

4

1985

ПЕДІАТРІЯ

АБУШЕРСТВО
І ПНЕРКОЛОГІЯ

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

В. А. СКУМІН

Кафедра психотерапії (зав.— проф. А. Т. Філатов) Укр. ІУЛ

В останні роки усе більшого значення надається дослідженню ролі психічних факторів в етіології, патогенезі, клініці та перебігу різних хвороб внутрішніх органів, взаємозв'язку і взаємообумовленості психічних і соматичних розладів. Ставиться завдання розробки психологічних аспектів комплексного лікування таких дітей [1, 2, 4, 9].

При цьому підкреслюється, що саме психічні, а не фізичні зміни обумовлюють у кінцевому підсумку соціальну дезадаптацію дітей з хронічними захворюваннями. Зарубіжні педіатри використовують навіть особливий термін «unexplained disability» (невиправдана неспроможність, не пояснювана інвалідизація) у тих випадках, коли втрата працездатності у соматично хворих дітей не може пояснюватися лише тяжкістю їх фізичного статусу, а визначається психологічними причинами [7, 9].

Якщо у вивченні психічного аспекту кардіології, пульмонології і деяких інших галузей педіатричної науки уже накоплено певний досвід, то відносно патології гепатобіліарної системи у дітей є лише поодинокі, іноді суперечні повідомлення [2, 3, 5].

У даній праці узагальнено результати спостереження 75 дітей (33 дівчинки і 42 хлопчики) віком 6—14 років з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи (холециститом, холангітом, холецистохолангітом, гепатитом) і супутніми непростусальними порушеннями нервово-психічної сфери.

Психічні відхилення у 52 дітей розцінено як неврозоподібні, у 18— як невротичні. Основу останніх склали психогенні фактори, психотравмуюча ситуація в сім'ї, дитячому колективі, що позначилося на особливостях клінічної картини і динаміці психопатологічних відхилень. Під неврозоподібними розумілися розлади невротичного рівня реагування соматогенного походження, що характеризувалися клінічними проявами, не властивими неврозам. Типовими для них були бідність симптоматики, органічне забарвлення, відсутність зв'язку з психотравмуючими факторами, відсутність загального невротичного складу і вираженої реакції особистості на наявні відхилення.

У структурі невротичних і неврозоподібних порушень провідним психопатологічним синдромом був астеничний, що проявлявся подразливою слабкістю, підвищеною втомлюваністю, головним болем, емоціональною лабільністю, вегетативними порушеннями, дисомнією. Нерідко в структурі синдрому відмічались іпохондричний, фобічний, депресивний радикали.

Необхідно підкреслити, що наявність пограничних порушень психічної діяльності істотно утруднювала перебіг і лікування основного захворювання. Викликається це двома основними причинами. По-перше,

діти з аномаліями психіки звичайно схильні до порушення установленого режиму, невиконання лікарських рекомендацій (що особливо позначається на перебігу хвороб гепатобіліарної системи), конфліктів з персоналом, агравації або дисимуляції тих або інших соматичних симптомів. По-друге, наявну у дітей психопатологію лікарі та інші співробітники медичного закладу схильні інтерпретувати не як прояв захворювання, а як грубість, неслухняність, хуліганські вчинки та ін.

Зазначене, зрозуміло, не сприяє взаєморозумінню між персоналом, дитиною та її родичами, є однією із причин виникнення конфліктних ситуацій, які, у свою чергу, негативно впливають на процес лікування. Самі юні пацієнти страждають від тілесної і душевної недуги, від нерозуміння з боку медиків і батьків, від того, що ніхто не може допомогти їм розібратися в собі, у своїх проблемах, зв'язаних, зокрема, і з станом здоров'я.

Стан ускладнюється й тим, що не кожній дитині з захворюванням гепатобіліарної системи, яка потребує психокорекції, можна застосовувати психофармакологічні препарати, перш за все внаслідок їх гепатотоксичної дії, підвищеної алергізації даного контингенту хворих, а також небезпеки звикання, яка у дитячому віці формується досить швидко [6, 8]. Усе це змушує звернутися до методів немедикаментозного лікування і перш за все до психотерапії.

Спрямовану психотерапевтичну роботу здійснювали з 48 дітьми (основна група), а спостереження — за 27 (контрольна група). В системі психотерапії застосовувалися за показаннями гіпнозугестія, вплив наяву, аутогенне тренування, раціональна, непряма, сімейна психотерапія та інші методи. При лікуванні конкретного хворого як провідні використовували звичайно 2—3 методи (наприклад, гіпноз, аутотренінг, непряму психотерапію), решту ж, при необхідності, підключали у вигляді взаємопотенціюючих елементів.

Основними завданнями психотерапевтичного впливу були: корекція і запобігання психічним порушенням, потенціювання і опосередкування лікувально-діагностичних процедур, проводжуваних з приводу основного захворювання, вплив на його психічну складову, психологічна адаптація дітей до умов стаціонара, формування у пацієнтів установки на боротьбу з хворобою і чітке виконання усіх лікарських призначень.

Індивідуальна психотерапевтична тактика будувалася з урахуванням етапу розвитку психіки (сенсомоторного, афективного, ідеаторного) дитини, специфіки нервово-психічної і соматичної патології, особливостей формування особистості, типу виховання в сім'ї, присутності батьків

за місцем лікування дитини. Ураховувався і такий важливий фактор, як впливовість і гіпнабельність (податливість гіпнозу).

Гіпнотерапію застосовували у комплексі лікування 32 дітей віком 9—14 років, гіпнабельність яких була високою і дуже високою. Курс складав 8—12 занять, проводились як індивідуальні, так і групові сеанси. Розроблена нами структура сеансів включала 5 періодів: психоемоціональне настроювання на сеанс, поринання у гіпнотичний стан, проведення лікувальних впливів (загальних та індивідуальних), виведення із гіпнотичного стану, заключний період.

Завданням першого періоду було заспокоєння дитини, прийняття нею потрібного положення, психологічна підготовка до лікувального впливу. Як показали спостереження, діти, на відміну від дорослих, у більшості випадків самостійно настроїлися на сеанс не можуть. Одні — внаслідок своєї рухової активності, інші — бентежяться, навіть лякаються, треті — зовсім інертні, четверті — настроєні іронічно. Тому в педіатричній практиці даний період цілком необхідний. Розміщували дітей в кабінеті так, щоб вони зі своїх місць не бачили одне одного, що досягалось за допомогою ширм, легких перегородок та ін. Нівелювати особливості психоемоціонального стану дітей допомагала музика. Підбиралися фрагменти із заспокійливим, своєрідним, заворожуючим звучанням. Через деякий час музику поступово приглушували, і вона як фон звучала до закінчення третього періоду. Створенню потрібного психологічного настрою сприяло підсвітлювання з використанням неяскравих зелених, синіх, фіолетових тонів. Психотерапевт допомагав дітям прийняти потрібне положення, заспокоював їх поглядом, жестом, легким дотиком.

Така підготовка значною мірою сприяла реалізації мети другого періоду — поринання дитини у потрібну стадію гіпнозу. Для цього застосовували диференційований, залежно від віку, мовний вплив, а також невербальну техніку, яка у дитячому віці має особливе значення. Широко використовували паси (зверху вниз), фіксацію погляду, метроном (частота ударів 40 на хвилину), викликання емоціонально-протопатичних позитивних рефлексів.

Після досягнення потрібної стадії гіпнотичного сну (легкої, середньої, глибокої) починався період проведення лікувальних впливів. Формули їх будувалися індивідуально відповідно до поставлених психотерапевтичних і психопрофілактичних завдань і запасу знань пацієнтів. Чим молодшою була дитина, тим простіше і конкретніше складалися сугестії.

Так, у дітей віком 9—12 років з болем у правому підребер'ї, обумовленим дискінезіями жовчовивідних шляхів, дійовою була така техніка. Перед початком сугестії психотерапевт деякий час тримав свою руку над відповідною ділянкою тіла дитини або злегка торкався її. Потім, не віднімаючи руки, починав лікувальне навіювання: «Там, де я тримаю руку, з'являється приємне тепло. Поступово біль зникає. Це місце ніби розм'якло, заспоко-

їлося. Біль минає. З'являється відчуття легкості, спокою, приємного тепла. Ти одужуєш, стаєш з кожним сеансом здоровішим, сильнішим». Психотерапевтичного купірування алгічного синдрому досягнуто в 62% випадків, що дозволяло вносити відповідні корективи у фармакотерапію дітей першої групи. Спеціально складені формули спрямованого навіювання виявилися ефективними і при психотерапевтичній зміні смакового стереотипу, необхідність у якій часто виникала при призначенні відомих дієтичних столів, до яких дитина не звикла, а також при порушенні апетиту.

При астеничному синдромі приблизний текст формули навіювання для дітей віком 12—14 років був таким: «Відпочиває нервова система. Під впливом лікування вона буде сильнішою, здоровішою з кожним сеансом. Ти стаєш більш спокійним, урівноваженим. Нервова система працює економніше, тому накоплюється запас нервової енергії, поліпшується працездатність, зміцнюється сила волі. Внутрішній спокій супроводжує тебе скрізь. Завжди почуватимеш себе сильним, упевненим, витриманим. Оздоровлюється нервова система, зміцнюється увесь твій організм».

Аналогічно будувалися й інші сугестії, спрямовані не тільки на корекцію психічних і соматичних розладів, а й на усунення реакції страху перед наступними лікувально-діагностичними маніпуляціями, формування необхідності чіткого виконання режиму, призначених оздоровчих заходів. Спостереження показали, що у дітей контрольної групи, з якими такої роботи не проводили, значно частіше виникали ускладнення.

Завданням четвертого періоду було виведення дитини із стану гіпнозу. Воно здійснювалося за допомогою вербального впливу тонізуючого змісту, використання мобілізуючих фрагментів музичних творів.

Мета п'ятого періоду полягала у діагностиці постгіпнотичного стану, виясненні характеру відчуттів, які виникали під час занять, усуненні можливих непрямних і незвичних відчуттів, потенціюванні наступних гіпнотичних сеансів.

Гіпнотерапія і навіювання наяв'ю у більшості випадків розглядалися як методи швидкої психотерапевтичної допомоги, і досить широке їх використання зовсім не знижувало значення загальнотерапевтичного впливу, безпосередньо зв'язаного з лікувальною педагогікою, інших методів психотерапії. При необхідності застосовували сімейну психотерапію, яка складалася з трьох етапів: обслідування сім'ї, сімейних обговорювань, спільної психотерапії хворого і його батьків. Дітей віком 10—14 років навчали спеціальному варіанту аутогенного тренування, які надалі займалися ним самостійно. Ефективними виявилися створені з урахуванням дитячої логіки прийоми раціональної психотерапії: аретепсихотерапія, психотерапія ірноруюванням, за допомогою відвертання уваги, навчаюча психотерапія.

Широко використовувалися прийоми непрямой психотерапії — потенціювання і опосередкування. Сутність першого полягає у посиленні за допомогою безпосереднього і прихованого навіювання дії реаль-

них лікувальних факторів — медикаментів, ЛФК, фізіопроцедур, що використовуються при лікуванні захворювань гепатобіліарної системи; другого — у наданні цілющих властивостей будь-яким засобам, що не мають власних лікувальних властивостей і основане на плацебо-ефекті.

Систематичне використання непрямої психотерапії дозволяло добитися того, що діти першої групи охоче і своєчасно виконували навіть суб'єктивно неприємні для них призначення. Спеціально проведене психологічне дослідження показало, що в більшості випадків недоцільно залишати дітей у повному незнанні щодо проводжуваного їм лікування, оскільки відсутність такої інформації породжує страх, недовіру і ворожість до медиків, негативізм. Діти починають ототожнювати своє страждання з медичними працівниками, вважаючи останніх джерелом неприємностей, пов'язаних з недугою і її лікуванням. Цими почуттями дитина індукує своїх рідних, сусідів по палаті. Застосування психотерапії дозволяло запобігати і своєчасно корегувати такі реакції у дітей першої групи. Дуже важливим при цьому було переконати пацієнтів у тому, що метою дій медичних працівників є позбавлення дитини від неприємностей, обумовлених захворюванням. Діти одержува-

ли психотерапевтично опосередковану доступну їм розумінню інформацію про мету і завдання лікування, їм роз'яснювали, наприклад, що каплі, які вони приймають, зменшують нудоту, таблетки — заспокоюють біль, відвар із трав допомагає печінці краще працювати та ін.

Застосування розробленого комплексу психотерапевтичних заходів забезпечило позитивну динаміку психічного статусу у 67 (89,3%) хворих. Повне усунення пограничних психічних розладів відмічено у 18 (24%) дітей, значне поліпшення — у 23 (30,7%), поліпшення — у 26 (34,7%). У дітей контрольної групи істотних змін психічних функцій не відбулося.

Висновки. 1. Діти із захворюваннями гепатобіліарної системи і супутніми пограничними психічними розладами паралельно з проведенням курсу лікування основного захворювання потребують подання їм психотерапевтичної допомоги.

2. Застосування спеціальних методів психотерапевтичного впливу дає змогу поліпшувати психічний стан дітей, усувати деякі соматичні прояви, зокрема больовий синдром, сприяє оптимізації існуючих лікувально-відновних програм і створенню психогігієнічної атмосфери у лікувальному закладі.

ЛІТЕРАТУРА. 1. Белоусов Ю. В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.—В кн.: Дет. гастроэнтерология.—К.: Здоров'я, 1978, с. 30—87; 2. Бендет Я. А., Морозов С. М., Скумин В. А. Психологические аспекты реабилитации больных после хирургического лечения пороков сердца.—Кардиология, 1980, № 6, с. 45—51; 3. Лукьянова Е. М. Заболевания желчевыделительной системы.—В кн.: Дет. гастроэнтерология.—К.: Здоров'я, 1978, с. 127—188; 4. Носов С. Д. Общие вопросы деонтологии в педиатрии.—В кн.: Деонтология в педиатрии.—Л.: Медицина, 1977, с. 5—23; 5. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными: Пер. с венг.—Будапешт: Б. и., 1974.—286 с.; 6. Feva G. A. L'uso degli psicofarmaci nell'infanzia.—Neuropsychiatr infant, 1981, N 234, p. 71—83; 7. Herzog D. B., Harper G. Unexplained disability. Diagnostic dilemmas and principles of management.—Clin. Pr. Pediatr., 1981, v. 20, N 12, p. 761—767; 8. Nissen G. Psychopharmaka bei Kindern.—Münch. med. Wschr., 1981, v. 123, N 7, p. 245—246; 9. Telinek M. S. The present status of child psychiatry in pediatrics.—New Engl. J. Med., 1982, v. 306, N 20, p. 1227—1230.

Одержано 21.01.85

УДК 616-053.3+616-036.88

ОЦІНКА ВПЛИВУ ДЕЯКИХ ФАКТОРІВ НА РІВЕНЬ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ

(Огляд літератури)

Вивчення і розуміння факторів, що впливають на рівень дитячої смертності, вміння впливати на них і керувати ними багато в чому визначають ефективність заходів її зниження [1].

У останні роки з'явилися спроби згрупувати фактори, що впливають на рівень дитячої смертності. Деякі автори [36] проводили спостереження постперинатальних причин смертності, класифікованих за ознакою запобіжності. При цьому було виділено 4 категорії причин. Категорія А включала захворювання з поганим прогнозом, В — захворювання і ускладнення, за яких іноді можливе летальне закінчення, С — захворювання зі сприятливим закінченням і Д — захворювання, не розпізані за життя хворого.

Інші автори [14] пропонували розділити усі фактори на зовнішні і внутрішні. Се-

ред зовнішніх вони виділяли такі, що впливають на плід: ускладнення в період вагітності, шкідливі умови праці матері і фактори навколишнього середовища. Внутрішні фактори включали расову належність, стать, ріст і масу тіла матері, гестаційний вік плода. Приблизно таке ж групування факторів пропонував К. Ю. Шабуров [12]. На нашу думку, найбільш раціональну класифікацію розробила С. Л. Адамович [1]: соціально-гігієнічні, біологічні та медико-організаційні. Разом з тим у цій класифікації упущено групу факторів економічного порядку, про ступінь впливу яких на рівень дитячої смертності указували деякі автори [2, 13, 15]. Вплив тих або інших груп факторів відмічається у певний віковий період дитини. Тому найраціональніше вивчати їх вплив на рівень дитячої смертності у різ-