мышления, наличием страхов, навязчивых действий и депрессий разной степени выраженности [4, 12]. Данные обстоятельства позволяют отнести патологию органов пищеварения к психосоматической [5, 6, 9]. В настоящее время многие исследователи признают, что даже заболевание, вызванное чисто физическими факторами, служит источником эмоционального стресса. Длительный стресс ведет к психофизиологическим нарушениям [7]. Эмоциональные факторы могут оказывать влияние на течение болезни, ее тяжесть и исход. Таким образом, соматическая патология должна изучаться в связи с психологическими факторами. Последние могут выступать в роли триггеров, запускающих обострение, или модуляторов, влияющих на течение заболевания [2, 13]. Игнорирование различных психосоматических нарушений при гастроэнтерологической патологии может оказать значительное влияние на формирование клинической картины, отношение ребенка к своей болезни и лечению, взаимоотношениям в семье, школе и со сверстниками [11, 14].

Целью настоящего исследования было изучение личностных особенностей и психоэмоционально-

го реагирования детей, страдающих изолированным хроническим гастродуоденитом в сочетании с рефлюксным поражением пищевода.

Материалы и методы

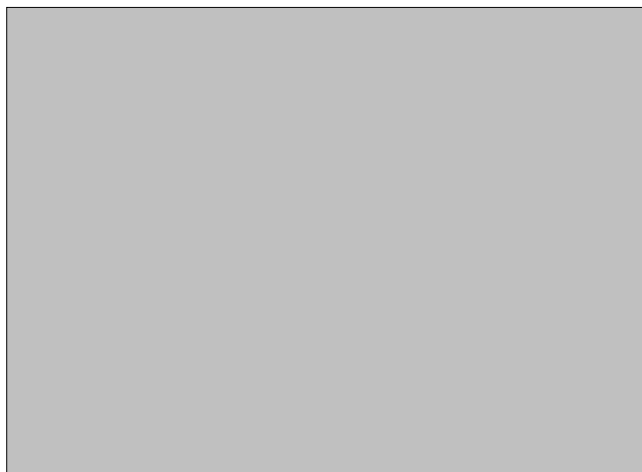
Личностные особенности и психоэмоциональный статус оценивались с помощью многофакторного личностного опросника 16PF предложенного Р.Кеттеллом (Raymond Bernard Cattell) и восьмицветового теста Люшера (Max Lusher).

Основную группу составили дети, страдающие гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода (ХГД+ГЭР; n=88). Для сравнения мы проанализировали данные показатели у детей с хроническим гастродуоденитом без сопутствующего поражения пищевода (условно-контрольная группа - ХГД; n=64) и у здоровых детей (контрольная группа; n=44).

Результаты и обсуждение

Многофакторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) позволил измерить шестнадцать факторов личности и дать обобщенную информацию о личностных чертах пациентов. Нас в большей степени интересовали факторы, отвечающие за эмоционально-волевые особенности: О, Q₃, Q₄; коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия: Н, F (табл. 1).

Как видно из табл. 1, пациенты из основной группы (ХГД+ГЭР) имеют низкий показатель фактора F (сдержанность – экспрессивность), - (74,1±4.7%). Это свидетельствует об осторожности и сдержанности этих детей, склонности все ус-



ложнять, ко всему подходить слишком серьезно и осторожно. Такие дети живут в постоянном беспокойстве о своем будущем, озабочены своими поступками, постоянно ожидают возникновения каких-то несчастий, склоны к пессимизму.

Низкий показатель по фактору Н (робость – смелость) выявлен у $59,3 \pm 5,2\%$ детей из основной группы. Современные представления связывают его с чувствительностью вегетативной нервной системы к угрозе. Для таких детей характерна неустойчивость поведения в стрессовых ситуациях, они имеют сверхчувствительную нервную систему, остро реагируют на любую угрозу, считают себя робкими, неуверенными в своих силах, терзаются необоснованным чувством собственной неполноценности, сдержаны в проявлении чувств и эмоций.

В основной группе детей отмечался высокий показатель по фактору О ($55,6 \pm 5,3\%$) (уверенность в себе – тревожность). Высокая оценка по этому фактору свидетельствует о доминировании тревожно – депрессивного фона настроения. Такие дети постоянно чем-нибудь озабочены, подавлены, тревожны, тяготятся дурными предчувствиями, принижают свою компетентность, знания и способность. Держатся излишне скромно, замкнуто и обособленно.

Фактор Q_3 (низкий самоконтроль - высокий самоконтроль) с низкими оценками встречался у $81,5 \pm 4,1\%$ основной группы, что указывает на слабую волю и плохой самоконтроль (особенно над желаниями) у этих наблюдаемых. Деятельность неупорядочена, хаотична; они не умеют организовать свое время и порядок выполнения работы.

Высокие показатели фактора Q_4 (расслабленность – напряженность) были отмечены у $77,7 \pm 4,4\%$ детей основной группы. Это свидетельствует о напряженности, наличии возбуждения, беспокойства, неудовлетворенных желаниях. Человек с такими показателями чувствует себя разбитым, усталым; для этого состояния характерны

эмоциональная неустойчивость, пониженное настроение, раздражительность и нетерпимость.

Низкий показатель по фактору F, H, Q_3 достоверно чаще ($P < 0,001$) отмечен у детей из основной группы (ХГД+ГЭР), чем в условно-контрольной (ХГД) и контрольной группах. Это свидетельствует о том, что пациенты основной группы имеют сверхчувствительную нервную систему, что отражается в их поведенческих реакциях (личностная и реактивная тревожность). Они чувствительны к внешним изменениям (тревожны, недоверчивы, озабочены), слабовольны и не контролируют свои желания.

Высокий показатель по факторам Q_4 ($P < 0,001$), и фактору О имели дети из основной группы. Для них характерна замкнутость, раздражительность, пониженное настроение, тревожность и эмоциональная нестабильность.

Мы оценили психоэмоциональное состояние детей с хроническим гастроуденитом и рефлюксным поражением пищевода с помощью теста Люшера. Этот тест хорошо проверен, он убедительно доказывает влияние цвета и на физиологию, и на психологию [3, 8]. Ответ человека на цвет зависит от многочисленных элементов: от физиологического и эмоционального состояния, от условных интеллектуальных и эмоциональных связей. Действие цветовых частот на вегетативную нервную систему порождает различные эмоциональные последствия, и каждый цвет обладает постоянной структурой, кем бы ни был заинтересованный субъект. Этой постоянной структуре цветов Люшер противопоставляет личную, субъективную реакцию.

Анализируя результаты тестирования, мы получили следующие данные: дети с хроническим гастроуденитом и рефлюксным поражением пищевода на первую позицию достоверно реже ($P < 0,05$) выдвигали основные цвета ($62,9 \pm 5,2\%$) по сравнению с условно-контрольной $79,4 \pm 5,1\%$ и контрольной $71,7 \pm 6,8\%$ группами соответственно. Существенно чаще ($P < 0,05$) эти дети на первую позицию ставили дополнительные цвета $37,1 \pm 5,2\%$, против $20,6 \pm 5,1\%$ условно-контрольной и $28,3 \pm 6,8\%$ контрольной групп (рис. 1).

Если основные цвета находятся в 1-ой – 5-ой позициях, то потребности в известной мере удовлетворяются или воспринимаются как удовлетворенные. Если они находятся в 6-ой – 8-ой позициях, имеет место какой-либо конфликт, тревожность, неудовлетворенность из-за неблагоприятных обстоятельств. Отвергаемый цвет может рассматриваться как источник стресса [8].

В табл. 2 представлено распределение цветов на первой позиции второго выбора у детей с хроническим гастроуденитом и рефлюксным пора-

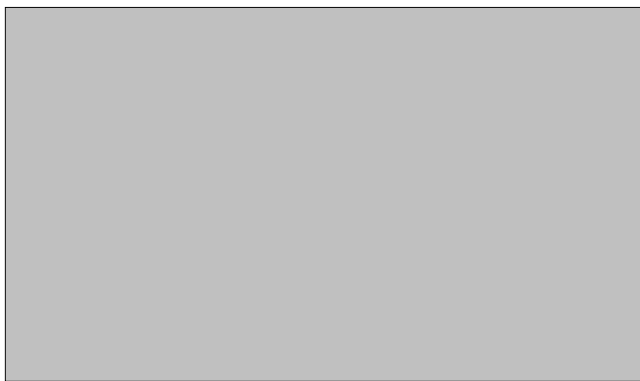
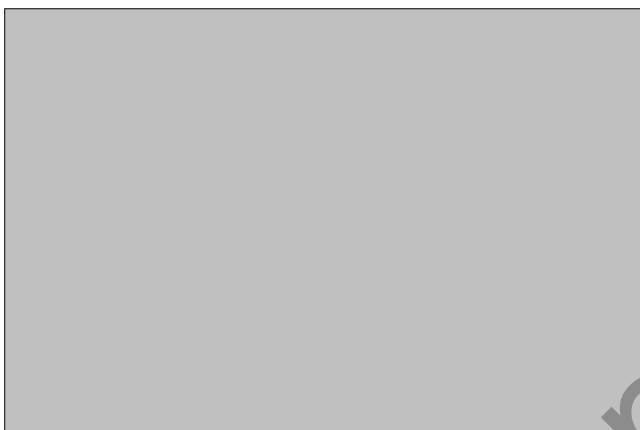


Рис. 1. Распределение основных и дополнительных цветов на первой позиции (второго выбора) у детей с хроническим гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода



жением пищевода. Как видно из табл. 2, среди основных цветов на первой позиции второго выбора (действительное состояние) дети из всех трех групп без достоверного отличия отдавали явное предпочтение зеленому цвету, ($32,4 \pm 5,1\%$ детей основной группы, $38,2 \pm 6,1\%$ условно-контрольной и $47,8 \pm 7,5\%$ контрольной групп). Анализируя эти данные, можно предположить, что дети, предпочитающие зеленый цвет на первой позиции второго выбора, хотя производят впечатление, сохраняя свой образ действия и поступать по-своему вопреки возможной оппозиции и сопротивлению. Для них важно, чтобы их признавали.

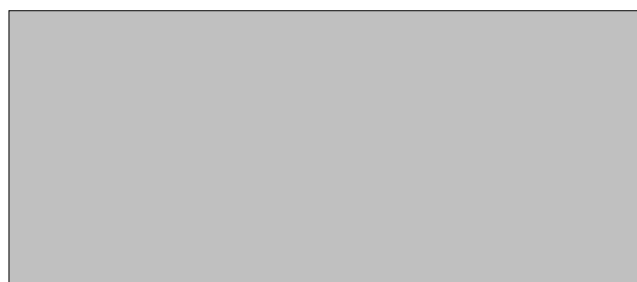
Однако дети с хроническим гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода существенно чаще ($P_{1-3} < 0,001$, $P_{2-3} < 0,05$) основным цветом на первую позицию выбирали синий, что составило $16,5 \pm 4,1\%$, против $11,8 \pm 4,0\%$ условно-контрольной и $2,2 \pm 2,2\%$ контрольной групп, и фиолетовый $31,4 \pm 4,9\%$ (против $14,7 \pm 4,4\%$ и $13,0 \pm 5,1\%$, $P_{1-2, 1-3} < 0,05$) соответственно. Предпочтение фиолетового цвета, говорит о том, что для этих детей мир все еще остается волшебным местом, где стоит только захотеть, и они получают все, что хотят. Но фиолетовый цвет на 1 позиции требует более

углубленного исследования состояния, вызывающего эмоциональную неустойчивость.

Когда имеют место тревога и источники стресса, независимо от степени осознания их, последние вызывают определенный тип компенсаторного поведения, на который указывает цвет, помещенный в тесте на первые позиции. Он может быть отдан одному из четырех основных цветов. Компенсаторная форма поведения обязательна, чрезмерна, не предоставляет никакого выбора и возникает как обобщенная тенденция [14]. Нам было интересно выяснить компенсацию в исследуемых группах детей (табл.3).



Как видно из табл. 3, дети с хроническим гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода достоверно чаще ($P < 0,001$) в $95,5 \pm 4,4\%$ случаев, против $59,2 \pm 9,5\%$ и $57,6 \pm 8,6\%$ в условно-контрольной и контрольной группах соответственно, на первую позицию выставляли основной цвет в качестве компенсации. Распределение цветов на первой позиции в качестве компенсации в анализируемых группах представлены в табл. 4.



Основным цветом в качестве компенсации на первую позицию дети из основной группы достоверно чаще ($P < 0,05$) в $19,04 \pm 8,6\%$ случаев выбирали синий цвет. Этот выбор говорит о том, что у ребенка есть потребность либо в эмоциональном спокойствии, покое, гармонии и удовлетворенности, либо существует физиологическая потребность в отдыхе, разрядке и возможности восстановления сил. Всякий, кто отдает предпочтение синему цвету, ищет спокойной и тихой среды, лишенной неприятностей и волнений, в которой события идут и развиваются плавно в более или менее привычном направлении, среды, в которой его взаимоот-

ношения с окружающими безмятежны и свободны от разногласий.

Если основной цвет отвергается при помещении его в восьми цветовой последовательности дальше, чем на 5-тую позицию, то определенная базовая потребность остается неудовлетворенной по причине неблагоприятных обстоятельств. Такая неудовлетворенная потребность является источником стресса, вызывая чувство утраты и приводя к усилению тревоги. Нами исследовано количество «отвержений». Однако достоверных отличий в исследуемых группах не получено. Так, $68,6 \pm 4,8\%$ детей из основной группы, отвергли основные цвета и поставили их на 6-ую, 7-ую и 8-ую позиции, против $55,8 \pm 8,5\%$ и $56,5 \pm 7,3\%$ детей из условно-контрольной и контрольной групп соответственно. Чаще в основной группе отвергались красный $29,1 \pm 9,3\%$ ($P_{1-3} < 0,05$) и желтый цвета $62,5 \pm 9,9\%$. Каждый, кто отвергает красный, уже находится в состоянии сверхвозбуждения, легко раздражаясь либо потому, что он страдает от нехватки жизненной силы, либо ему кажется, что со всех сторон его окружают почти неразрешимые проблемы. Поэтому отвергаемый красный означает «поиск защиты от всего, что могло бы впоследствии взволновать, ухудшить положение или ослабить». Обычно в качестве компенсации отвергаемого красного на 1-ую позицию ставится синий, поскольку в качестве «транквилизатора» необходима спокойная среда, что мы и видим в основной группе детей. В психологическом отношении такое сочетание отвергаемого красного и компенсирующего синего часто наблюдается у лиц, страдающих от фрустраций и тревог [8]. Отвержение желтого, означает «попытку защититься от изоляции и последующих потерь или разочарования». Часто на 1-ую позицию в качестве компенсации помещается синий. Отвержение желтого и предпочтение синего отражает тенденцию держаться и цепляться за знакомое [8].

Заключение

Нами выявлены некоторые психологические особенности у детей с хроническим гастроуденитом и поражением пищевода. Их психологический портрет (тревожность, сверхчувствительность,

фрустрированность, ранимость, внутренняя конфликтность представлений о себе, взвинченность) напрямую связан с их соматическими проявлениями, что не может не отражаться на течении основного заболевания. С нашей точки зрения, целесообразно формирование групп детей с хроническим гастроуденитом и рефлюксным поражением пищевода для проведения тестирования с помощью многофакторного личностного опросника Кеттелла и восьмицветового теста Люшера и выявления психологических особенностей. Изменив внутреннее психологическое состояние, в котором находится ребенок (семейно-бытовая ситуация развития, учеба в школе и общение со сверстниками), можно добиться лучших результатов в лечении этой группы детей и избежать возникновения рецидивов.

Литература

1. Аванесова Е.Г. Психоневрологические и психологические особенности детей с патологией органов пищеварения // Педиатрия-1993, №1.- С.99-101.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л., 1988.- 270 с.
3. Вайс Ж.-М., Шавелли М. Лечение цветом.- Ростов-на-Дону, «Феникс», 1997.-384с.
4. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. М.,1998.- С.28.
5. Волков В.С., Смирнова Л.Е. Влияние психических нарушений на течение язвенной болезни // Клини. мед.-1996.- т.74, №6.-С.81.
6. Запруднов А.М. Клинико-патогенетические аспекты фармакотерапии в детской гастроэнтерологии // Педиатрия.- 1997, №6.- С.30-35.
7. Котовский А.В., Сироткин Е.А. Значение психоэмоциональных факторов в развитии заболеваний органов пищеварения у детей / Материалы 11 конгресса детских гастроэнтерологов России. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. - Москва, 2004.- С.32-33.
8. Люшер Макс Цветовой тест Люшера / пер. с англ. А.Никоновой.- СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2003.-192с.
9. Миронычев Г., Логинов А., Калинин А. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Врач.- 1997, №6.- С.13-15.
10. Скумин В.А. Психогенно-обусловленные нарушения психики у детей с хроническими болезнями пищеварительной системы // Вопр. охраны материнства и детства.- 1989, т.37, №8.- С.17-21.
11. Сорокоумова А.Ф. Нейро-вегетативные и психоэмоциональные нарушения при гастроуденитах и язвенной болезни у детей и обоснование тактики лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 1992.-26с.
12. Филякова Е.Г., Николаева В.В., Касаткин В.Н. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями (Бронхиальная астма и гастроуденальная патология) // Педиатрия.- 2000, №4.- С.97-103.
13. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.- СПб., 1998.-608 с.
14. Kathol R.G., Noyes R.J., Williams J. Diagnosing depression in patients with medical illness // Psychosomatics 1990; 31 (4): 434-40.