Н.Б. Семенова

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера Сибирского отделения РАМН, Красноярск

Пограничные расстройства в педиатрической практике: рецидивирующие боли в животе у детей

Contacts:

Nadezhda Semenova, Doctor of Medical Science, head of the laboratory of mental health and social adaptation, leading researcher of Federal State Budgetary Institution "Research Institute of Medical Problems of the North"

Address: Partizana Zheleznyaka St., 3G, Krasnoyarsk, 660022, **Tel.:** (391) 228-06-83, **e-mail:** impn@impn.ru, semenova-nadejda237@yandex.ru

Article received: 20.02.2012, **Accepted for publication:** 03.08.2012

60

Жалобы на рецидивирующие боли в животе у детей часто встречаются в практике педиатра. Известно, что около 50% болей имеют психогенную природу, поэтому такие пациенты нуждаются в оказании специализированной психологической или психотерапевтической помощи. Цель настоящей работы состояла в изучении связи рецидивирующих болей в животе у детей с эмоциональными нарушениями и социальной средой в возникновении заболевания. Обследованы дети с рецидивирующими болями в животе (100 человек) и без них (100 человек). В исследовании использовали клинический метод психиатрического интервьюирования, модифицированную методику «Типовое семейное состояние» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса, опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина. Показано, что у 88% детей с рецидивирующими болями в животе имеются жалобы на психическое здоровье: утомляемость (61%), головные боли (62%), нарушения сна (33%), тревогу (46%), расстройства настроения (19%). Среди психогений наиболее значимыми являются стрессовые факторы, связанные со школой. Рецидивирующие боли в животе также могут быть следствием родительской депривации. Таким образом, в специализированной психологической или психотерапевтической помощи нуждаются 65% детей с болями в животе.

Ключевые слова: психология, боли в животе, дети.

ВВЕДЕНИЕ

Педиатру довольно часто приходится сталкиваться с эпизодами периодически возникающих болей в животе у пациентов. Такие жалобы предъявляют от 10 до 25% детей и подростков. Частые «проблемы с животом»

(по крайней мере, 1 раз в нед) наблюдаются у 15% мальчиков и 28% девочек. Манифестация рецидивирующей боли в животе (РБЖ) в большинстве случаев приходится на возраст 5–10 лет, в старшем подростковом возрасте их становится меньше.

N.B. Semenova

Scientific Research Institute of Medical Problems of the North of the Siberian Department of RAMS, Krasnoyarsk

Borderline conditions in paediatrics: relapsing abdominal pain in children

The complaints on relapsing abdominal pain in children are not uncommon in paediatric practice. It is known, that approximately 50% of pains are caused by psychogenic factors, so such patients demand specialized psychological and psychotherapeutic medical care. The aim of this study was to establish the association between relapsing abdominal pain in children with emotional disturbances and social environment in development of this disease. The study included 2 groups of patients — with and without relapsing abdominal pain, 100 children in each group. During the study the authors used the clinical method of psychiatric interviewing, the modified method of E. G. Eidemiller's and V. V. Justitskis's «Standard family condition», A. J. Vargi's and V. V. Stolin's questionnaire of the parental care. It was shown, that 88% of children with relapsing abdominal pain had complaints on mental health: fatigability (61%), headaches (62%), sleep disturbances (33%), anxiety (46%), disturbances of mood (19%). The most significant psychogenies are stress factors related to school. Relapsing abdominal pain can also be caused by parental deprivation. Therefore, 65% of children with abdominal pain need specialized psychological or psychotherapeutic medical care.

Key words: psychology, abdominal pain, children.

Существующий в настоящее время биопсихосоциальный подход рассматривает РБЖ как сложное многофакторное расстройство [1]. Подтверждением этому служат убедительные доказательства высокой роли психосоциальных причин (ежедневные конфликты, стрессовые события в жизни), психопатологических факторов (тревога, депрессия, соматические расстройства), в сочетании с внешними факторами (моделирование поведения, закрепление патологического поведения) в патогенезе функциональной боли в животе.

В настоящее время доказано, что до 50% РБЖ у детей имеют психогенный характер возникновения. По результатам современных исследований, у 13% детей с РБЖ имеют место выраженные эмоциональные нарушения, у 35–40% определяются нарушения умеренной степени [2]. Тем не менее, сделать заключение о психогенном характере боли можно только после исключения всех соматических причин [3]. Поэтому дети с РБЖ должны наблюдаться и обследоваться не только у педиатров или гастроэнтерологов, но также у психологов или психотерапевтов [4–7]. Оказание комплексной помощи позволит избежать развития фиксации внимания больного на болезненных переживаниях и появления ипохондрических черт личности.

Однако, как показывает практика, дети с РБЖ не всегда получают психологическую или психотерапевтическую помощь. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, современная психиатрическая служба ориентирована на оказание помощи детям с выраженной психической патологией, а с другой — педиатры редко направляют детей к специалистам служб психического здоровья, даже если такие специалисты имеются в детской поликлинике.

Для адекватной оценки состояния здоровья пациента педиатру важно знать не только соматические признаки заболевания, но и правильно интерпретировать эмоциональное состояние ребенка, быть знакомым с социальным окружением, уметь устанавливать доверительные отношения с детьми и родителями. Современная терапия детей с РБЖ подразумевает не только соблюдение диеты и медикаментозное лечение, но также активную психологическую поддержку семье [8].

Цель исследования: изучить связь РБЖ у детей с эмоциональными нарушениями и социальным окружением.

МЕТОДЫ

Участники исследования

Обследованы дети в возрасте от 7 до 15 лет с РБЖ, госпитализированные в детское гастроэнтерологическое отделение клиники ФГБУ «НИИМПС» СО РАМН (1-я группа). Численность обследованных составила 100 человек, из них 39 мальчиков и 61 девочка, средний возраст детей 11,5 лет.

Для набора контрольной группы использовали метод подбора пар. В группу вошли дети, обучающиеся в общеобразовательных школах г. Красноярска (100 человек), идентичные по половозрастным характеристикам исследуемой группе, но не имеющие жалоб на боли в животе (2-я группа). Всего обследовано 200 детей.

Методы исследования

Для изучения эмоционального состояния применяли клинический метод полуструктурированного психиатрического интервьюирования. Уровень нервно-психического напряжения и тревожности в домашней и школьной обстановке оценивали при помощи модифицированной методики Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Типовое семейное состояние». Для определения родительского отношения использовали опросник А.Я. Варги и В.В. Столина, который позволяет определить 5 основных типов отношения по следующим шкалам: «принятие-отвержение», «образ социальной желательности», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник».

Статистическая обработка данных

Статистический анализ полученных результатов проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0». Для анализа вида распределения количественных данных использовали критерий Шапиро–Уилка. Сравнение двух несвязанных групп по качественному признаку проводили непараметрическим *U*-методом Манна–Уитни. Сравнение групп по качественному бинарному признаку выполняли посредством критерия χ^2 и точного критерия Фишера. Для исследования силы взаимосвязи показателей вычисляли коэффициент парной корреляции Спирмена (*r*). Различия считали достоверными при $p = 0,05$, т.е. при ошибке 5%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство детей с РБЖ жаловались на нарушение психического здоровья (табл. 1). Жалобы отсутствовали лишь у 12% детей 1-й группы и у 57% детей 2-й группы ($p < 0,001$). Наиболее частая из предъявляемых — повышенная утомляемость (у 61% детей из 1-й группы и у 41% детей из 2-й группы, $p < 0,001$), которая появлялась в школе, чаще после 3–4-го урока. Головные боли чаще встречались у детей 1-й группы (в 62% случаев), тогда как во 2-й группе они имели место лишь в 32% случаев ($p < 0,001$). Большинство детей связывали возникновение головной боли с напряжением на уроках и отмечали уменьшение ее интенсивности после возвращения домой. Нарушения сна отмечали 33% детей с РБЖ ($p < 0,001$), чаще они происходили на стадии засыпания, хотя некоторые обследуемые упоминали также страшные сновидения.

Наряду с вышеперечисленными жалобами 46% детей из 1-й группы страдали беспокойством и чувством внутреннего напряжения. Подобные симптомы у детей 2-й группы встречались лишь в 19% случаев ($p < 0,001$). Беспокойство и тревогу дети чаще связывали с причинами школьного характера: повышенными требованиями в школе, «трудными» уроками или предстоящими контрольными.

Расстройства настроения отмечали 19% детей из 1-й группы и 3% из 2-й ($p < 0,001$). Дети с расстройствами настроения имели тенденцию к повышенной плаксивости, говорили, что им «грустно», «скучно».

При сравнительном анализе жалоб у детей разного пола статистически достоверных различий в группе здоровых детей установлено не было, в то время как в группе детей с РБЖ у девочек чаще, чем у мальчиков,

Таблица 1. Наличие жалоб психического характера

Жалобы	1-я группа (дети с РБЖ)		2-я группа (дети без болей в животе)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Жалоб нет	12	12	57	57	< 0,001
Утомляемость	61	61	41	41	< 0,001
Головные боли	62	62	32	32	< 0,001
Страхи	23	23	12	12	> 0,05
Тревога	46	46	19	19	< 0,001
Нарушения сна	33	33	11	11	< 0,001
Навязчивости	14	14	9	9	> 0,05
Сниженный фон настроения	19	19	3	3	< 0,001

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: РБЖ — рецидивирующая боль в животе.

Таблица 2. Эмоциональное состояние у детей с рецидивирующими болями и у детей без болей в животе

Психический регистр	1-я группа (дети с РБЖ)		2-я группа (дети без болей в животе)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Жалоб нет	12	12	57	57	< 0,001
Астенический	23	23	29	29	> 0,05
Астено-невротический	25	25	11	11	< 0,01
Астено-субдепрессивный	30	30	3	3	< 0,001
Депрессивный	10	10	0	0	< 0,001

фиксировали проблему утомляемости ($p < 0,05$) и головные боли ($p < 0,05$).

При соотнесении полученной информации с основными психическими регистр-синдромами было обнаружено, что уровень психических нарушений у детей с РБЖ чаще представлен астено-невротическим и астено-субдепрессивным регистрами (табл. 2). Астено-невротическая симптоматика отмечалась у 25% детей из 1-й группы и у 11% из 2-й ($p < 0,01$). Среди всех симптомов на первый план выходили жалобы на беспокойство, тревогу, различные навязчивости и страхи, а из всех предъявляемых страхов наиболее часто звучала боязнь школы.

Астено-субдепрессивная симптоматика отмечалась у 30% детей с РБЖ и всего у 3% детей 2-й группы ($p < 0,001$). У детей присутствовала тревога, беспокойство, к которым присоединялся сниженный фон настроения, пока еще не доходивший до клинического уровня депрессии.

У 10% детей с синдромом РБЖ диагностировали депрессивное состояние ($p < 0,01$). В клинической картине на первый план выходили плаксивость, подавленность, сниженный фон настроения, отсутствие прежней радости, пропадал интерес к учебе. Как следствие нарушений психического здоровья у детей данной группы присоединялось снижение школьной успеваемости.

Появление четких симптомов и синдромов у 65% детей с РБЖ свидетельствует о развитии нозоцентрических тенденций. Данная группа пациентов нуждается в специали-

зированной психологической или психотерапевтической помощи. В группе детей без болей в животе нозоцентрическая тенденция была обнаружена всего у 14% ($p < 0,001$).

Для определения значимости школьных и домашних психогенных факторов в возникновении симптоматики РБЖ авторами проведен анализ психического состояния детей в школьной и домашней обстановке (табл. 3). Результаты анализа свидетельствуют о том, что наиболее травматичной для детей обеих групп являлась именно школьная обстановка. В ситуациях, связанных со школой, отмечали более высокие показатели фрустрированности ($p < 0,05$), нервно-психической напряженности ($p < 0,001$) и тревожности ($p < 0,001$). При сравнительном анализе показателей фрустрированности, нервно-психической напряженности и тревожности у детей обеих групп обнаружено, что они выше у детей с РБЖ, особенно в школе ($p < 0,001$). В домашней обстановке у детей с РБЖ выше показатель фрустрированности ($p < 0,01$).

Для определения ассоциации стиля родительского отношения провели опрос родителей детей, у которых имеются боли в животе, и тех, у которых болей нет. Стиль отношения родителей оказался примерно одинаковым во всех семьях. Так, в обеих группах наиболее часто встречался стиль, при котором родитель стремится ощущать себя с ребенком единым целым (шкала «симбиоз»). Процентильный ранг по шкале «симбиоз» у родителей мальчиков 1-й группы составлял 70,6 (интерквартильный размах = 57,9–92,9), девочек — 77,8 (74,0–86,6),

Таблица 3. Показатели психического состояния у детей в школьной и домашней обстановке

Показатель	1-я группа (дети с РБЖ)	2-я группа (дети без болей в животе)	p
Школьная обстановка			
Фрустрированность	10,01 (7,0–12,0)	7,5 (6,0–9,0)	< 0,001
Эмоциональная напряженность	10,6 (8,0–12,0)	9,1 (6,0–11,0)	< 0,01
Тревожность	16,6 (14,0–20,0)	12,5 (9,0–16,0)	< 0,001
Домашняя обстановка			
Фрустрированность	8,3 (5,0–10,0)	6,7 (4,5–8,0)	< 0,01
Эмоциональная напряженность	8,3 (6,0–10,0)	7,4 (5,0–9,0)	> 0,05
Тревожность	10,5 (7,0–13,0)	9,3 (6,0–12,0)	> 0,05

Примечание. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и интерквартильного размаха.

$p > 0,05$. Показатель родительского отношения по шкале «симбиоз» у родителей мальчиков 2-й группы составил 76,7 (57,9–92,9), девочек — 80,7 (74,9–92,9), $p > 0,05$.

На 2-е место в обеих группах вышел авторитарный стиль родительского отношения, отражающий контроль поведения ребенка, безоговорочное послушание и дисциплину (шкала «авторитарная гиперсоциализация»). Показатель отношения по данной шкале у родителей мальчиков 1-й группы составлял 63,0 (32,1–83,8), для девочек 1-й группы — 73,8 (69,3–83,8), $p > 0,05$. Процентильный ранг по шкале «авторитарная гиперсоциализация» у родителей мальчиков 2-й группы был равен 66,6 (53,9–95,7), для девочек 2-й группы он составил 73,6 (68,8–83,8), $p > 0,05$.

На 3-м месте оказался стиль, при котором родитель видит своего ребенка маленьким, социально несостоятельным, неприспособленным к жизни, открытым для дурных влияний (шкала «маленький неудачник»). В связи с этим он старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия. Процентильный ранг по шкале «маленький неудачник» у родителей мальчиков 1-й группы был равен 60,3 (45,6–70,3), девочек — 64,3 (45,6–70,3), $p > 0,05$, в то время как у родителей мальчиков и девочек 2-й группы — 67,3 (45,6–84,1) и 60,9 (45,6–70,3), $p > 0,05$, соответственно.

На последнем месте находился социально желательный образ отношения, при котором родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем ему помочь, высоко оценивает его интеллектуальные и творческие способности, испытывает чувство гордости за него, поощряет инициативу и самостоятельность, старается быть с ним на равных (шкала «образ социальной желательности поведения»). При таком стиле отношений родитель доверяет ребенку и старается встать на его сторону в спорных вопросах. Процентильный ранг по шкале «кооперация» у родителей мальчиков и девочек из 1-й группы составил, соответственно, 39,7 (31,2–48,8) и 37,3 (31,2–48,8), $p > 0,05$, у родителей 2-й группы — 33,5 (19,2–48,8) и 35,5 (31,2–48,8), $p > 0,05$.

Помимо вышеперечисленного установлено, что в семьях девочек, имеющих жалобы на РБЖ, чаще встречался стиль отношений, когда родитель восприни-

мает ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым (шкала «принятие-отвержение» с пиком на полюсе «отвержение»). Процентильный ранг по шкале «принятие-отвержение» у родителей девочек 1-й группы составил 45,6 (31,0–68,4), для девочек 2-й группы — 33,4 (12,02–31,0), $p < 0,05$. Родителю кажется, что ребенок не добьется в жизни успеха из-за отсутствия способностей, небольшого ума, дурных наклонностей, он не доверяет ребенку и не уважает его, испытывает к нему негативные чувства: злость, раздражение, досаду, обиду.

Родители девочек из 2-й группы в своем отношении стремились к противоположному полюсу данной шкалы (полюс «принятие»). Они принимали ребенка таким, какой он есть, испытывали уважение к детской индивидуальности, проявляли чувство симпатии, стремились проводить много времени вместе с ребенком, разделяли его интересы и планы ($p < 0,05$). При выполнении корреляционного анализа у детей обоих полов определялась положительная взаимосвязь между выраженностью тревоги в домашней обстановке и шкалой родительского отношения «отвержение» ($r = 0,3$, $p < 0,05$). У девочек, помимо этого, отмечалась положительная корреляция между уровнем нервно-психической напряженности в школьной обстановке и шкалой «отвержение» ($r = 0,32$, $p < 0,001$). Авторы полагают, что жалобы на РБЖ могут быть следствием родительской депривации, в особенности у девочек.

ОБСУЖДЕНИЕ

Дети с РБЖ чаще, чем обследуемые из контрольной группы, обнаруживали состояние психического нездоровья ($p < 0,001$). В числе предъявляемых жалоб наиболее часто встречались повышенная утомляемость (61%), головные боли (62%), тревога (46%) и нарушения сна (33%). Уровень психических расстройств у детей с РБЖ был представлен астено-невротическим и астено-субдепрессивным регистр-синдромом, у каждого 10-го ребенка диагностировали депрессивное состояние. У 35% детей с РБЖ имевшиеся нарушения не достигали клинически очерченной картины психических расстройств, однако у 65% появление четко очерченных синдромов свидетельствовало о развитии нозоцентрических тенденций. Данная группа детей нуж-

дается в оказании специализированной психолого-психотерапевтической помощи.

Из психогенных факторов наиболее травмирующими являлись ситуации, связанные со школой. В школьной обстановке у детей с РБЖ был выше показатель фрустрированности ($p < 0,001$), нервно-психической напряженности ($p < 0,001$) и тревожности ($p < 0,001$).

Факторы, ассоциированные с семейным окружением, для детей школьного возраста оказались менее стрессовыми. Стиль родительского отношения в семьях детей обеих групп был примерно одинаков. Однако в семьях девочек с РБЖ чаще встречался стиль отношения в виде «отвержения» ($p < 0,05$), что свидетельствует о возможном появлении болей в ответ на родительскую депривацию.

Сделать вывод о психогенной причине РБЖ врач может только после исключения всех соматических причин. Однако следует помнить, что если боль имеет психогенный характер, то при оказании помощи предпочтение отдается психосоциальным методам воздействия. Система психосоциального воздействия включает в себя коррекцию условий обучения в школе и санирование окружающей среды (близкого семейного окружения). В большинстве случаев такие дети могут и должны посещать школу, т.к. гиперопека родителей и преувеличение симптомов заболевания способствуют концентрации внимания на боли, формированию ипохондрических черт личности и «уходу в болезнь».

Дети, имеющие эмоциональные нарушения, нуждаются в оказании специализированной психолого-психотерапевтической помощи. Проведение психокоррекционных мероприятий включает в себя работу с ребенком и его семьей, установление нормальных детско-родительских отношений. Если у ребенка имеются такие черты характера, как робость, неуверенность, нерешительность, повышенная тревожность, показано проведение индивидуальной или групповой психокоррекции для повышения самооценки, выработки навыков саморегуляции и снятия мышечного напряжения. Медикаментозная терапия транквилизаторами или антидепрессантами проводится по показаниям при наличии клинически выраженных страхов, тревоги, депрессии или других симптомов эмоционального неблагополучия. Именно поэтому педиатру важно помнить о том, что детей с подобными расстройствами следует обязательно

направлять на консультацию к психотерапевту или клиническому психологу.

Для своевременной диагностики перечисленных нарушений у ребенка авторы предлагают использовать в беседе с родителями разработанный ими краткий опросник оценки эмоционального состояния.

Краткий опросник оценки эмоционального состояния детей (Н. Б. Семенова)

«Отмечали ли Вы, что Ваш ребенок за последние 3 мес:

- часто устает, быстро утомляется;
- жалуется на головные боли;
- боится новых вещей или новых ситуаций;
- нередко испытывает беспокойство по незначительным причинам;
- спит беспокойно, часто просыпается;
- сосет палец;
- грызет ногти или обкусывает кожу пальцев;
- часто плачет или выглядит несчастным».

При наличии 3 и более положительных ответов ребенка следует направить на консультацию к психотерапевту или клиническому психологу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У 88% детей с РБЖ имелись отклонения в психическом здоровье. Наиболее частыми были жалобы на повышенную утомляемость, головные боли, нарушения сна, тревогу, у 19% детей с РБЖ отмечали изменения настроения. В психологической или психотерапевтической помощи нуждались 65% из них.

Среди психогений у детей школьного возраста наиболее значимыми оказались стрессовые факторы, связанные со школой, на что указывал высокий уровень фрустрированности, нервно-психической напряженности и тревожности в школьной обстановке. Жалобы на РБЖ также могут быть следствием родительской депривации, особенно у девочек.

Пациенты, имеющие эмоциональные нарушения, нуждаются в оказании специализированной психологической или психотерапевтической помощи, поэтому наличие жалоб такого характера у детей с РБЖ является показанием для направления их на консультацию к психологу или психотерапевту.

REFERENCES

1. Li B.U. Functional abdominal pain in children: new understanding, diagnostic criteria, and treatment approaches. *Pediatr. Ann.* 2009; 38 (5): 241–242.
2. Schurman J., Danda C.E., Friesen C.A. et al. Variations in psychological profile among children with recurrent abdominal pain. *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2008; 15 (3): 241–251.
3. Russu G., Russu R. Psychogenic pain in children. *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.* 2008; 112 (2): 327–330.
4. Bremner A., Sandhu B. Recurrent abdominal pain in childhood: the functional element. *Indian Pediatr.* 2009; 46 (5): 375–379.
5. Brent M., Lobato D., LeLeiko N. Psychological treatments for pediatric functional gastrointestinal disorders. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2009; 48 (1): 13–21.
6. Eccleston C., Palermo T., Williams A. et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; 15 (2): CD003968.
7. Palermo T., Eccleston C., Lewandowski A. et al. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain.* 2010; 148 (3): 387–397.
8. Ammouy R., Pfefferkorn M., Croffie J. Functional gastrointestinal disorders: past and present. *World J. Pediatr.* 2009; 5 (2): 103–112.