

*М.О. Семен<sup>1</sup>, О.Л. Личковська<sup>1</sup>, В.Д. Семен<sup>2</sup>*

## Ефективність введення мультимодальної психотерапії в менеджмент педіатричних пацієнтів із синдромом подразненого кишечника

<sup>1</sup>ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Україна<sup>2</sup>КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини», м. Львів, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025). 8(152): 37-44; doi 10.15574/SP.2025.8(152).3744

**For citation:** Semen MO, Lychkovska OL, Semen VD. (2025). Efficacy of multimodal psychotherapy in the management of pediatric patients with irritable bowel syndrome. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(152): 37-44. doi: 10.15574/SP.2025.8(152).3744.

Синдром подразненого кишечника (СПК) – це розлад взаємодії на осі «кишечник – головний мозок», що характеризується абдомінальним болем, порушенням частоти/консистенції випорожнень і часто супроводжується психоемоційним дистресом. Зважаючи на обмежені можливості та низьку ефективність медикаментозної терапії СПК у дітей, все більшого значення в лікуванні розладу набувають нефармакологічні методи, зокрема, психотерапевтичні та психосоціальні інтервенції.

**Мета** – оцінити ефективність введення психотерапії в комплексне лікування СПК у дітей на основі клінічних змін як на соматичному, так і на психоемоційному та психосоціальному рівнях.

**Матеріали і методи.** До дослідження залучено 54 пацієнти віком 6–12 років із діагнозом СПК; із них 24 пацієнтам призначено мультимодальну психотерапію і медикаментозне лікування (основна група), а 30 – тільки фармакотерапію (контрольна група). Мультимодальна психотерапія передбачала системне сімейне консультування, елементи когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційні техніки та групову арт-терапію в змішаному форматі. Ефективність лікування оцінено за динамікою клінічних проявів із використанням 4-бальної шкали Лайкерта.

**Результати.** У дітей із СПК, яким додатково призначали психотерапію, зафіксовано достовірне зниження інтенсивності больового та астено-вегетативного синдромів, а також рівня особистісної тривожності порівняно з тими, хто отримував лише симптоматичне медикаментозне лікування. Серед інших критеріїв ефективності введення психотерапії відзначено зменшення частоти клінічних проявів, усвідомлення значущості психоемоційних чинників у розвитку СПК, поліпшення сімейних стосунків і позитивну динаміку соціальних контактів дитини. Зафіксовано значно вищу загальну ефективність лікування, оцінювану батьками, у групі пацієнтів, яким додатково призначали психотерапію.

**Висновки.** Введення мультимодальної психотерапії до комплексного лікування СПК у дітей виявилось ефективним, що підтверджується зменшенням частоти та інтенсивності клінічних симптомів, поліпшенням психоемоційного стану та підвищенням якості соціальних контактів дітей.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол схвалено місцевим етичним комітетом. Отримано інформовану згоду опікунів дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** педіатрія, дитяча гастроентерологія, синдром подразненого кишечника, психоемоційні фактори, лікування, психотерапія.

### Efficacy of multimodal psychotherapy in the management of pediatric patients with irritable bowel syndrome

*M.O. Semen<sup>1</sup>, O.L. Lychkovska<sup>1</sup>, V.D. Semen<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Ukraine<sup>2</sup>Clinical Center of Pediatric Medicine, Lviv, Ukraine

Irritable bowel syndrome (IBS) is a disorder of gut-brain interaction characterized by abdominal pain, changed bowel habits, and often accompanied by psycho-emotional distress. In pediatric practice, according to the limited efficacy of pharmacological treatment, non-pharmacological approaches, particularly psychotherapeutic and psychosocial interventions, are gaining increasing importance in the management of the disorder.

**Aim** – to evaluate the efficacy of integrating multimodal psychotherapy into the treatment of IBS in children based on clinical changes at the somatic, psycho-emotional, and psychosocial levels.

**Materials and methods.** The study involved 54 patients aged 6–12 diagnosed with IBS: 24 patients received multimodal psychotherapy in combination with pharmacological treatment (main group), while 30 patients received pharmacotherapy only (control group). The multimodal psychotherapy included family counseling, elements of cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and group art therapy in a hybrid format. Treatment efficacy was assessed based on the dynamics of clinical symptoms using a 4-point Likert scale.

**Results.** Children with IBS who received psychotherapy showed a statistically significant reduction in the intensity of pain and asthenic syndrome symptoms, as well as lower levels of trait anxiety, compared to those who received symptomatic pharmacotherapy only. Other indicators of psychotherapy efficacy included decreased frequency of clinical symptoms, increased awareness of the role of psycho-emotional factors in IBS development, improved family relationships, and positive changes in the child's social interactions. Overall treatment efficacy, assessed by parents, was significantly higher in the main group.

**Conclusions.** Multimodal psychotherapy enhances the efficacy of IBS treatment in children by reducing symptoms and improving emotional well-being and social functioning.

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. The protocol was approved by the local ethics committee. Written informed consent was obtained from the children's legal guardians.

The authors declare no conflict of interest.

**Keywords:** pediatrics, pediatric gastroenterology, irritable bowel syndrome, psycho-emotional factors, treatment, psychotherapy.

**С**индром подразненого кишечника (СПК) є хронічним розладом церебро-інтестинальної взаємодії, що характеризується абдомінальним болем і порушенням частоти/консистенції випорожнень [29]. Що важливо, СПК часто супроводжується психологічним дистресом, порушенням сну і загального самопочуття [1,37], а це особливо актуально зараз в Україні в умовах воєнного стану. За даними літератури, СПК є найпоширенішим порушенням цереброінтестинальної взаємодії в дітей [17]. Поширеність цього розладу у світі широко варіює і становить від 1,5% до 10,1%, що можна пояснити географічними особливостями, а також різними діагностичними підходами [24]. Висока частота виявлення СПК як серед дорослого, так і серед дитячого населення призводить до серйозного навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки таким пацієнтам призначають велику кількість часто необґрунтованих лабораторних та інструментальних досліджень [4,10]. У 2026 р. для уніфікації та вдосконалення діагностування заплановано публікацію нових Римських критеріїв V, зокрема, окремі їхні розділи стосуються педіатричних пацієнтів [9].

На сьогодні менеджмент пацієнтів із розладами взаємодії «шлунково-кишковий тракт (ШКТ) – головний мозок», у тому числі із СПК, є справжнім викликом як для дорослої, так і для дитячої гастроентерології [3,6,21,26]. Зокрема, у педіатрії запорукою ефективного лікування таких пацієнтів є налагодження довірливих стосунків між лікарем, пацієнтом і його батьками, психоедукація сім'ї, ідентифікація стресорів, що можуть призводити до посилення соматичних симптомів [19]. Першочерговою ціллю лікування має бути не лише ерадикація абдомінального болю та диспептичних проявів, але й поліпшення мікро- і макросоціальних контактів дитини, режиму дня, патернів сну, настрою тощо [8,33]. Слід пояснити пацієнтам і їхнім батькам, що при СПК немає органічних змін із боку травної системи, однак відчуття болю є абсолютно реальним, що можна, до прикладу, пов'язати з вісцеральною гіперчутливістю [27]. Українцям важливо навчити батьків адекватно ставитися до скарг дитини, не зациклюватися на них, а навпаки, відволікати та переключати увагу дитини. L.S. Walker та співавт. зазначають, що саме «відволікаюча тактика» батьків значно ефективніша в менеджменті дітей із СПК; це підтверджено до-

стовірним зниженням частоти абдомінального болю в цій групі пацієнтів [36].

З позицій доказової медицини на сьогодні не розроблено рекомендації щодо специфічного фармакологічного лікування розладів взаємодії «ШКТ – головний мозок», у тому числі СПК, у дітей [15,26]. У наукових дослідженнях вивчають ефективність ряду медикаментозних препаратів, серед яких спазмолітики, антидепресанти, антибіотики, лаксативи, прокінетики, антидіарейні засоби та секвестранти жовчних кислот, однак цих даних недостатньо для створення чітких практичних рекомендацій [26,34]. Також активно досліджується ефективність застосування плацебо, зокрема, S. Nurko та співавт. зазначають, що в дітей і підлітків із функціональним абдомінальним болем і СПК на тлі застосування відкритої плацеботерапії достовірно знижується інтенсивність больового синдрому [23]. Зважаючи на обмежений арсенал і низьку ефективність медикаментозних засобів, на сьогодні в менеджменті СПК особливого значення набувають нефармакологічні методи, зокрема, це стосується психотерапевтичних і психосоціальних інтервенцій. У літературі є дослідження, що доводять ефективність призначення когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), гіпнотерапії та релаксаційних методик, але здебільшого це стосується дорослих пацієнтів із СПК [1,5].

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на зміну патернів поведінки, мислення та емоцій, які можуть бути тригером у виникненні порушень на осі «кишечник – центральна нервова система», що маніфестують у вигляді клінічних проявів СПК [25]. Дітей і батьків навчають різноманітних стратегій подолання стресу та відволікання, а також релаксаційних технік [27]. Що важливо, КПТ можна проводити в різних форматах: під час особистих терапевтичних сесій, телефоном або онлайн за допомогою спеціальних програм і додатків, що дає змогу зробити цей метод лікування доступнішим для пацієнтів [28,35]. За даними систематичного огляду і метааналізу, у якому залучено 17 досліджень, проведених у дітей віком від 4 до 18 років із розладами взаємодії «ШКТ – головний мозок», виявлено вищу ефективність лікування за умови призначення КПТ пацієнтам порівняно з відсутністю втручання (вірогідність доказів – середня) [16]. Однак за даними аналізу 5 досліджень, що порівнювали клінічну ефективність КПТ із психоедукацією дитини та батьків,

не виявлено достовірних відмінностей щодо зменшення частоти та інтенсивності болювого синдрому (вірогідність доказів – низька) [16]. До того ж, у літературі не знайдено праць, які б порівнювали ефективність призначення КПТ із виключно фармакологічним лікуванням у дітей із СПК.

За допомогою гіпнотерапії, спрямованої на ШКТ, пацієнта навчають певним технікам, які можуть застосовуватися для контролю функцій травної системи, часто із використанням метафор або тактильних методів [31]. Гіпноз може проводитись особисто терапевтом, але також і вдома за допомогою спеціальних програм і додатків, що особливо важливо з огляду на невелику кількість спеціалістів і високу вартість такого лікування [27]. Що цікаво, J. Lövdahl та співавт. відзначають, що не лише персональна, але й групова гіпнотерапія є ефективними в зменшенні інтенсивності соматичних скарг, а також у поліпшенні психоемоційного стану та якості життя дорослих пацієнтів із СПК [22]. Що стосується дітей, то, за даними метааналізу 8 досліджень), гіпнотерапія може бути ефективним варіантом для лікування СПК і функціонального абдомінального болю (вірогідність доказів – низька) [16]. I.N. Ganzevoort та співавт. зазначають, що дуже важливим у забезпеченні ефективності гіпнотерапії є ставлення дітей до лікування, що можна поліпшити шляхом додання спеціальних вправ і персоналізацією занять залежно від вподобань пацієнта [13].

Практика йоги, що поєднує медитацію і дишальні вправи з фізичними позами, сприяє поліпшенню тонусу тіла, зменшенню тривожності й поліпшенню загального самопочуття [27]. За даними актуального метааналізу, йога є безпечною і потенційно може бути корисною для поліпшення стану пацієнтів із гастроінтестинальними розладами, однак це потребує подальших досліджень [32]. Щодо педіатричних пацієнтів, за результатами метааналізу, на сьогодні немає достатньо доказів, аби рутинно вводити заняття йогою в менеджмент дітей із СПК [16]. Стосовно інших релаксаційних методик, то S. Ebrahimloee та співавт. зазначають, що техніка Бенсона сприяє зниженню інтенсивності клінічних симптомів і поліпшенню якості життя в дітей із СПК [11]. Ця методика базується на зменшенні активності симпатичного відділу автономної нервової системи (АНС) шляхом стимуляції парасимпатичної

гілки АНС, що дає змогу знизити емоційну напругу, пов'язану з болем, поліпшити сон і самопочуття пацієнта [14].

Підсумовуючи, психотерапевтичні й психосоціальні інтервенції вказують на доведену клінічну ефективність і можуть бути введені в комплексне лікування дорослих пацієнтів із СПК. Стосовно дітей, то таких досліджень у літературі знайдено значно менше, що потребує додаткового вивчення й уточнення. До того ж, зважаючи на голістичний біопсихосоціальний підхід до менеджменту таких пацієнтів, слід розширити перелік критеріїв ефективності лікування з акцентуванням не лише на соматичні симптоми, але й на психоемоційні та психосоціальні особливості індивіда.

**Мета** дослідження – оцінити ефективність введення психотерапії в комплексне лікування СПК у дітей на основі клінічних змін як на соматичному, так і на психоемоційному і психосоціальному рівнях.

### Матеріали і методи дослідження

Обстежено 54 пацієнти віком від 6 до 12 років із діагнозом СПК, встановленим згідно з Римськими критеріями IV [2], серед яких 28 (51,9%) хлопчиків і 26 (48,1%) дівчаток. У 24 (44,5%) дітей діагностовано СПК із переважанням закріпів, у 12 (22,2%) – із переважанням проносів, а у 18 (33,3%) – форму з чергуванням закріпів і проносів. Важливою передумовою залучення дитини до дослідження була відсутність супутньої патології, окрім інших розладів взаємодії «ШКТ – головний мозок», що патогенетично пов'язані із СПК.

Усім пацієнтам призначено протокольну симптоморієнтовану терапію залежно від клінічного варіанта розладу (спазмолітики, прокінетики, лаксативи, антидіарейні, піногасники, пребіотики, пробіотики тощо). Умовою початку лікування з введенням психотерапії була наявність інформованої згоди як від батьків, так і від самої дитини. До основної групи залучено 24 сім'ї, які погодилися на участь у дослідженні. Перед початком терапії з ними узгоджено ключові аспекти співпраці: конфіденційність, частоту та формат зустрічей тощо. Після встановлення довірливих, партнерських відносин із дитиною та її батьками пацієнтам у зрозумілій формі надано інформацію щодо формування СПК із позицій біопсихосоціальної моделі медицини, а також на-

Таблиця 1

Характеристика обстежених пацієнтів із синдромом подразненого кишечника

Показник	Основна група (n=24)	Контрольна група (n=30)
Хлопчики, абс. (%)	13 (54,2)	15 (50,0)
Дівчатка, абс. (%)	11 (45,8)	15 (50,0)
Вік (роки), mean ± SD	8,2±1,8	9,0±1,6
Індекс маси тіла (ІМТ) (кг/м <sup>2</sup> ), mean ± SD	16,2±2,0	17,3±2,2
Клінічний варіант СПК, абс. (%):		
- з переважанням закріпів	10 (41,7)	14 (46,7)
- з переважанням проносів	6 (25,0)	6 (20,0)
- із чергуванням закріпів/проносів	8 (33,3)	10 (33,3)
Середня тривалість СПК (роки), mean ± SD	2,2±1,1	1,9±0,9

Примітки: абс. – кількість обстежених дітей; mean – середнє значення; SD – стандартне відхилення.

голошено на особливому значенні психоемоційних і психосоціальних чинників ризику у виникненні цього розладу. Лікування проведено психотерапевтом і психологом КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини», використано доступні методи психотерапевтичних інтервенцій, зокрема, системного сімейного консультування, елементів КПТ, релаксаційних технік і групової арт-терапії. Перші сесії проведено під час перебування дитини в стаціонарі, після чого терапію продовжено на амбулаторному етапі в змішаному форматі – як офлайн, так і онлайн. До контрольної групи залучено 30 пацієнтів, які отримували тільки медикаментозне лікування без залучення психотерапевтичних і психосоціальних втручань.

Ефективність проведеної терапії оцінено за 1 місяць після її початку за динамікою больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів із використанням 4-бальної шкали Лайкерта: 0 балів – симптомів немає; 1 бал – симптом виражений слабо, не впливає на звичайну активність пацієнта; 2 бали – симптом виражений помірно, впливає на повсякденну активність пацієнта; 3 бали – симптом значно виражений, ускладнює звичну життєдіяльність дитини. Для визначення рівня особистісної тривожності та соматизації до і за 1 місяць після лікування використано опитувальники «Children's Manifest Anxiety Scale» (CMAS) і «Somatoform Symptom Screening» (SOMS) відповідно [30].

Статистичний аналіз даних проведено з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики за допомогою програмного забезпечення «Microsoft Excel 2016» і «GraphPad Prism 5». Кількісні змінні подано за допомогою

середнього значення і стандартного відхилення (показники, що характеризують групи пацієнтів), а також за допомогою середнього значення і стандартного відхилення похибки середнього (клінічні прояви, оцінені за шкалою Лайкерта). Якісні змінні відображено за допомогою відсотків. Для параметричних змінних вірогідність різниці між середніми величинами у вибірках визначено за допомогою тесту Стьюдента. Для порівняння частотних показників незалежних груп використано критерій Хі-квадрат Пірсона ( $\chi^2$ ) без поправки Єйтса на безперервність. За рівень статистичної значущості прийнято значення  $p$  не менше 95% ( $p < 0,05$ ).

Батьками пацієнтів підписано інформовані згоди щодо участі в дослідженні, схваленому комісією з питань етики наукових досліджень Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

### Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці 1 наведено основні показники, які характеризують пацієнтів основної та контрольної груп. Обидві групи дітей достовірно не різнилися за віком, статтю, індексом маси тіла, розподілом клінічних варіантів СПК і середньою тривалістю діагностованого розладу. На момент госпіталізації в пацієнтів основної та контрольної груп не виявлено статистично значущих відмінностей щодо інтенсивності соматичних симптомів і рівня особистісної тривожності і соматизації.

За даними оцінювання динаміки інтенсивності клінічних проявів СПК за 1 місяць після початку терапії встановлено достовірне зниження

рівня больового синдрому в основній групі порівняно з контрольною ( $p=0,016$ ) (рис. 1). M. Vonnert та співавт. також відзначають достовірне зниження частоти та інтенсивності больового синдрому і підлітків із СПК після проведення психотерапевтичних інтервенцій в онлайн-форматі [7]. Цікавим є дослідження S. Kikuchi, що доводить клінічну ефективність групової КПТ в дорослих пацієнтів із СПК, рефрактерним до медикаментозного лікування, у яких спостерігають статистично значуще зниження інтенсивності абдомінального болю [18].

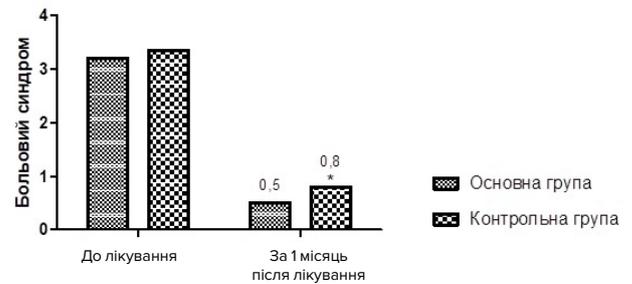
Щодо диспептичного синдрому, то встановлено нижчу його інтенсивність після лікування в пацієнтів основної групи ( $0,75 \pm 0,54$  бала) порівняно з контрольною ( $0,90 \pm 0,62$  бала), однак ці відмінності не є статистично достовірними ( $p=0,345$ ) (рис. 2).

Натомість виявлено майже вдвічі нижчу ( $0,46 \pm 0,50$  бала) вираженість астено-вегетативного синдрому після лікування в основній групі порівняно з контрольною групою ( $0,80 \pm 0,61$  бала;  $p=0,047$ ) (рис. 3).

За результатами порівняння рівня особистісної тривожності за 1 місяць після початку терапії також зафіксовано достовірно нижчі ( $10,8 \pm 4,3$  бала за шкалою СМАС) показники в пацієнтів основної групи порівняно з  $14,3 \pm 4,7$  бала в контрольній групі ( $p=0,012$ ) (рис. 4). Подібні результати пропонують M. Funaba та співавт., які відзначають зниження рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності в дорослих пацієнтів із СПК після проведення КПТ у змішаному форматі (офлайн і онлайн) [12].

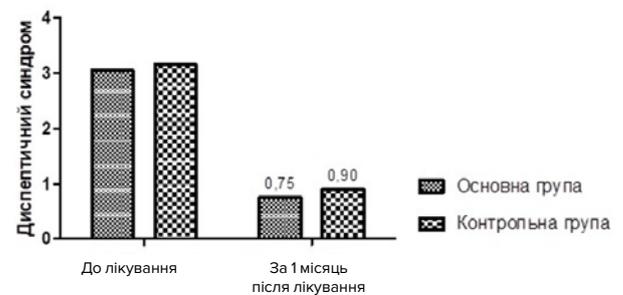
Що стосується соматизації, то більш виражене зниження її рівня відзначено в основній групі ( $6,1 \pm 0,2$  бала за шкалою SOMS проти  $5,6 \pm 0,3$  бала в контрольній групі), однак ця різниця не є статистично достовірною ( $p=0,233$ ) (рис. 5). Отримані результати можуть бути пов'язані з тим, що схильність до соматизації є стійким утвором особистості, яка, імовірно, потребує тривалішого психотерапевтичного втручання.

У таблиці 2 наведено перелік критеріїв оцінювання результатів лікування, на які особливу увагу акцентували батьки пацієнтів. У сімей з основної групи відзначено статистично значущу кращу динаміку всіх наведених показників, зокрема, визнання ролі психоемоційних факторів у виникненні розладу ( $p < 0,0001$ ), поліпшення стосунків у сім'ї ( $p=0,003$ ), позитивну динаміку

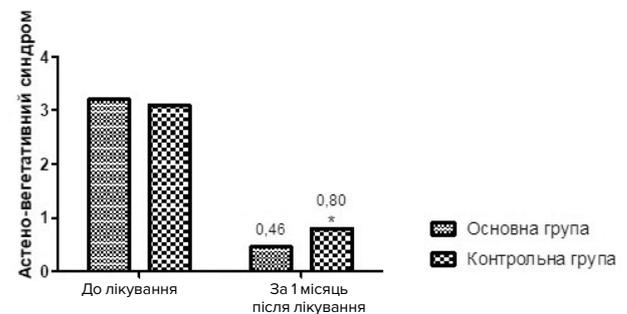


Примітка: \* – статистично вірогідне значення.

**Рис. 1.** Інтенсивність больового синдрому (за шкалою Лайкерта) до і за 1 місяць після лікування в дітей основної та контрольної груп

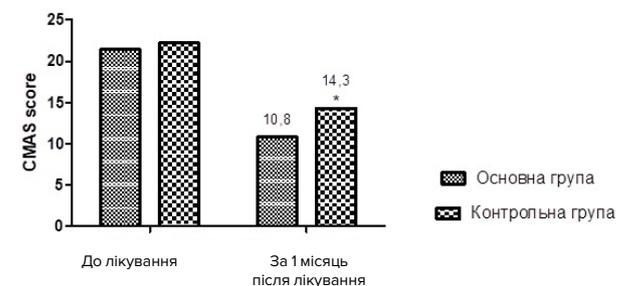


**Рис. 2.** Інтенсивність диспептичного синдрому (за шкалою Лайкерта) до і за 1 місяць після лікування в дітей основної та контрольної груп



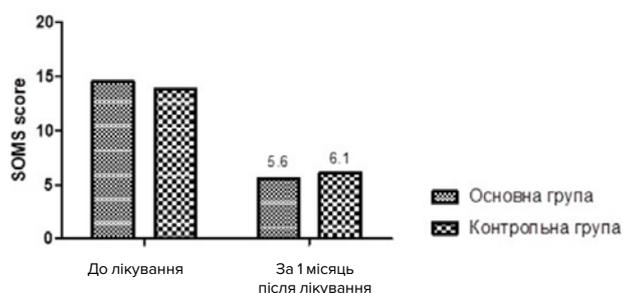
Примітка: \* – статистично вірогідне значення.

**Рис. 3.** Інтенсивність астено-вегетативного синдрому (за шкалою Лайкерта) до і за 1 місяць після лікування в дітей основної та контрольної груп



Примітка: \* – статистично вірогідне значення.

**Рис. 4.** Рівень тривожності до і за 1 місяць після лікування в дітей основної та контрольної груп



**Рис. 5.** Рівень соматизації до і за 1 місяць після лікування в дітей основної та контрольної груп

змін соціальних контактів дитини ( $p=0,016$ ). Окрім того, за даними подальшого спостереження виявлено, що в пацієнтів контрольної групи практично вдвічі частіше відзначали «повернення клініки» (появу симптомів СПК), аніж у дітей, яким додатково призначали психотерапію (табл. 2). Частота звернень до лікарів із приводу інших скарг також була вищою серед пацієнтів контрольної групи, однак виявлені відмінності не досягли статистичної значущості. Це може бути пов'язано з тим, що вищезазначений показник асоціюється з підвищеною схильністю до соматизації, яка, як зазначалося раніше, є стійкою характеристикою індивіда і потребує тривалішого психотерапевтичного впливу. Загальна ефективність лікування, за результатами оцінювання батьків, визначалася за 1 рік після завершення терапії і виявилася вищою в пацієнтів основної групи, які отримували комплексне лікування з введенням психотерапевтичних інтервенцій (табл. 2). Дослідження М. Lalouni та співавт. також підтверджує, що пацієнти з розладами взаємодії «ШКТ – головний мозок» та їхні батьки позитив-

но відгукуються про загальну ефективність онлайн-психотерапії та мають намір, за потреби, рекомендувати її своїм знайомим [20]. Що важливо, F. Samraio та співавт. доводять не лише клінічну ефективність КПТ в онлайн-форматі у підлітків із СПК, але й її економічну ефективність, що робить цей метод лікування більш доступним для пацієнтів і скорочує тривалість очікування на запис до спеціаліста [28].

Підсумовуючи, слід зазначити, що запропонована нами програма психотерапії позитивно впливає на перебіг СПК у дітей. Це підтверджується кращою динамікою клінічних симптомів, зниженням рівня особистісної тривожності, запобіганням раннього «повернення клініки». До того ж, призначення психотерапевтичного лікування приводить до поліпшення мікро- і макро-соціальних контактів дітей, що є дуже важливим для забезпечення оптимальної якості життя пацієнтів. Окрім того, слід звернути увагу, що змішаний формат психотерапевтичних і психосоціальних інтервенцій є більш доступним для пацієнтів, що дає змогу ширше впроваджувати таку терапію в мультимодальний менеджмент дітей із СПК.

## Висновки

У дітей із СПК, яким додатково призначали психотерапію, виявлено достовірно нижчу інтенсивність больового та астено-вегетативного синдромів, а також нижчий рівень особистісної тривожності порівняно з пацієнтами, які застосовували тільки симптоморієнтовану фармакотерапію.

Таблиця 2

**Результати лікування дітей із синдромом подразненого кишечника шляхом застосування мультимодальної психотерапії порівняно з фармакотерапією, абс. (%)**

Показник	Основна група (n=24)	Контрольна група (n=30)	$\chi^2$	p
Частота появи симптомів СПК понад 2 рази на рік	4 (16,7)	9 (30,0)	4,19	0,041*
Частота звернень до лікарів із приводу інших скарг понад 6 разів на рік	6 (25,0)	10 (33,3)	1,55	0,212
Визнання ролі психоемоційних факторів у виникненні розладу	19 (79,2)	15 (50,0)	18,36	<0,0001*
Поліпшення стосунків у сім'ї	13 (54,2)	10 (33,3)	8,97	0,003*
Позитивна динаміка змін соціальних контактів дитини	13 (54,2)	11 (36,7)	5,83	0,016*
Загальне оцінювання ефективності терапії:				
- лікування ефективне	19 (79,2)	14 (46,7)	21,96	<0,0001*
- лікування ефективне, однак неповною мірою	3 (12,5)	12 (40,0)	18,71	<0,0001*
- лікування неефективне	2 (8,3)	4 (13,3)	1,33	0,248

Примітка: \* – статистично вірогідне значення.

Іншими критеріями ефективності введення психотерапії в комплексне лікування педіатричних пацієнтів із СПК були: зменшення частоти появи клінічних симптомів, визнання ролі психоемоційних факторів у виникненні розладу, поліпшення стосунків у сім'ї і позитивна динаміка змін соціальних контактів дитини.

Загальна ефективність лікування, яку оцінювали батьки за 1 рік після початку терапії, була суттєво вищою в основній групі та становила 79,0%, на противагу 46,7% у контрольній групі.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Axelsson E, Kern D, Hedman-Lagerlöf E, Lindfors P, Palmgren J, Hesser H et al. (2023). Psychological treatments for irritable bowel syndrome: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 52(6): 565-584. doi: 10.1080/16506073.2023.2225745.
- Baaleman DF, Di Lorenzo C, Benninga MA, Saps M. (2020). The effects of the rome IV criteria on pediatric gastrointestinal practice. *Current Gastroenterology Reports*. 22(5): 21. doi: 10.1007/s11894-020-00760-8.
- Belousova OYu. (2024). Irritable bowel syndrome in childhood: Treatment in accordance with International Guidelines. *Child's health*. 19(2): 92-98. [Белоусова О. (2024). Синдром подразненого кишечника в дитячому віці: лікування відповідно до міжнародних рекомендацій. *Здоров'я дитини*. 19(2): 92-98]. doi: 10.22141/2224-0551.19.2.2024.1681.
- Black CJ, Ford AC. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*. 17(8): 473-486. doi: 10.1038/s41575-020-0286-8.
- Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EM, Moayyedi P, Ford AC. (2020). Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 69(8): 1441-1451. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321191.
- Bonetto S, Fagoonee S, Battaglia E, Grassini M, Saracco GM, Pellicano R. (2021). Recent advances in the treatment of irritable bowel syndrome. *Polish Archives of Internal Medicine*. 131(7-8): 709-715. doi: 10.20452/pamw.16067.
- Bonnert M, Olén O, Lalouni M, Benninga MA, Bottai M, Engelbrektsson J et al. (2017). Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*. 112(1): 152-162. doi: 10.1038/ajg.2016.503.
- Brusaferro A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. (2018). The management of paediatric functional abdominal pain disorders: Latest evidence. *Pediatric Drugs*. 20(3): 235-247. doi: 10.1007/s40272-018-0287-z.
- Butt MF, Corsetti M. (2024). Editorial: Rebuilding rome – revisiting diagnostic criteria for irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 61(2): 392-393. doi: 10.1111/apt.18400.
- Di Nardo G, Barbara G, Borrelli O, Cremon C, Giorgio V, Greco L et al. (2024). Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Italian Journal of Pediatrics*. 50(1): 51. doi: 10.1186/s13052-024-01607-y.
- Ebrahimloee S, Masoumpoor A, Nasiri M, Babaie M, Farahani AV et al. (2022). The effect of Benson relaxation technique on the severity of symptoms and quality of life in children with irritable bowel syndrome (IBS): A quasi-experimental study. *BMC Gastroenterology*. 22(1): 547. doi: 10.1186/s12876-022-02631-0.
- Funaba M, Kawanishi H, Fujii Y, Higami K, Tomita Y, Maruo K et al. (2021). Hybrid cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure for irritable bowel syndrome: A feasibility study. *Frontiers in Psychiatry*. 12: 673939. doi: 10.3389/fpsy.2021.673939.
- Ganzevoort IN, van der Veen AL, Alma MA, Berger MY, Holtman GA. (2025). Children's and their parents' experiences with home-based guided hypnotherapy: Qualitative Study. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 8: e58301. doi: 10.2196/58301.
- Golchoubi A, Miri K, Vagheei S, Hajiabadi F, Kahrom M, Behnam Vashani HR. (2024). Evaluating the impact of Benson's relaxation technique on anxiety and delirium among coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 19(1): 657. doi: 10.1186/s13019-024-03186-9.
- Gordon M, de Geus A, Banasiuk M, Benninga MA, Borrelli O, Boruta M et al. (2025). Espghan and NASPGHAN 2024 protocol for paediatric functional constipation treatment guidelines (standard operating procedure). *BMJ Paediatrics Open*. 9(1): e003161. doi: 10.1136/bmjpo-2024-003161.
- Gordon M, Sinopoulou V, Tabbers M, Rexwinkel R, de Bruijn C, Dovey T et al. (2022). Psychosocial interventions for the treatment of functional abdominal pain disorders in children. *JAMA Pediatrics*. 176(6): 560. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0313.
- Hogervorst EM, Ganzevoort IN, Berger MY, Holtman GA. (2023). Irritable bowel syndrome in children with chronic gastrointestinal symptoms in primary care. *Family Practice*. 41(3): 292-298. doi: 10.1093/fampra/cmada070.
- Kikuchi S, Oe Y, Ito Y, Sozu T, Sasaki Y, Sakata M et al. (2022). Group cognitive-behavioral therapy with interoceptive exposure for drug-refractory irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*. 117(4): 668-677. doi: 10.14309/ajg.000000000001664.
- Kuliaviene I, Gelman S, Kupcinskas J. (2024). Patient-physician relationship in irritable bowel syndrome: Review on empathy and stigma. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*. 33(1): 107-114. doi: 10.15403/jgld-5018.
- Lalouni M, Ljótsson B, Bonnert M, Ssegonja R, Benninga M, Bjureberg J et al. (2019). Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioral therapy in children with functional abdominal pain disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 17(11): 2236-2244.e11. doi: 10.1016/j.cgh.2018.11.043.
- Lychkovska OL, Semen MO. (2024). Multidisciplinary approach to the management of pediatric patients with irritable bowel syndrome. Literature review. *Modern Gastroenterology*. (2): 56-63. [Личковська ОЛ, Семен МО. (2024). Мультидисциплінарний підхід до менеджменту педіатричних пацієнтів із синдромом подразненого кишечника. Огляд літератури. *Сучасна гастроентерологія*. 2: 56-63]. doi: 10.30978/mg-2024-2-56.
- Lövdahl J, Törnblom H, Ringström G, Palsson OS, Simrén M. (2022). Randomised clinical trial: Individual versus group hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 55(12): 1501-1511. doi: 10.1111/apt.16934.
- Nurko S, Saps M, Kossowsky J, Zion SR, Di Lorenzo C, Vaz K et al. (2022). Effect of open-label placebo on children and adolescents with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *JAMA Pediatrics*. 176(4): 349. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5750.
- Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to rome III or IV criteria: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 5(10): 908-917. doi: 10.1016/s2468-1253(20)30217-x.
- Reed B, Buzenski J, van Tilburg MAL. (2020). Implementing psychoblogical therapies for gastrointestinal disorders in Pediatrics. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 14(11): 1061-1067. doi: 10.1080/17474124.2020.1806055.

26. Rexwinkel R, de Bruijn CM, Gordon M, Benninga MA, Tabbers MM. (2021). Pharmacologic treatment in functional abdominal pain disorders in children: A systematic review. *Pediatrics*. 147(6): e2020042101. doi: 10.1542/peds.2020-042101.
27. Rexwinkel R, Vlieger AM, Saps M, Tabbers MM, Benninga MA. (2022). A therapeutic guide on pediatric irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified. *European Journal of Pediatrics*. 181(7): 2603-2617. doi: 10.1007/s00431-022-04459-y.
28. Sampaio F, Bonnett M, Olén O, Hedman E, Lalouni M, Lenhard F et al. (2019). Cost-effectiveness of internet-delivered cognitive-behavioural therapy for adolescents with irritable bowel syndrome. *BMJ Open*. 9(1): e023881. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023881.
29. Schmulson MJ, Drossman DA. (2017). What is new in Rome IV. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 23(2): 151-163. doi: 10.5056/jnm16214.
30. Semen MO, Lychkovska OL. (2023). Trait anxiety and somatization levels in children with irritable bowel syndrome. *Child's health*. 18(1): 53-59. [Семен М, Личковська О. (2023). Рівень особистісної тривожності та соматизації у дітей з синдромом подразненого кишечника. *Здоров'я дитини*. 18(1): 53-59]. doi: 10.22141/2224-0551.18.1.2023.1559.
31. Siah KT, Mahadeva S. (2022). Hypnotherapy and IBS: Time to take control of the Asian gut. *JGH Open*. 6(7): 445-446. doi: 10.1002/jgh3.12785.
32. Thakur ER, Shapiro JM, Wellington J, Sohl SJ, Danhauer SC, Moshiree B et al. (2024). A systematic review of yoga for the treatment of gastrointestinal disorders. *Neurogastroenterology & Motility*. 38(1): e14915. doi: 10.1111/nmo.14915.
33. Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, Di Lorenzo C, Mack I, Nurko S et al. (2020). Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nature Reviews Disease Primers*. 6(1): 89. doi: 10.1038/s41572-020-00222-5.
34. Wal A, Wal P, Verma N, Pandey SS, Krishnan K, Bhowmick M. (2024). Children and adolescents with irritable bowel syndrome: treatment and management. *Current Pediatric Reviews*. 20(2): 166-177. doi: 10.2174/1573396319666221128094843.
35. Walker LS, Stone AL, Han GT, Garber J, Bruehl S, Smith CA et al. (2021). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for youth with functional abdominal pain: A randomized clinical trial testing differential efficacy by patient subgroup. *Pain*. 162(12): 2945-2955. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002288.
36. Walker LS, Williams SE, Smith CA, Garber J, Van Slyke DA, Lipani TA. (2006). Parent attention versus distraction: Impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain*. 122(1): 43-52. doi: 10.1016/j.pain.2005.12.020.
37. Zejnelagic J, Ohlsson B. (2021). Chronic stress and poor sleeping habits are associated with self-reported IBS and poor psychological well-being in the general population. *BMC Research Notes*. 14(1): 280. doi: 10.1186/s13104-021-05688-4.

#### Відомості про авторів:

**Семен Марта Олегівна** – д.філос., асистент каф. пропедевтики педіатрії та медичної генетики ДНП «ЛНМУ ім. Д. Галицького». Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0002-8464-7412>.

**Личковська Олена Львівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри пропедевтики педіатрії та медичної генетики ДНП «ЛНМУ ім. Д. Галицького». Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0001-8789-6310>.

**Семен Вікторія Дмитрівна** – дитячий гастроентеролог поліклінічного відділення КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини». Адреса: м. Львів, вул. Лисенка, 31. <https://orcid.org/0000-0002-5090-2227>.

Стаття надійшла до редакції 06.06.2025 р., прийнята до друку 15.12.2025 р.