

DOI: 10.15690/vramn.v70.i5.1437

Т.В. Свиридова, С.Б. Лазуренко, А.Л. Венгер, Е.В. Комарова, А.С. Потапов, А.С. Бушлаева

Научный центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Исследование психологических особенностей детей и подростков с заболеваниями органов пищеварения

Цель исследования: изучить психологические особенности детей с различными хроническими заболеваниями органов пищеварения и установить основные факторы, влияющие на процесс формирования личности. **Методы:** проведено сплошное проспективное исследование психологических особенностей детей с болезнями органов пищеварения, наблюдавшихся в Научном центре здоровья детей Минздрава России (Москва). В качестве методов исследования были использованы анализ медицинской и педагогической документации, включенное наблюдение, беседа, опросный и проективный методы. **Результаты:** обследовано 125 пациентов в возрасте 7–17 (средний возраст 12,4) лет с болезнями органов пищеварения, из них подростков — 68 (54%), младших школьников — 57 (46%). Число мальчиков преобладало над числом девочек (2:1). В исследовании подтверждено наличие связи и взаимного влияния 3 факторов — физического состояния, социальной ситуации развития и индивидуальных психологических характеристик детей. По психологическим особенностям детей можно было объединить в 3 группы: I (n = 47; 37,6%) — дети в тяжелом психологическом состоянии, у большинства из которых (n = 37; 78,7%) заболевание находилось в активной стадии, требующей интенсивной медицинской помощи; II (n = 59; 47,2%) — дети с неустойчивым психологическим состоянием и высоким риском невротизации личности, у многих из которых (n = 45; 76,3%) заболевание находилось в стадии нестойкой клинической ремиссии с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций, требующей длительного поддерживающего лечения; III (n = 19; 15,2%) — пациенты с относительно стабильным психологическим состоянием и высокой психологической уязвимостью в ситуации стресса, у большинства из которых (n = 17; 89,5%) болезнь перешла в стадию клинической ремиссии с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями, требующую регулярного контроля врачами-специалистами. **Заключение:** большинство детей с болезнями органов пищеварения имеют психологические трудности, и их личность формируется в искаженных социальных условиях, ввиду чего они нуждаются в психолого-педагогической поддержке и создании специальных психолого-педагогических условий для реализации их психологического и познавательного потенциала. При составлении программы психолого-педагогической помощи необходимо учитывать возраст ребенка на момент возникновения болезни, этиологию и степень тяжести заболевания ребенка, длительность, характер и выраженность несоответствия социальных условий среды его возрастным и индивидуальным психологическим потребностям.

Ключевые слова: заболевания органов пищеварения, развитие личности, хроническая болезнь, психолого-педагогическое сопровождение.

(Для цитирования: Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б., Венгер А.Л., Комарова Е.В., Потапов А.С., Бушлаева А.С. Исследование психологических особенностей детей и подростков с заболеваниями органов пищеварения. *Вестник РАМН*. 2015; 70 (5): 519–525. Doi: 10.15690/vramn.v70.i5.1437)

519

T.V. Sviridova, S.B. Lazurenko, A.L. Venger, E.V. Komarova, A.S. Potapov, A.S. Buslaeva
Scientific Centre of Children's Health of the Ministry of Healthcare, Moscow, Russian Federation

The Study of Psychological Characteristics of Children and Adolescents with Digestive Diseases

Objective: The present study was aimed at the psychological characteristics of children with different chronic diseases of the digestive system and the identification of key factors influencing the formation of their personality. **Methods:** The continuous prospective study of psychological peculiarities of 125 patients (7–17 y.o.) with diseases of the digestive system who have been monitored at Scientific Centre of Children's Health (Moscow) was performed. As research methods were used: analysis of medical and pedagogical documentation, participant observation, educational experiment, interview, questionnaires and projective methods. **Results:** The study involved 125 patients aged 7–17 years (12.4 averagely) with diseases of the digestive system including teens — 68 (54%), primary school pupil — 57 (46%). The number of boys significantly prevailed over the number of girls (2:1). The study confirmed the existence of a close relationship and mutual influence of three factors: the physical condition, social situation of development, and individual psychological characteristics of children. According to the psychological characteristics the children can be combined in three groups: Group I (47 of 125 people; 37.6%) — children with bad psychological status. This is most typical for children with active form of chronic diseases requiring intensive medical assistance (37 of 47 people; 78.7%). Group II (59 of 125 people; 47.2%) — children with instable psychological condition, with risk of neurotization. This group mainly comprises patients with chronic diseases at the stage of unstable clinical remission with preserved or compensated functions of organism bodies and systems or with incomplete compensation of functions requiring long term supportive treatment (45 of 59 people; 76.3%). Group III — patients with rather stable psychological condition (19 of 125 people; 15.2%). It comprises patients with rather stable psychological condition, anyway, with expressed psychological vulnerability in stress situation. Most children suffer from chronic diseases of different etiology at the stage of clinical remission with rare aggravations, with preserved or compensated functions, provided there are no aggravations of the basic disease (17 of 19 people; 89.5%). **Conclusion:** Most children with diseases of the digestive system have the psychological difficulties, while their identity is often formed in the distorted social conditions. Therefore, these children need psychological and pedagogical support, as well the special psychological and pedagogical conditions for the realization of their mental and cognitive capacities. To put together a program of psychological and educational assistance we should take into account the child's age at the moment of occurrence of the disease, etiology, duration and severity of the illness, the nature and degree of non-compliance of social environmental.

Key words: digestive system diseases, personal development, chronic disease, psychological & pedagogical monitoring.

(For citation: Sviridova T.V., Lazurenko S.B., Venger A.L., Komarova E.V., Potapov A.S., Buslaeva A.S. The Study of Psychological Characteristics of Children and Adolescents with Digestive Diseases. *Vestnik Rossijskoi Akademii Meditsinskikh Nauk = Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2015; 70 (5): 519–525. Doi: 10.15690/vramn.v70.i5.1437)

Обоснование

Известно, что болезнь не только оказывает отрицательное воздействие на развитие и формирование организма, но и препятствует полноценному развитию психики, становится одной из трудностей на пути к социальной адаптации ребенка.

В научной литературе отмечено, что многие функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта протекают на фоне переживаний пациентами эмоционального стресса [1–3]. Для большинства детей и подростков с хроническими болезнями органов пищеварения характерны особенности эмоциональной сферы — депрессия [4, 5], тревога и астения [6, 7] проявления. Ярким примером воздействия болезни на психическое развитие служит снижение работоспособности и познавательных возможностей у детей с наследственными заболеваниями из группы ферментопатий [8].

Специфические социальные условия, которые создаются в ситуации длительной хронической болезни (например, склонность родителей к гиперопеке, разлука с родителями у школьников, ограничения социальной активности у подростков), часто приводят к искажению развития личности, снижению качества жизни ребенка и его семьи [9]. В частности, у школьников с хроническими заболеваниями (на материале хронического гастродуоденита) наблюдаются такие личностные особенности, как высокий уровень тревожности, алекситимия, несформированность образа «Я», нарушение процессов целеполагания, занижение идеалов личности, низкий уровень притязаний, низкая стрессоустойчивость и склонность к депрессивным реакциям [10, 11]. Важно отметить, что перечисленные выше психологические и личностные особенности больного ребенка не только препятствуют развитию его социальной компетентности, но и снижают эффективность лечения [12].

Вместе с тем приверженность современных исследователей к изучению психологических особенностей пациентов отдельных нозологических групп, отсутствие учета взаимодействия биологического и социального факторов в формировании детской личности (состояния здоровья, тяжести и прогноза болезни; социальной ситуации, возрастных и индивидуальных потребностей пациентов) обусловили наличие в литературе фрагментарных и разрозненных сведений о психологическом состоянии и адаптивных возможностях маленьких пациентов в ситуации болезни [13–15]. Это препятствует разработке алгоритма комплексной психолого-педагогической помощи детям в процессе лечения [16–18].

Целью нашего исследования стало изучение психологических особенностей детей с различными хроническими заболеваниями органов пищеварения и выявление основных факторов, влияющих на процесс формирования личности.

Методы

Дизайн исследования

Проведено сплошное проспективное исследование.

Критерии соответствия

В исследуемую группу включали детей школьного (7–17 лет) возраста с болезнями органов пищеварения.

Условия проведения

Все дети получали комплексную медико-психолого-педагогическую помощь в Научном центре здоровья детей Минздрава России (Москва).

Продолжительность исследования

Исследование проводилось в период с 2012 по 2015 г.

Описание медицинского вмешательства

В стандартную процедуру обследования входили диагностические консультации ребенка, беседа с врачом и родителями. Ее проводили в кабинете психолога в индивидуальной форме. Длительность одного обследования составляла 1 ч. Число встреч и объем психодиагностического инструментария подбирали индивидуально в зависимости от физического и психологического состояния пациентов.

Исходы исследования

Основным направлением обследования стало изучение психологических особенностей ребенка — эмоционально-волевой и мотивационной сфер личности, его самосознания, поведения и общения, а также его социальной ситуации развития [19].

Методы регистрации исходов

Диагностику личностного развития ребенка, особенностей межличностной ситуации развития осуществляли в рамках концепции психолого-педагогического консультирования младших школьников и подростков по А.Л. Венгеру [20]. Использованы следующие методы исследования: анализ медицинской и педагогической документации (дефектологическое и логопедическое заключение), наблюдение, беседа, опросный и проективный методы. Обследование пациентов включало комплекс методик, подобранных в зависимости от возраста и физических возможностей ребенка. В обследовании младших школьников применяли методики «Рисунок человека», «Лесенка самооценки», «Цветовой тест отношений», тест «Три желания». Для диагностики подростков использованы «Рисунок человека», «Методика исследования самооценки Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн» (модифицированный вариант шкалы А.М. Прихожан), «Незаконченные предложения», «Опросник самоотношения» [21]. Анализ данных производили с помощью качественного и количественного метода. Последнему были подвергнуты данные, полученные при помощи методик «Шкала депрессии Бэка» (вариант для школьников), «Лесенка самооценки», «Методика исследования самооценки по Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн», «Опросник самоотношения». Эти методики позволили оценить степень тяжести психологического состояния и глубину внутриличностных переживаний детей [21].

Этическая экспертиза

Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом Научного центра здоровья детей (заседание от 01.09.2015 г.).

Статистический анализ

Статистическая обработка данных выполнена при помощи программы SPSS (США). Для анализа качественных данных (результатов наблюдения, рисунков, незаконченных предложений) использовали методы описательной статистики, критерий углового преобразования Фишера. Анализ количественных данных по опросным методикам проведен с помощью критерия Манна–Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Ко-

личественные результаты представлены в виде средних арифметических баллов, начисленных в соответствии с ключом методики. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты

Участники исследования

Всего обследовано 125 пациентов, из них 67 (54%) подростков и 58 (46%) младших школьников. Возраст больных составил от 7 до 17 (средний возраст 12,4) лет. Число мальчиков преобладало над числом девочек (2:1). Средняя продолжительность заболевания равнялась 3,5 годам.

В обследовании приняли участие дети с заболеваниями органов пищеварения, включенными в следующие нозологические группы:

- болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (K20-31) — хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — 39 (31,2%);
- болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы (K80-87) — функциональные нарушения моторики желчного пузыря и сфинктеров, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь — 33 (26,4%);
- болезни печени (K70-77) — хронический вирусный гепатит С, фиброз и цирроз печени, портальная гипертензия — 7 (5,6%);
- воспалительные заболевания кишечника (K50-51) — язвенный колит и болезнь Крона — 41 (32,8%);
- нарушения обмена веществ (E70-90), а именно наследственные и метаболические болезни печени (болезни накопления) — болезнь Вильсона, гликогеновая болезнь, тирозинемия — 5 (4%).

Согласно этиологии и степени тяжести состояния, пациенты были разделены в соответствии с группами здоровья: группа II — 42 (34%), III — 65 (52%), IV — 13 (10%) и V — 5 (4%). Основное заболевание сочеталось с болезнями нервной и сердечно-сосудистой системы в 35 (28) и 17 (14%) случаях, соответственно.

Основные результаты исследования

Анализ показал, что все дети с хроническими болезнями органов пищеварения согласно личностным и психологическим особенностям могут быть условно объединены в 3 группы: группа I — дети в тяжелом психологическом состоянии — 47 (37,6%); группа II — дети в неустойчивом психологическом состоянии с риском невротического развития личности — 59 (47,2%); группа III — пациенты с относительно стабильным психологическим состоянием, выраженной психологической уязвимостью в ситуации стресса — 19 (15,2%) (табл. 1). Значимость установленных различий в группах подтверждена с помощью экспертного анализа случаев, проведенного профессиональными психологами, а также методов математической обработки данных ($p < 0,001$).

Наиболее сильное влияние на психологическое состояние оказывают возраст ребенка на момент возникновения болезни, степень тяжести заболевания, длительность, характер и степень выраженности несоответствия социальных условий среды его возрастным и индивидуальным психологическим потребностям, что подтверждается результатами корреляционного анализа ($p < 0,001$).

Группы наблюдения

Группу I ($n=47$; 37,6%) составили дети в тяжелом психологическом состоянии с эмоциональной подавленностью, высоким уровнем тревоги, высокой интен-

Таблица 1. Характеристика групп детей с заболеваниями органов пищеварения с различной степенью тяжести психологического состояния

Характеристика группы	Группа I ($n=47$; 37,6%)	Группа II ($n=59$; 47,2%)	Группа III ($n=19$; 15,2%)
Психологическое состояние	Дети в тяжелом эмоциональном состоянии	Дети в неустойчивом психологическом состоянии с риском невротизации	Дети в относительно стабильном эмоциональном состоянии с выраженной психологической уязвимостью в ситуации стресса
Физическое состояние	Активная стадия болезни ($n=37$; 78,7%), требующая неотложной медицинской помощи (продолжительностью от 3 нед и более)	Нестойкая клиническая ремиссия болезни ($n=45$; 76,3%), предполагающая длительное лечение в условиях круглосуточного стационара (продолжительностью от 2 нед 2–3 раза в год) и диспансерное наблюдение	Клиническая ремиссия болезни с редкими обострениями ($n=17$; 89,5%), требующая систематического диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинических условиях и проведения лечебно-профилактических мероприятий
Структура заболеваемости	Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки ($n=11$; 23,4%); болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ($n=7$; 14,9%); болезни печени ($n=2$; 4,2%); воспалительные заболевания кишечника ($n=25$; 53,1%); болезни накопления ($n=2$; 4,3%)	Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки ($n=21$; 35,6%); болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ($n=17$; 28,8%); болезни печени ($n=4$; 6,8%); воспалительные заболевания кишечника ($n=14$; 23,7%); болезни накопления ($n=3$; 5,1%)	Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки ($n=7$; 36,7%); болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ($n=9$; 47,4%); болезни печени ($n=1$; 5,3%); воспалительные заболевания кишечника ($n=2$; 10,6%)
Особенности социальной ситуации развития	Резкое изменение привычного жизненного стереотипа ребенка, необходимость соблюдения строгого режима лечения, выраженное сужение привычных видов деятельности и общения с близкими ($n=47$; 100%)	Необходимость соблюдения лечебного режима, ограничивающего физическую и социальную активность (в частности, домашнее обучение, диета, ограничение в контактах), сужение привычных форм деятельности ($n=50$; 84,7%)	Включенность ребенка в систематическую деятельность и общение наравне со здоровыми сверстниками, завышенные психофизические нагрузки, не соответствующие психофизическим возможностям ($n=16$; 84,2%)

Таблица 2. Особенности психологического состояния детей группы I, в зависимости от их возраста (значимость различий подтверждена с помощью углового преобразования Фишера; $p < 0,001$)

Критерии наблюдения	Младшие школьники ($n = 19$; 62%)	Подростки ($n = 16$; 58,5%)
Актуальные внутриличностные переживания	Ситуативность негативных переживаний (на фоне отсутствия привычных для ребенка видов деятельности, страха болевых ощущений и болезненных медицинских процедур, разлуки с родителями), зависимость от той информации, которую им сообщали взрослые, а также от степени эмоционального комфорта / дискомфорта в общении с ними	Устойчивость негативных переживаний, связанных с опасениями за свою жизнь, склонность к повышенной аутосимпатии (защитного характера) на фоне высокого уровня внутриличностной конфликтности, болезненного отношения к «телесному Я», низкого уровня развития ожидаемого положительного отношения со стороны других людей
Особенности поведения	Пассивная реакция (подчинение требованиям взрослых и сужение спектра деятельности до безразличного наблюдения за происходящим в палате)	Активная неустойчивая реакция (от повышенной внушаемости, ориентировки на мнение взрослых до чрезмерной требовательности, игнорирования социальных норм в общении, эгоцентризма)

сивностью и реактивностью негативных переживаний, выраженными трудностями эмоционально-волевой саморегуляции (см. табл. 1). Это состояние характерно для пациентов с болезнью в активной стадии, требующей оказания медицинской помощи ($n = 37$; 78,7%).

Длительные ощущения телесного дискомфорта, физического истощения сопровождались подавленным настроением, опасениями за свою жизнь, фиксацией на мучительных переживаниях боли, желанием как можно быстрее от них избавиться и вернуться домой.

Более чем у половины младших школьников ($n = 19$; 62%) и подростков ($n = 16$; 58,5%) с обострением болезни, находившихся на интенсивном лечении, были обнаружены некоторые различия в характере и содержании переживаний (табл. 2). Эти различия имели прямую связь с психологическим возрастом (который мог не совпадать с паспортным). У остальных детей группы I ($n = 12$; 25,5%) значимых различий в психологическом статусе не обнаружено.

Таким образом, психологическое состояние детей и подростков данной группы в первую очередь определялось тяжестью физического состояния. Оно в большей степени зависело от выраженности болевых ощущений, характера течения болезни и физического дискомфорта в процессе выполнения врачебных манипуляций и в меньшей — от возрастных и личностных особенностей пациента. Мониторинг тяжести психического состояния ребенка в процессе лечения, выбор специалистами адекватной стратегии общения, систематическая эмоциональная поддержка близких и медперсонала способствовали снижению негативных эмоциональных переживаний.

Таблица 3. Психологические трудности детей, находившихся на длительном лечении в круглосуточном стационаре в зависимости от их возраста (средние арифметические значения значимость различий подтверждена с помощью углового преобразования Фишера; $p < 0,001$)

Младшие школьники ($n = 31$)	Подростки ($n = 28$)
Трудности совладания с тревожными ожиданиями физически и психологически дискомфортных диагностических процедур (например, фиброгастроскопии, колоноскопии) — у 21 (67,7%)	Выраженное эмоциональное напряжение, связанное результатами обследования, неясным/отрицательным прогнозом заболевания — у 24 (85,7%)
Нереализованная потребность в систематической эмоциональной поддержке со стороны значимых взрослых — у 27 (87,1%)	Нереализованная потребность в эмоциональной поддержке значимых взрослых и сверстников — у 25 (89,3%)
Трудности адаптации в связи с необходимостью проявления самостоятельности (соблюдение режима, выполнение лечебных требований, установление новых контактов, саморегуляция эмоционального состояния) — у 24 (77,4%)	Трудности адаптации в связи с несоответствием стиля общения взрослых с подростками, их потребностям в проявлении самостоятельности (склонность взрослых к гиперопеке) — у 18 (64,3%)
Недостаточная включенность в различные формы систематической деятельности (в т.ч. учебную, творческую, продуктивную) — у 25 (80,6%)	Недостаточная реализация потребности в социальной активности в условиях стационара — у 19 (67,8%)

Группу II ($n = 59$; 47,2%) составили дети с неустойчивым психологическим состоянием, риском невротического развития личности (сниженный фон настроения, повышенное эмоциональное напряжение, высокий уровень тревоги, повышенная интенсивность и реактивность переживаний, трудности эмоционально-волевой регуляции; см. табл. 2). У этих пациентов болезнь в основном находилась в стадии нестойкой клинической ремиссии с сохранными или компенсированными функциями органов и систем организма либо с неполной компенсацией функций, требующей длительного поддерживающего лечения ($n = 45$; 76,3%).

На фоне длительной астении, физического дискомфорта и болевых ощущений, а также в связи с трудностями психологической адаптации к болезни и процессу лечения у пациентов отмечалось снижение познавательной деятельности, повышенная чувствительность к внешнему воздействию, тревожность, эмоциональная возбудимость и истощаемость, что указывало на высокий риск невротизации личности.

Нами были обнаружены значимые качественные и количественные различия в характере психологических трудностей у пациентов и их зависимость от психологического возраста (табл. 3)*.

* Важно отметить, что в данную группу были включены дети с нарушением развития личности, эмоций и поведения с рецидивирующим течением болезни ($n = 4$; 6,7%). Исследование их психологических особенностей и определение для них содержания программы психологической помощи может стать самостоятельной темой исследования.

Искаженная вследствие длительной хронической болезни социальная ситуация развития усугубляла эмоциональные трудности больных детей, оказывала негативное влияние на развитие самосознания, личности.

У каждого четвертого (25,3%) младшего школьника группы выявлено чувство неуспешности, затрудняющее реализацию возможностей, препятствующее полноценному общению со сверстниками. В период активного развития самосознания, значительного расширения круга общения у подростков осознание социальных ограничений и физических отличий от здоровых сверстников приводило к появлению третичных психологических нарушений в виде острых эмоциональных переживаний, связанных с болезнью, своим «Я». У подростков данной группы особенностями эмоциональной сферы являлись сниженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость (72,1%), повышенный уровень внутриличностной тревожности (56,9%), эмоциональная лабильность (18%), демонстративность (15,2%) и астено-невротическая акцентуация характера (11%).

Степень выраженности эмоциональных нарушений у детей и подростков в группе II была напрямую связана с тяжестью физического состояния, а также со степенью и длительностью несоответствия социальных условий среды (в стационаре и дома) их возрастным и индивидуальным психологическим потребностям, что подтверждено результатами корреляционного анализа ($p < 0,001$).

В группу III ($n = 19$; 15,2%) были объединены пациенты с относительно стабильным психологическим состоянием, выраженной психологической уязвимостью в ситуации стресса (см. табл. 1).

Практически все (87,8%) младшие школьники испытывали эмоциональные трудности (высокий уровень тревоги, эмоциональную лабильность) в ситуации адаптации к новой социальной среде и учебной деятельности. Завышенные родительские ожидания, склонность взрослых к конкурентным отношениям в процессе воспитания обуславливали длительное эмоциональное напряжение у ребенка, оказывали неблагоприятное влияние на его психическое и физическое здоровье.

Для подростков с болезнями в стадии ремиссии были характерны психологические трудности, связанные с обретением психологической автономности от взрослых (76,1%), принятием собственной внешности и пола (62%), развитием интимно-личностного общения со сверстниками (68,2%), формированием жизненных целей (87,2%). По нашим наблюдениям, в отличие от здоровых сверстников трудности взросления данной группы имели более выраженный характер и более длительный временной интервал.

Психологическое состояние детей и подростков в группе III зависело как от их физического состояния, так и от степени и длительности несоответствия социальных условий среды их возрастным и индивидуальным психологическим потребностям.

Лишь у 5 (10%) подростков с болезнью в стадии ремиссии психическое и личностное развитие проходило в соответствии с возрастными нормативами. При эмоциональной поддержке взрослых такие подростки были способны самостоятельно преодолеть эмоциональные трудности, связанные со взрослением, и даже оказать поддержку другим детям. Практически во всех случаях (у 4) при нормативном развитии личности наблюдался более поздний дебют болезни (с 13,5 лет), благоприятные, т.е. учитывающие физические, возрастные и индивидуальные психологические характеристики и потребности ребенка, социальные условия (гармоничные детско-

родительские отношения, индивидуальный подход к обучению, систематическое общение со сверстниками). У подростков установлены такие важные психологические достижения, как самостоятельность, широкий круг интересов, высокая коммуникативная компетентность, развитые процессы самосознания и социальные мотивы.

Согласно нашим наблюдениям, более стабильное психологическое состояние имело место у детей в каждой группе при позднем возрастном развитии болезни, когда уже присутствовали достаточная личностная, психическая и физиологическая зрелость (в т.ч. работы центральной нервной системы) при соответствии социальной ситуации развития их возрастным и индивидуальным потребностям. Полученные данные свидетельствуют о необходимости психолого-педагогического сопровождения детей всех групп в рамках их комплексного восстановительного лечения.

Сравнительный анализ исследуемых групп

Сравнительный качественный и количественный анализ данных внутри каждой из 3 групп показал, что при обострении основного заболевания и ухудшении физического состояния возрастные и индивидуальные различия в психологическом состоянии детей становились менее заметными ($p < 0,001$). Для детей всех возрастов с обострением болезни был характерен сниженный фон настроения, высокая интенсивность и реактивность негативных переживаний, низкий уровень их саморегуляции. С улучшением физического состояния наблюдалась большая дифференциация возрастных и личностных потребностей ребенка.

523

Обсуждение

В нашем исследовании подтверждено наличие связи и взаимного влияния 3 факторов — физического состояния, социальной ситуации развития и индивидуальных психологических характеристик детей [22, 23]. Ранее начало, тяжесть и длительность заболевания оказывают наибольшее негативное влияние на физическое и психологическое состояние детей, а значит, и на ход формирования личности. В случае тяжелого течения хронической болезни ребенок длительное время находится в подавленном эмоциональном состоянии, у него отмечается значительное снижение психической активности. К сожалению, в условиях, необходимых для сохранения жизни и здоровья детей (частые госпитализации, соблюдение лечебного режима, сужение круга контактов), реализация их психологического потенциала крайне ограничена. Это оказывает дополнительное негативное влияние на психологическое состояние больного и обуславливает появление у него таких тяжелых психологических отклонений, как сужение мотивационно-потребностной сферы, конфликтное самоотношение, акцентуация характера, социальная дезадаптация [19]. В случае личностной и психологической незрелости ребенка степень негативно-го влияния болезни и искаженной социальной ситуации на процесс его психического развития возрастает, т.к. механизмы адаптации и компенсации у него чаще всего несовершенны. Предупредить возникновение «социального вывиха» или сгладить его последствия можно путем оказания психолого-педагогической помощи ребенку и его семье с момента выявления болезни и на протяжении лечения.

Важно отметить, что ни принадлежность к определенной нозологической группе, как указывают некоторые ав-

торы [14], ни схожесть социальных условий среды [10], ни индивидуально-типологические особенности пациента [13] изолированно сами по себе не являются прогностическими критериями развития личности. По отдельности каждый из них не позволяет установить траекторию психического развития ребенка и содержание индивидуальной программы помощи. Только путем сопоставления данных о состоянии здоровья ребенка, его психологических характеристиках и особых потребностях, сложившейся социальной ситуации развития можно определить форму, методы и содержание психологической помощи. Необходимую информацию можно собрать в ходе всестороннего психолого-педагогического обследования ребенка и его родителей. Программа психолого-педагогической поддержки ребенка должна включать комплекс реабилитационных мероприятий по повышению его адаптационных возможностей и оптимизации социальной ситуации развития (прежде всего, в семье). При этом форма и содержание помощи ребенку определяются степенью тяжести его физического и, как следствие, психологического состояния. Вместе с тем пока остается нерешенным вопрос об определении направлений и содержания дифференцированной помощи пациентам, имеющим различный психологический статус при одинаковой этиологии и тяжести течения болезни. Этот аспект требует дополнительной разработки, а также тщательного изучения специфических социальных условий и индивидуальных адаптационных возможностей детей.

Создание дифференцированных программ психологической помощи детям с болезнями органов пищеварения является чрезвычайно важной и представляет собой перспективу дальнейшего исследования.

Краткие практические рекомендации

Для детей с болезнью в острой стадии в тяжелом физическом и психологическом состоянии психолого-педагогическая работа в рамках восстановительного лечения проводится, как правило, в индивидуальной форме и

сфокусирована на оказании эмоциональной поддержки, стабилизации эмоционального фона и снижении остроты переживаний, связанных с лечением и опасениями негативного исхода. Для пациентов со стабильным физическим состоянием (стойкая ремиссия) и индивидуальными трудностями адаптации к болезни и изменениям социальных условий жизни помощь в основном оказывается в групповой форме и направлена на решение возрастных задач развития и сглаживание «социального вывиха».

Заключение

Большинство детей с болезнями органов пищеварения имеют психологические трудности, и их личность формируется в искаженных социальных условиях. Все они нуждаются в психолого-педагогической поддержке и создании оптимальных условий для реализации их психологического и познавательного потенциала.

Без систематической психолого-педагогической поддержки и создания необходимых условий во время лечения ребенок становится заложником искаженной социальной ситуации, которая направлена на сохранение его жизни и восстановление здоровья, но не обеспечивает развитие детской личности.

При разработке программы психологической помощи необходимо учитывать возраст ребенка на момент возникновения болезни, этиологию и тяжесть заболевания ребенка, длительность, характер и выраженность несоответствия социальных условий среды его возрастным и индивидуальным психологическим потребностям пациента.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лымарева Е.В. Расстройства нервной системы у детей с хроническими гастроэнтеритами. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург. 2005. 121 с.
2. Banez G.A., Cunningham C. Pediatric gastrointestinal disorders: recurrent abdominal pain, inflammatory bowel disease and rumination disorders. Handbook of pediatric psychology. M.C. Roberts (ed.). 3rd ed. Berlin: Springer. 2003. P. 462–481.
3. Ballenger J.C., Davidson J.R., Lecrulier J., Nutt, D.J., Lydiart R.D., Mayer E.A. Consensus statement on depression, anxiety and functional gastrointestinal disorders. *J. Clin. Psychiatry*. 2001; 48–51.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь. 2002. 560 с.
5. Вахрушева И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб. 2004. 25 с.
6. Фёдорова В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Автореф. дис. ...канд. психол. наук. СПб. 2009. 23 с.
7. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь. 2004. 384 с.
8. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М. 1957. 193 с.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского гос. ун-та. 1987. 168 с.
10. Булыгина М.В. Особенности коммуникации между матерью и ребенком с хроническим соматическим расстройством (на материале гастропатологии). Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М. 2007. 26 с.
11. Коркина М.В., Марилов В.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова*. 1995; 95 (6): 43–47.
12. Филякова Е.Г., Николаева В.В., Касаткин В.Н. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма- и гастродуоденальная патология). *Педиатрия*. 2000; 4: 97–102.
13. Alexander F. Psychological factors in gastro-intestinal disturbances. *Psychoanal*. 1934; 3: 506.
14. Levenstein S., Prantera C., Scribano M.L., Varvo V., Berto V., Spinella S., Psychologic Predictoiois of Duodenal Ulcer Healing. *J. Clin Gastr*. 1996; 22 (2): 84–89.
15. Здоровье детей России в XXI веке. Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России. 2000. 159 с.
16. Лазуренко С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте. Монография. М.: ЛОГОМАГ. 2014. 266 с.

17. Лазуренко С.Б., Симонова О.И., Свиридова Т.В. Психологические аспекты в ведении больных муковисцидозом. В кн.: Муковисцидоз. Под ред. Н.И. Капранова, Н.Ю. Каширской. М.: Медпрактика. 2014. С. 623–648.
18. Профилактическая педиатрия. Под ред. А.А. Баранова. М.: Союз педиатров России. 2012. С. 442–484.
19. Венгер А.Л. Психологические синдромы: подходы к содержательной диагностике развития. *Культурно-историческая диагностика*. 2014; 10 (1): 20–25.
20. Выготский Л. С. Собрание сочинений. Т. 4. Детская психология. М.: Педагогика. 1984. С. 244–268.
21. Практикум по возрастной психологии. Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. СПб: Речь. 2006. 688 с.
22. Brain Function in Depressed Children and Adolescents. The international encyclopedia of depression. R.E. Ingram (ed.). New York: Springer Publishing Company. 2009. 688 p.
23. Barreire S.G., Oliveira O.A., Kazama W., Kimura M., Santos V. L.C.G. Quality of life of children with stomas: the children and mothers' point of view. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79 (11): 55–62.
24. Хавкин А.И., Файзуллина Р.М., Бельмер С.В., Горелов А.В., Захарова И.Н., Звягин А.А. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами. *Вопросы детской диетологии*. 2014; 12 (4): 49–63.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Свиридова Татьяна Васильевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник НИИ ППиВЛ НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 340-01-04, e-mail: tvsviridova@gmail.com

Лазуренко Светлана Борисовна, доктор психологических наук, доцент, заведующая лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: labspiko@gmail.com

Венгер Александр Леонидович, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории специальной психологии и коррекционного обучения НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: labspiko@gmail.com

Комарова Елена Владимировна, доктор медицинских наук, врач-гастроэнтеролог НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: labspiko@gmail.com

Потапов Александр Сергеевич, доктор медицинских наук, заведующий гастроэнтерологическим отделением с гепатологической группой НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: potapov@nczd.ru

Буслаева Анна Сергеевна, научный сотрудник НИИ ППиВЛ НЦЗД Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: labspiko@gmail.com