

О влиянии некоторых психологических факторов на формирование язвенной болезни у детей и подростков

Белорусский государственный медицинский университет, Минская городская детская больница № 3, Минская городская детская больница имени Н. Е. Савченко

О причинной обусловленности язвенной болезни сформулировано много теорий. Одна из самых ранних, предложенная в 1852 году Gunzburg, о действии желудочного сока, его кислотной фракции.

Вскоре после этого Virchow предложил теорию о локальном уменьшении кровоснабжения в стенке желудка.

В возникновении язвенной болезни обвиняли отдаленные инфекции, такие как кариес, аллергии, пищевые дефициты.

Курение, алкоголь, кофе были рассмотрены как факторы, повышающие уязвимость слизистой оболочки.

Гипотеза, вовлекающая желудочную кислоту как основной механизм в патогенезе дуоденальной язвы, получила поддержку в работах Fordtran и Walsh, которые наблюдали, что выделение желудочной кислоты во время еды у людей с язвенной болезнью больше, чем у контрольной группы.

Нервные механизмы были давно известны. Причиной этих механизмов является эмоциональное напряжение. В ситуациях беспокойства, во время негодования можно выявить резкое увеличение выделения соляной кислоты в желудке и нарушение выделения пепсина. Есть доказательства, что в формировании многих висцеральных болезней играют роль психические нарушения. У людей с язвами отмечены широкие колебания выделения соляной кислоты, синхронные с быстрым движением глазных яблок во время сна.

«Была установлена связь между пищеварительной системой и психологическими факторами (David G. Folks, F. Cleveland Kinney-The Role of Psychological Factors in Gastrointestinal Conditions). Например, экспериментально индуцированный эмоциональный стресс затрагивал деятельность пищеварительной системы. Подозревают, что язвенная болезнь также имеет психологическое начало. Такие необходимые условия возникают вторично в связи с недостаточностью защиты слизистой оболочки на протяжении всего желудочно-кишечного тракта».

William Beaumont, канадский хирург, задокументировал связь между гневом и увеличением выделения желудочного сока. Им же отмечены среди главных этиологических факторов язвенной болезни табакокурение, злоупотребление аспирином и использование кортикостероидов. Влияние алкоголя на возникновение заболевания доказано не было.

Folks и Kinney в своих работах предположили, что в этиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеют место разные факторы. Дуоденальные язвы ассоциируются с избыточной секрецией желудком соляной кислоты; при язве желудка-длительное отсутствие пищи. Дуоденальная язва чаще встречается у мужчин, но нет зависимости от пода 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.

Хорошо известен своими психосоматическими гипотезами Franz Alexander. Он предполагал, что пациенты с дуоденальной язвой имеют сильную потребность в любви и заботе, которая чаще остается нереализованной, а в последующем приводит орально зависимому поведению.

Alexander с коллегами применили психоаналитический принцип изучения больных с язвенной болезнью и пришли к выводу, что пациенты с дуоденальной язвой находились в состоянии внутриличностного конфликта. С одной стороны, они имели настойчивое сильное желание в младенчестве быть любимыми, с другой стороны, неудовлетворенность этих желаний. Исследователи предположили, что данное состояние вызывает напряжение (ожидание), приводящее к повышению секреции желудочного сока до того уровня, который имеет нормальный желудок в момент ожидания поступления еды. Это является символическим атрибутом необходимости принятия чего-либо, с целью получения удовлетворения с последующей релаксацией. На уровне поведения это проявляется оральными расстройствами. Другими словами, это конфликт между бессознательным желанием быть в зависимой роли и желанием быть независимым и зрелым.

Weisman (1956) отметил, что действительно существует внутренний конфликт между желаемым и действительным, и что орально-зависимое желание - это специальный аспект этого пассивно-активного конфликта.

Weiner и его сотрудниками было исследовано 2 073 военнослужащих с использованием психологического тестирования и определением уровня пепсиногена, который коррелирует с базальными нормами секреции желудочного сока.

Из 2 073 человек, набранных в армию, создали две группы - 63 человека с гиперсекрецией, 57 с гипосекрецией. Провели одновременно радиографические исследования ЖКТ, психологическое тестирование и эти же исследования снова повторили через некоторое время. В ходе первого исследования обнаружили четверых мужчин с язвой, трое в состоянии ремиссии и один с язвой в активной стадии (среди группы с гиперсекрецией). В результате второго исследования в этой группе обнаружили еще пять добавочных случаев среди военнослужащих, у которых зафиксирован высокий уровень базального пепсиногена после конфликтов с властью. Что согласуется с теорией F. Alexander.

Исследователи изучили персональные характеристики и стрессовые события (которые индуцируются в армии). Эмоциональное побуждение, тревога, гнев связаны с увеличением секреции соляной кислоты и пепсина. У пациентов с язвой отмечены личностные характеристики, такие как, враждебность, раздражительность, гиперчувствительность, которые коррелируют с концентрацией пепсиногена ($r < 0,005$).

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. Alexanders на основе психоанализа многих пациентов предположил о психологическом голоде у пациентов с язвой, соответствующем голоду желудка. 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. 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.

В результате исследований (Яргина О. А., Петрова Е. В., Чередниченко А. М. «Язвенная болезнь как психосоматическое заболевание у детей подросткового возраста») было установлено, что язвенная болезнь у детей и подростков протекает на фоне нестабильного эмоционального статуса.

Среди стрессовых факторов, влияющих на эмоциональное состояние детей и приводящих к возникновению язвенной болезни, рассматривают нарушенные внутрисемейные отношения, конфликтные взаимодействия со сверстниками, «школьные» проблемы и др.

Актуальность: в связи с увеличением частоты встречаемости язвенной болезни среди детей и подростков, а также не всегда обеспечивающим длительные ремиссии традиционным медикаментозным лечением, нами было принято решение провести исследование для уточнения вышеизложенных теоретических положений на популяции детей из Республики Беларусь.

Цель: изучение отношения родителей (прежде всего матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли); оценка родительско-детского контакта с точки зрения его оптимальности; предложение рекомендаций по коррекции родительско-детских отношений на основании полученных данных.

Материал и методы

исследования. Обследовано 15 матерей (из отобранных 40) дети (возраст 5-16 лет) которых страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ и на момент исследования проходили лечение в гастроотделениях 3 и 4 ДГКБ г. Минска. 25 матерей, которым предложено было участвовать в исследовании, не вернули предложенные опросники, несмотря на предварительно полученное согласие.

Исследование проводилась с использованием опросника «Измерение родительских установок и реакций» PARI (Parental attitude research instrument) (Е.С.Шефер, Р.К. Белл, адаптация Т.В.Нещерт). Данный опросник позволял оценить отношение родителей (прежде всего матерей) к различным сторонам семейной жизни (семейная роль); специфику внутрисемейных отношений, особенно организацию семейной жизни, а также определить особенности характера и поведения, оценка которых производилась по следующим признакам: вербализация, чрезмерная забота, зависимость от семьи, подавление воли, ощущение самопожертвования, опасение обидеть, семейные конфликты, раздражительность, излишняя строгость, исключение внутрисемейных влияний, сверхавторитет родителей, подавление агрессивности, неудовлетворенность ролью хозяйки, партнерские отношения, развитие активности ребенка, уклонение от конфликта, безучастность мужа, подавление сексуальности,

доминирование матери, чрезмерное вмешательство в мир ребенка, уравненные отношения, стремление ускорить развитие ребенка, несамостоятельность матери.

Также изучались отдельные аспекты отношений: отношение к семейной роли; эмоциональный оптимальный контакт; излишняя эмоциональная дистанция; излишняя концентрация на ребенке; хозяйственно-бытовые, «педагогические» и межсупружеские аспекты отношений; отсутствие эмоциональной моральной поддержки; интегрированность семьи.

Статистическая обработка с помощью программы SPSS13.0 (методы описательной статистики, корреляционный анализ, ANOVA и многофакторный дисперсионный анализы).

Результаты исследования. Из 23 аспектов-признаков, касающихся разных сторон семейной жизни обследованных матерей высокие баллы, а соответственно и выраженность признака были по следующим шкалам:

- вербализация (побуждение словесных проявлений) - как свидетельство того, что мать оказывает большое словесное влияние на ребенка, настаивает на выполнении своих

- требований, стремится использовать убеждения с тем, чтобы добиться послушания, часто прибегает к крикам, жалобам, ругани;

- опасение обидеть (создание условий безопасности) - родительско-детские отношения построены на повышенном, обостренном внимании и заботе, чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, запретах, ограничениях;

- сверхавторитет-мать считает, что ребенку не следует предоставлять много свободы и прав, что он должен во всем подчиняться ее воле, авторитету. Не случайно мать в своей воспитательной практике, стремясь выработать у ребенка дисциплинированность, как правило, не оставляет ему возможности для выбора вариантов поведения, ограничивает его самостоятельность, лишает права возражать старшим, даже если ребенок прав. Такая мать чаще всего не дает себе труда хоть как-то обосновывать свои требования. Наиболее часто встречающийся способ дисциплинарного воздействия-запугивания, угрозы;

- партнерские отношения, уравненные отношения - мать своими поступками стремится завоевать расположение ребенка, модель родительско-детских отношений построена по ложной схеме равенства прав и привилегий, так как интерес к жизни ребенка имеет под собой стремление получить информацию о детско-родительских отношениях, провести ее анализ и произвести действия, направленные на их коррекцию;

- развитие активности ребенка - мать настаивает на необходимости ребенка учиться жизни, устанавливает обязанности, не соответствующие его возрасту, а ребенок боится ее разочаровать, принимает взгляды старшего за основу своего развития;

- чрезмерное вмешательство в мир ребенка - проявляется в желании матери делать все, чтобы знать, о чем думает ребенок; знать его тайные мысли или быть убежденной в том, что у него нет тайн;

- несамостоятельность-инфантильность матери;

- минимальные стремления к уклонению от конфликта - свидетельство отсутствия желания избегать конфликтов, решать возникшие задачи мирным путем. Частые конфликты приводят к постоянной настороженности, страху ребенка перед родителями.

При изучении отдельных аспектов семейно-ролевых отношений, отмечены высокие показатели (>7 стеновых оценок) практически по большинству признаков, за исключением межсупружеских аспектов отношений. Охарактеризуем их в порядке убывания величины показателей и значимости:

1. Отношение к семейной роли включает ограниченность интересов женщины рамками семьи, ощущения самопожертвования в роли матери, семейные конфликты, сверхавторитет родителей, доминирование матери, «безучастности» мужа, неудовлетворенность ролью хозяйки, несамостоятельность матери. Из 8 признаков характеризующих преимущественно отношение к семейной роли только по двум «сверхавторитет родителей» и несамостоятельность имеют высокие баллы. Проведенный корреляционный анализ показал что, актуализация сверхавторитета матери тесно связано с ощущением самопожертвования в роли матери ($r=0,82$; $p<0,01$) и внутренней раздражительностью ($r=0,57$; $p<0,05$). Несамостоятельность матери в основном обусловлена ощущением самопожертвования и семейными конфликтами ($r=0,5$; $p<0,05$), приводит к раздражительности ($r=0,67$; $p<0,01$), вынуждает постоянно подчеркивать и поддерживать роль сверхавторитетного родителя ($r=0,54$; $p<0,05$). Наиболее значимо, что несамостоятельность матери формирует поведение ограждающее себя и всех членов семьи от внешних влияний и критики, а также сверхконтроль над поведением ребенка ($r=0,82$; $p<0,01$).

2. «Педагогические» аспекты отношений подчеркивают стремление матери убедить ребенка в том, что она делает для него очень много, и таким образом укрепить авторитет матери в глазах ребенка.

3. Излишняя эмоциональная дистанция-включает в себя раздражительность, вспыльчивость, суровость, излишнюю строгость, уклонение от контакта с ребенком;

4. излишняя концентрация на ребенке-высокий показатель как признак чрезмерной заботы, создания безопасности, опасения обидеть, установления отношений зависимости, преодоления сопротивления, подавления воли, агрессивности, сексуальности, чрезмерного вмешательства в мир ребенка, стремления ускорить его развитие;

5. Хозяйственно-бытовые аспекты отношений-мать руководит домом, мужем и детьми, организует быт семьи посредством установления своей власти, боится остаться одной в первые годы воспитания ребенка;

6. Межсупружеские аспекты отношений-низкие показатели указывают на нестабильность среды для развития личности, собственной и партнера; отсутствие эмоциональной моральной поддержки.

Оценка межсупружеских отношений матерями дала следующие результаты: 21,4% среди опрошенных матерей согласны с утверждением, что если бы отцы не мешали в воспитании детей, матери бы лучше справлялись с детьми - стремление исключить власть отца в развитии и установлении жизненных позиций ребенка. Чем больше выражена инфантильность и несамостоятельность матери из-за низкой самооценки, тем больше она стремится подчеркнуть безучастность мужа в воспитании ребенка ($r=0,65$; $p<0,01$). 60% указали на недостаток участия отца в воспитании ребенка - следствие разинтегрированность семьи в результате авторитарного способа материнского воспитания, при котором основную роль на себя берет мать, стремясь свести до минимума влияние на ребенка других членов семьи, в том числе и отца ($r=0,67$; $p<0,01$). В поведении таких матерей прослеживается некоторая парадоксальность. С одной стороны, мать стремится подчеркнуть

безучастность мужа, что позволяет формировать более тесный контакт с ребенком и проявлять гиперопеку по отношению к нему ($r=0,68$; $p<0,01$). Казалось бы, цель достигнута. Но несмотря на это, семейные конфликты учащаются ($r=0,7$; $p<0,01$) и раздражительность матери увеличивается ($r=0,59$; $p<0,01$). С возрастанием конфликтности ($r=0,88$; $p<0,01$), раздражительности ($r=0,88$; $p<0,01$) и неудовлетворенностью ролью домохозяйки ($r=0,68$; $p<0,01$) все больше активизируется охранительное поведение и гиперопека в отношении ребенка.

В подтверждение этому служат статистические данные, полученные с использованием метода корреляционного анализа. В сложившейся ситуации мать ощущает себя жертвой обстоятельств, что ведет к нарастанию раздражительности (одна из причин конфликтов). Женщина стремится завоевать авторитет в глазах мужа и ребенка, чтобы потом получить вознаграждение в виде ласки, внимания, уважения и предпринимает попытку управлять ими,

контролировать их поведение, действия и даже ход мыслей. Сопротивление этому со стороны супруга приводит к возникновению конфликтных ситуаций. Сценарий совершенно бессознательным образом развивается так, что муж становится в роли жертвы.

«Подавляемый» муж с целью избежать конфликта становится безучастным в воспитании ребенка, таким образом, еще осложняя складывающуюся ситуацию. Естественно, это усугубляет возмущение матери, усиливает ее раздражительность и недовольство мужем, провоцирует новые конфликты, еще больше осложняя межсупружеские отношения, отдаляя супругов. 53,3% опрошенных матерей расценили межсупружеские отношения, как плохие и

отмечали подавление сексуальности. Чем больше проявлялась инфантильность матери, тем больше подавляется сексуальность ($r=0,55$; $p<0,05$), а в качестве защитного поведения такая мать «жестче» вмешивалась в мир ребенка ($r=0,54$; $p<0,05$).

Большинство признаков, характеризующих отношение к семейной роли, являются для матерей менее проблемными, но многие из них взаимосвязаны с признаками, характеризующими неконструктивный контакт с ребенком. Преследуя свою цель, мать видит единственный способ утверждения авторитета-оказание влияния на ребенка. Ощущая непонимание со стороны мужа, женщина боится обидеть и ребенка, поэтому предпринимает попытку установить с ним партнерские отношения ($r=0,68$; $p<0,01$). Такие отношения позволяют знать многое или почти все о ребенке, его интересах, мыслях о семье, каждом из родителей, о его тайнах, об отношениях с противоположным полом. Это приводит к контролю все сфер жизни ребенка, если нужно, подавляет его волю сексуальность ($r=0,56$; $p<0,05$), исключает внутрисемейное влияние отца. Боясь изменения взглядов ребенка, женщина хочет оградить его от влияния окружающего мира, проявляя излишнюю строгость. Чрезмерное вмешательство в мир ребенка, подавление его воли и желаний вызывает стремление уйти от контроля и ведет к излишней эмоциональной дистанции, напряжению, утрате оптимального эмоционального контакта ($r=-0,53$; $p<0,05$). Установление более строгого контроля тормозит развитие ребенка ($r=0,52$; $p<0,05$). Выполнение роли идеальной хозяйки, которая вызывает неудовлетворенность и дискомфорт, но в данной ситуации является необходимой для интеграции семьи. Ограждая ребенка от внешних влияний, ограничивая его контакты мать проявляет излишнюю строгость ($r=0,61$; $p<0,05$), раздражительность ($r=0,56$; $p<0,05$), пытаясь любыми способами

сдерживать агрессивность ($r=0,64$; $p<0,05$). Иногда для осуществления сверхконтроля над ребенком мать устанавливает партнерские отношения с мужем ($r=0,84$; $p<0,01$), но при этом повышается ее раздражительность ($r=0,65$; $p<0,05$) и чувство самопожертвования ($r=0,71$; $p<0,01$).

Выводы:

в формировании язвенного заболевания ребенка играют роль некоторые ♣ характерологические особенности матери (стремление к установлению сверхавторитета, несамостоятельность, склонность к чрезмерному вмешательству в мир ребенка, склонность к конфликтам и др.) и родительско-детских отношений; воспитание детей, страдающих эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ ♣ происходит в семьях с нарушенными родительско-детскими и меж-супружескими отношениями (на основании корреляционного анализа); полученные данные необходимо использовать для построения программ лечения ♣ (с учетом психологических особенностей семьи и одновременным оказанием психотерапевтической помощи матери).

Литература

1. Слепкова, В. И. Психодиагностика семейных отношений. М., 2006. 196 с.
2. R. Dean Coddington, M.D. Peptic Ulcers in Children. 1968.
3. David, G. Folks, M.D. F.Cleveland Kinney, M.D., Ph.D The Role of Psychological Factors in Gastrointestinal conditions. 1992.
4. Alexander, F. et al. The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. Psychiat. Quart., 3:501, 1934.
5. Berg, R. M. et al. Peptic Ulcers in Children. J. Lancet, 423 - 427, 1960.
6. Blodgett, F. M. Children with Peptic Ulcers. J. Pediat., 62:280 - 281, 1963.
7. Coddington, R. D. Gastric Secretion During Sleep in Identical Twin Infants. Psychosom. Med., In Press, 1967.
8. Wiesman, A. D. A Study of the Psychodynamics of Duodenal Ulcer Exacerbations. Psychosom. Med., 18:2 - 42, 1956.
9. Wolf, S. and Wolff, H. G. Human Gastric Function. New York: Oxford Univ. Press, 1943.
10. Wolf, S. and Wolff, H. G.: Human Gastric Function, 2nd Ed. New York: Oxford Univ. Press, 1947.
11. Selye, H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill Book Co., 1956.
12. Mirsky, I. A. et al. Uropepsin Excretion by Man: I. The Source, Properties and Assay of Uropepsin. J. Clin. Invest., 27:818, 1948.
13. Mirsky, I. A. Physiologic, Psychologic, and Social Determinants in the Etiology of Duodenal Ulcer. Amer. J. dig. Dis., (new series) 3:285 - 314, 1958.
14. Krakowski, A. J. Management of the Emotionally Ill Child. New York J. Med. 64: 2270, 1964.
15. Krakowski, A. J. Treatment of Psychosomatic Gastrointestinal Reactions in Children. Dis. Nerv. Syst., 27:403, 1966.
16. Crohn, B. B. Psychosomatic Factors in Ulcerative Colitis. New York J. Med. 63:1456, 1963.
17. Noyes R., Cook B., Garvey M, et al. Reduction of Gastrointestinal symptoms following treatment for panic disorder. Psychosomatics 31: 75 - 79, 1990.