

форме болезни присоединяется и вторичная мальабсорбция моносахаридов (глюкозы, галактозы, фруктозы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Валенкевич Л. Н. // Тер. арх.— 1980.— № 8.— С. 136.
2. Валенкевич Л. Н. // Проблемы клинической и экспериментальной энтерологии / Под ред. Л. Н. Валенкевича.— Л., 1981.— С. 5—17.
3. Фролькис А. В. // Клин. мед.— 1985.— № 11.— С. 27—32.
4. Фролькис А. В., Горанская С. В. Интестинальные энзимопатии.— Кишинев, 1982.
5. Dahlqvist A., Lindqvist B., Meeuwisse G. // Nahrung.— 1967.— Bd 11.— S. 541—549.
6. Lindqvist B., Meeuwisse G. // Acta paediat. scand.— 1962.— Vol. 51.— P. 281—293.
7. Meeuwisse G. // Symp. Swed. Nutr. Found.— 1973.— Vol. 11.— P. 94—97.
8. Meeuwisse G., Dahlqvist A. // Acta paediat. scand.— 1968.— Vol. 57.— P. 273—280.
9. Rosenberg L. E. // Мембраны и болезнь: Пер. с англ.— М., 1980.— С. 264—274.

10. Semenza G. // Там же.— С. 253—264.
11. Stirling C. E., Schneider A. J., Wong M. D., Kinter W. B. // J. clin. Invest.— 1972.— Vol. 51.— P. 438—451.

Поступила 24.12.86

L. N. Valenkevich — SYNDROME OF MALABSORPTION OF MONOSACCHARIDES

Summary. Pathogenesis of disorders in the transport of monosaccharides in the intestinal epithelial cells has been considered. Criteria for the diagnosis of primary and secondary malabsorption of monosaccharides have been discussed. Characteristics of the clinical picture, differential diagnosis and therapeutic measures have been presented. A case has been described of primary malabsorption of glucose and galactose in a woman aged 38 years. Possible ways of compensation of the transport disorders with age are discussed. It is noted that in chronic enteritis the enzymatic system in the intestinal mucosa is impaired earlier than the transport system.

УДК 616.3-085.874-053.2

В. А. Скумин

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра психотерапии (зав.— проф. А. Т. Филатов) Украинского института усовершенствования врачей, Харьков

Правильное питание является, как известно, одной из наиболее важных и эффективных предпосылок, обеспечивающих здоровье и гармоничное развитие ребенка [5, 8]. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта диетотерапия служит основой комплексного лечения [2]. Особенности пищеварительной функции у детей и подростков в норме и при патологии изучаются достаточно интенсивно [2, 8]. Однако питание — процесс не только физиологический, во многом он определяется также психическими факторами. И хотя на их роль, на прочные механизмы связи деятельности двух важнейших жизнеобеспечивающих систем организма — центральной нервной и пищеварительной — указывал еще И. П. Павлов [4], исследованию психологических аспектов лечебного питания пока не уделяется должного внимания.

Хронические болезни пищеварительного аппарата представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. В настоящее время ими поражено около 10 % детей и подростков и этот показатель, к сожалению, имеет тенденцию к росту [1, 2]. В рамках поиска путей повышения эффективности лечебно-восстановительных и профилактических мероприятий нами в 1980—1987 гг. проводилась психолого-психотерапевтическая работа с группой детей

и подростков (361) в возрасте от 6 до 17 лет. Наблюдение осуществлялось на различных этапах лечения — стационарном, санаторном, поликлиническом. У пациентов были диагностированы хронические заболевания гастродуоденальной зоны (гастрит, дуоденит, гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка), панкреопегатобилиарной зоны (гепатит, холецистит, холецистохолангит, панкреатит), функциональные болезни пищеварительной системы (желудка, желчевыводящей системы, кишечника). Причем различные органические и функциональные нарушения, как правило, сочетались.

Необходимо отметить, что на общее состояние детей и подростков, их пищевое поведение, аппетит существенно влияли не только телесный недуг, но и особенности их психического статуса. При изучении психической сферы, помимо клинического метода, применяли «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ) и другие психологические тесты [6, 7].

Невротические расстройства среди

наблюдавшихся больных проявлялись в форме невротических реакций у 29 (20,4 %) человек, затяжных невротических состояний (в основном астенических) — у 91 (64,1 %), невротических формирований личности — у 22 (15,5 %).

Специально проведенное исследование показало, что у 219 (60,7 %) больных имелась негативная психологическая установка в отношении назначенного им в связи с гастроэнтерологическим заболеванием лечебного питания. Причем среди пациентов с сопутствующими невротическими расстройствами (142) таковая отмечалась в 79,6 % случаев.

Формированию психологической установки на соблюдение необходимой диеты не уделялось должного внимания. Врачи (гастроэнтеролог, диетолог) ограничивались подбором и назначением диетического стола в соответствии с установленным диагнозом и стадией течения заболевания, родители — соблюдением рекомендаций специалистов. А в чем же видели смысл происходящего дети, на лечение которых собственно и направлены все старания тех и других, как они понимали свою задачу (и понимали ли ее вообще)? Ответ на этот вопрос был получен при анализе результатов клинического и экспериментально-психологического исследования с применением теста ЛОБИ. Оказалось, что психологическая установка на соблюдение режима питания определяется в основном типом отношения к заболеванию — внутренней картиной болезни (ВКБ). Формирование ее в свою очередь зависит от особенностей психической деятельности на соответствующем этапе развития психики в онтогенезе — аффективном и идеаторном (применительно к материалу данной работы).

Нами было установлено, что на аффективном этапе (возрастной диапазон 6—12 лет) у детей возможно формирование 5 типов ВКБ: гармоничного, индифферентного, гиперпатичного, гипопатичного, лабильного.

Гармоничный (*harmonia* — стройность) тип спонтанно сформировался лишь у 8,6 % детей. Они отличались хорошей контактностью, были послушны, доброжелательны. Стремилась перебороть плохое самочувствие, уверены были в возможности полного вы-

здоровления. Аккуратно выполняли назначения, не нарушали режим питания, если он был разъяснен им взрослыми.

Индифферентный (*indifferens* — безразличный) тип наблюдался в 17,2 % случаев. Характерным было полное безразличие к проявлениям заболевания. На словах соглашаясь с тем, что необходимо лечиться, дети относились к проводимым лечебным мероприятиям негативно, выполняя их обычно лишь после настойчивых требований. Диету соблюдали, если это им нравилось, в противном случае высказывали недовольство, обиду, пытались получить любимую ими пищу.

Гиперпатичный (*hyper* — чрезмерное повышение, *pathos* — чувство, страдание) тип проявлялся избыточной эмоциональной напряженностью, преувеличением тяжести болезненных ощущений и переживаний, порой даже придумыванием несуществующих страданий, фантазированием по поводу всевозможных последствий болезни. Этот тип зарегистрирован у 21,5 % детей. Им были присущи мнительность, повышенная тревожность в отношении результатов лечения, они не верили в возможность выздоровления. Диетические ограничения соблюдали скрупулезно («а мне можно это кушать?»), часто высказывали сомнения по поводу доброкачественности пищи (по словам родителей: «прежде чем съесть, все обнюхает»), проявляли утрированную избирательность в отношении продуктов питания. Гипопатичный (*hypo* — понижение, недостаточность) тип отмечен у 25,9 % детей. Для них характерны слабая выраженность связанных с болезнью переживаний, эмоциональная недооценка проявлений и самого факта ее, активное неприятие всего, что свидетельствует об их недуге. Полагали, что, поскольку чувствуют себя бодрыми, полными сил, то никакого нарушения здоровья и нет. Факты же, свидетельствующие об обратном, объясняли иными причинами либо вообще отрицали. Все связанное с лечением описывали в окрашенных негативными эмоциями выражениях, например: «врачи упрятали в больницу», «никакой болезни нет, а бабушка таскает по врачам». Склонны к полному неприятию диетических ограничений, которые в силу особенностей детской логики интерпретируют как плохое отношение

к себе, воспринимают как личную обиду.

Лабильный (*labilis* — неустойчивый) тип выявлен у 26,9 % пациентов, у которых в различной степени представлены и выражены признаки, характерные для двух типов ВКБ и более. Отношение к болезни и ко всему связанному с нею непостоянно. Оно существенно видоизменяется под воздействием разных факторов. Так, при наличии, к примеру, черт гармоничного или гиперпатичного типов ребенок после непродолжительного общения с детьми, ВКБ которых сформировалась по гипопатичному типу, начинает проявлять черты последнего в поведении, эмоциональных реакциях, высказываниях. Соответственно организуется и пищевое поведение пациента. Данный тип обычно обнаруживался у младших и недавно болеющих детей.

На идеаторном этапе развития психики (в возрасте старше 11—12 лет) происходит последовательное усложнение описанных выше типов ВКБ и вместе с этим пищевого поведения. Число пациентов с гармоничным типом в данной возрастной группе составило лишь 3,4 %. Структура негармоничных типов все более тесно связывалась с характерологическими особенностями, свойственными подросткам, с клиническими проявлениями сопутствующих невротических расстройств — неврастенических, ипохондрических, фобических и пр. На данном этапе психического развития у пациентов обнаруживалась способность к интеллектуальной оценке своего состояния, к сложным суждениям, умозаключениям, вскрытию закономерностей. Однако они не имели четкого представления о задачах, значении лечебных мероприятий. Большинство из них полагали, что диетическое лечение хотя и приносит некоторую пользу для органов пищеварения, но негативно влияет на рост, общее физическое развитие и т. п. Методом безвыборочного интервьюирования определено, что при отсутствии жесткого контроля 73,9 % обследованных допускали алиментарные погрешности. Юные пациенты как бы отождествляли свою болезнь и тех, кто ее врачует, считая последних источником неприятностей, различных ограничений. Диетотерапию они воспринимали как некую повинность, наказание, а не как путь к избавлению от страданий.

Анализ ответов на вопросы табл. 4 теста ЛОБИ «Аппетит и отношение к еде» показал, что различные затруднения, связанные с аппетитом и приемом пищи, испытывало 68,5 % пациентов. Эти затруднения носили двоякий характер. В одних случаях они были связаны с плохим аппетитом, сомнениями по поводу доброкачественности пищи и т. п., в других вызывались необходимостью регламентировать питание по времени и количеству принимаемой пищи, соблюдать специальную диету, ограничивать либо вовсе исключать любимые блюда.

Свойственные детям и подросткам психологические особенности, импульсивность поведения, определяемого в основном эмоционально-чувственными мотивами, недостаточность волевых качеств, способности к самоконтролю и, как было показано выше, отсутствие у большинства из них психологической установки на соблюдение режима лечебного питания выдвигают в число важнейших задач психологического обеспечения данного режима. Без этого самая продуманная и индивидуализированная диета едва ли даст ожидаемый эффект, что не может не сказаться отрицательно на эффективности лечебно-восстановительной программы в целом, поскольку лечебное питание играет базовую роль в терапии болезней органов пищеварения.

Основная работа проводилась в трех тесно связанных между собой направлениях: 1) психотерапевтическое опосредование и потенцирование лечебного питания до его назначения и в процессе диетотерапии с помощью метода косвенной психотерапии [6]; 2) создание психологической установки на соблюдение диеты, осуществляемое в рамках целенаправленного формирования гармоничного типа ВКБ с помощью методов суггестивной, рациональной, коллективно-групповой, игровой, семейной психотерапии [6, 7]; 3) перестройка вкусового стереотипа [3] преимущественно с помощью методов гипнотерапии, внушения наяву, самовнушения [1, 6].

Психотерапевтическая и психопрофилактическая работа проводилась при участии родителей, инструктированных соответствующим образом. Это особенно важно для детей младшего возраста. Пациентам на доступном для них уровне разъяснялось, что лечеб-

ное питание назначается временно и оно поможет им стать здоровыми, сильными, быстрее избавиться от болезни, неприятных ощущений. Подчеркивалось, что нарушение диеты затянет лечение, пребывание в больнице. При психотерапевтических беседах с подростками особенное ударение делалось на том, что сознательное выполнение пусть даже и неприятных диетических ограничений будет способствовать укреплению силы воли, мужественности, выработке характера.

В необходимых случаях использовалось внушение наяву и в гипнотическом состоянии, выполняемое по специальной методике [6]. Формулы суггестивного воздействия были следующими: «Ты хочешь стать сильным и крепким. Для этого нужно хорошо кушать. Тебе нравится то, что дают на завтрак, обед и ужин. Будешь съедать все с аппетитом. Еда очень вкусная, полезная, приятная. Эта пища приносит здоровье. Когда сядешь за обеденный стол, всегда станет появляться хороший аппетит. Будешь съедать **свою** порцию с удовольствием». Время **сеанса** приурочивалось к очередному **приему** пищи. Приведенный текст брали за основу для составления суггестий, направленных на психотерапевтическую переделку вкусового стереотипа.

Осуществление указанных психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий 267 больным (основная группа) дало возможность сформировать психологическую установку на соблюдение режима питания у 239 (89,5 %) детей и подростков. В контрольной же группе (94 человека), где психотерапевтическая коррекция пищевого поведения не проводилась, исходная негативная психологическая установка в отношении лечебного питания оставалась прежней. В этой группе в 2,9 раза чаще, чем в основной, отмечались связанные с алиментарными погрешностями рецидивы хронического заболевания желудочно-кишечного тракта, тяжелее (в психоэмоциональном плане) проходила адаптация к назначенному диетическому столу.

Таким образом, психологические факторы играют существенную роль в организации лечебного питания детей

и подростков, страдающих заболеваниями органов пищеварения. В целях успешного осуществления диетотерапии необходимы своевременные выявление и психотерапевтическая коррекция неправильного пищевого поведения, связанного прежде всего с негармоничными типами ВКБ. Проведение специальных психолого-психотерапевтических мероприятий позволяет значительно повысить эффективность лечебно-восстановительных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. В., Скумин В. А. // Педиатрия.— 1986.— № 8.— С. 48—50.
2. Болезни органов пищеварения у детей / Нисевич Н. И., Таболин В. А., Мазурин А. В. и др.— М., 1984.
3. Вельвовский И. З., Липгарт Н. К., Багалей Е. М., Сухоруков В. И. Психотерапия в клинической практике.— Киев, 1984.
4. Павлов И. П. Полн. собр. соч. Т. 4.— М.; Л., 1951.
5. Петровский К. С., Ванханен В. Д. Гигиена питания.— М., 1982.
6. Скумин В. А. Медицинская психология и психотерапия в системе реабилитации детей и подростков с хронической патологией органов пищеварения: Метод. рекомендации.— Харьков, 1985.
7. Скумин В. А. Психологические методы исследования в педиатрической практике: Метод. рекомендации.— Харьков, 1985.
8. Физиология развития ребенка / Козлов В. И., Фарбер Д. А., Дубровинская Н. В. и др.— М., 1983.

Поступила 18.03.87

V. A. Skumin — PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIETOTHERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

Summary. Clinicopsychological investigations of 361 patients, aged from 6 to 17 years, suffering from diseases of the gastrointestinal tract, have revealed in 60.7% of them negative psychological attitude to the dietotherapy they received. Among children and adolescents with concomitant neurotic disorders such attitude was noted in 79.6%. A system of special measures has been developed including three main elements: 1) psycho-therapeutic mediation of dietotherapy before its administration and in the process of the therapy; 2) creation of the psychologic attitude to the diet adherence; 3) alteration of the patient's taste stereotype. Realization of such measures has been conducive to higher effectiveness of the dietotherapy.