МЭТРЫ МИРОВОЙ ПСИХОЛОГИИ

Д. Н. ИСАЕВ

# ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

РЕЧЬ

**И71**

**Исаев** Д. **Н.**

И71 Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.

ISBN 5-9268-0342-X

Двусторонняя связь между психикой и телом значительно теснее, чем предполагают. Чем младше дети, тем это очевиднее. Фактически каждый больной ребёнок одновременно страдает и от соматических и от нервно-психических расстройств. Постоянно переживаемые детьми эмоциональные стрессы нередко приводят к психосоматическим расстройствам. Они негативно переживаются формирующейся личностью и тем самым усугубляют возникающие нарушения здоровья. Защитные механизмы у детей еще недостаточно зрелые, и они не способны справиться с этой патологией. В результате, она становится препятствием для нормального развития или дает начало серьезным заболеваниям.

Анализ данной проблемы и пути её решения можно найти в настоящей книге, написанной ведущим специалистом в этой области, заслуженным деятелем науки, профессором Дмитрием Николаевичем Исаевым.

Книга предназначена для психиатров, психотерапевтов, педиатров, врачей общей практики, специальных и медицинских психологов.

**ББК 88.36**

Главный редактор *И. Авидон*
Ведущицй редактор *О. Гончукова*
Художественный редактор *П. Борозенец*
Технический редактор *О. Колесниченко*
Директор *Л. Янковский*

©Д. Н.Исаев, 2005
© Издательство «Речь», 2005
© п. В. Борозенец, обложка, 2005

[SBN **5-9268-0342-X**

Подписано в печать 27.01.2005 г.
Формат 70x100 1/16. Усл. *печ.* л. 25. Тираж 2000 экз. Заказ № 3836

Интернет-магазин: www.intematura.ru

ООО Издательство «Речь»
199178, Санкт-Петербург, ул. Шевченко, д. 3 (лит. «М»), пом. 1,
тел. (812) 323-76-70, 323-90-63, info@rech.spb.ru, www.rech.spb.ru
Представительство в Москве:
тел.: (095) 502-67-07, rech@online.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ГУП «Типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ ..... 9

Глава 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ..... 11
История вопроса ..... 11
Психосоматический подход ..... 19
Распространенность психосоматических расстройств ..... 23
Эпидемиология отдельных форм психосоматических расстройств ..... 26

Глава 2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ) У ДЕТЕЙ. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ..... 29
Стресс и эмоциональный стресс, механизмы развития ..... 29
Социальное окружение ..... 31
Стрессор ..... 33
Систематика неблагоприятных психосоциальных факторов ..... 34
Глобальные и общественные неблагоприятные факторы ..... 35
Неблагоприятные факторы, связанные с детскими учреждениями ... 36
Семейные неблагоприятные факторы ..... 37
Индивид ..... 41
Психологическая защита и биологические процессы ..... 45
Соматические изменения в процессе стресса ..... 47
Патогенность стресса ..... 50

Глава 3. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ ..... 53
Характерологические и патохарактерологические реакции ..... 60
Реакции, свойственные преимущественно детям ..... 61

Реакции, свойственные преимущественно подросткам....65
Профилактика дезадаптации....67

Глава 4. ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ДИАГНОСТИКА И СИСТЕМАТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ....74
Особенности диагностики психосоматических расстройств у детей....76
Систематика психосоматических расстройств....78
Психосоматические симптомы и синдромы....81

Глава 5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ....85
Роль матери в развитии ребенка и его приспособлении к окружающей среде....85
Клинические проявления психосоматических расстройств у младенцев и детей раннего возраста....92
Обследование детей раннего возраста....99
Терапевтическое вмешательство....100

Глава 6. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ....103
Вегетативно-сосудистая дистония....103
Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу....105
Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу....108
Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу....ПО
Лечение детей с вегетативной дистонией....114

Глава 7. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ....116
Бронхиальная астма....117
Этиология и патогенез....117
Клинические проявления....119
Поллиноз....125
Пищевая аллергия....125

Глава 8. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА....128
Распространенность....128
Этиология и патогенез....129
Клиническая картина болезней желудочно-кишечного тракта....131
Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта....135

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ... 136
Дифференциальный диагноз ... 140
Лечение ... 141
Профилактика ... 143

Глава 9. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ... 144
Психосоматические и соматопсихические расстройства эндокринной системы ... 144
Распространенность эндокринных расстройств и нарушений обмена у детей и подростков ... 145
Гипертиреоз ... 145
Диффузный токсический зоб ... 146
Острая недостаточность надпочечников ... 147
Сахарный диабет ... 147
Ожирение ... 150
Пубертатно-юношеский диспитуитаризм ... 151
Психосоматические и соматопсихические расстройства при нарушениях репродуктивной функции у девушек (Б. Е. Микиртумов) ... 152
Психосоматический континуум в гинекологии ... 152
Психогенные факторы при нарушении репродуктивной функции ... 154
Характерологические особенности больных с нарушениями репродуктивной функции ... 155
Типы отношения к болезни ... 155
Осведомленность больных о физиологии репродуктивной функции и отношение к болезни ... 158
Нервно-психические расстройства при функциональных нарушениях менструального цикла у девушек в пубертатном возрасте ... 159
Патогенез и динамика пограничных нервно-психических нарушений ... 169
Психотерапия в комплексном лечении нарушений репродуктивной функции ... 170
Нервная анорексия ... 172
Распространенность ... 172
Этиология и патогенез ... 173
Клиническая картина ... 176
Диагноз ... 179
Дифференциальный диагноз ... 181
Лечение ... 184
Прогноз ... 187

Глава 10. ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ (Д.Д.Исаев) ... 189
Природные основы различия полов ... 189
Этапы формирования психологии пола удетей и подростков ... 193
Причины возникновения гомосексуальности ... 196

Глава 11. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ ... 209
Этиопатогенез ... 209
Распространенность ... 211
Клиническая картина нейродермита ... 211
Клиническая картина нервно-психических расстройств при нейродермите ... 212
Методы диагностики ... 219
Медикаментозное лечение нервно-психических расстройств ... 220
Типы отношения родителей к больным детям ... 222
Психотерапия ... 223

Глава 12. СОМАТИЗИРОВАННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ... 227
Проблема соматизации ... 227
Распространенность ... 229
Этиология и патогенез ... 230
Клиническая картина ... 231
Соматизация депрессий ... 232
Соматизация маниакальных состояний ... 239
Соматизация при тревожных состояниях ... 239
Соматизация при истерических расстройствах ... 242
Варианты психосоматического балансирования при психотических расстройствах у детей и подростков ... 243
Хронический болевой синдром ... 245

Глава 13. СОМАТОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ... 251
Этиология и патогенез ... 252
Клиническая картина ... 253
Начальные признаки нервно-психических расстройств и препсихотические симптомы экзогенного происхождения ... 253
Синдромы соматогенных нервно-психических расстройств ... 255
Особенности психических расстройств при общих нейроинфекциях, травмах мозга ... 257

Особенности психических расстройств при соматических заболеваниях 261
Особенности интоксикационных психотических расстройств 266
Типы, течение и последствия экзогенных психических расстройств 268
Профилактика и лечение 269
Виктимность 271

Глава 14. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ 274
Определение здоровья 274
Критерии здоровья 275
Оценка и самооценка здоровья 276
Факторы, влияющие на здоровье человека 277
Отношение к здоровью 278

Глава 15. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИХ ЛЕТАЛЬНОМ ЗАВЕРШЕНИИ 280
История учения о психологии больного 280
Реакция личности ребенка на болезнь 282
Формирование внутренней картины болезни у детей, психосоматическая ситуация 284
Основные составляющие внутренней картины болезни у детей 285
Восприятие симптомов болезни и представления о ней 300
Психосоматические ситуации, возникающие при хронических соматических болезнях у детей и подростков 302
Умирающий ребенок 304

Глава 16. ОТРЫВ ДЕТЕЙ ОТ СЕМЬИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В БОЛЬНИЦУ ИЛИ ДЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ 309
Психологические последствия отрыва детей от семьи 309
Фазы и типы адаптации детей 310
Адаптация детей, воспитывающихся в детском учреждении 312
Адаптация к больнице 314
Пути смягчения отрицательных реакций ребенка на госпитализацию 319

Глава 17. ФОРМИРОВАНИЕ ПОНЯТИЯ СМЕРТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И РЕАКЦИЯ ДЕТЕЙ НА ПРОЦЕСС УМИРАНИЯ 321
Общие замечания 321
Понятие о смерти в детском и подростковом возрасте 322
Страх смерти у детей 330
Ребенок на пороге смерти 331

Реакция семьи на умирающего ребенка ..... 337
Реакция семьи на смерть ребенка ..... 340
Отношение детей и подростков к смерти родителей и родственников. 341
Нервно-психическое здоровье детей и подростков после смерти родителей в отдаленном периоде ..... 351

Глава 18. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ..... 357
Принципы психосоматической терапии ..... 357
Клинические концепции психосоматической терапии ..... 361
Психотерапия психосоматических расстройств ..... 363
Принципы психофармакотерапии ..... 377

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ..... 384
ЛИТЕРАТУРА ..... 387

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Ухудшение окружающей среды, в которой существует человечество, и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизме возникновения которых большую роль играют эмоциональные факторы, то есть психосоматических, а также соматопсихических болезней.

Распространенность психогенных соматических и соматогенных расстройств в детском и подростковом возрастах не только значительна, но и постоянно увеличивается. Из-за снижения частоты инфекционных болезней возрастает удельный вес заболеваний, которые возникают в связи с трудностями приспособления к резко ухудшившимся условиям существования. Их называют болезнями адаптации, а так как они в значительной степени связаны с прогрессом, то приобрели еще и другое название — «болезни цивилизации», по существу являясь психосоматическими расстройствами. Среди обращающихся за помощью в поликлинику 40—68% детей страдают именно этими расстройствами [Брязгунов И. П., 1995]. Из всех наблюдающихся педиатрами больных $^{2}/_{5}$ детей не имеют никаких органических изменений, хотя и страдают соматическими расстройствами.

Недостаточность наших знаний о широко распространенных психосоматических расстройствах в детском возрасте, частое отсутствие эффективности традиционных лекарственных средств, понимание важности психотерапии этих заболеваний поставили нас перед необходимостью изучить психосоматические и соматические отношения, возникающие при болезнях у детей.

В результате многолетних исследований подверженности детей заболеваниям, роли психологических и социальных вредностей в возникновении, провоцировании, формировании клинических проявлений, течения и исхода психосоматических расстройств, а также особенностей личности этих больных, их реакций на болезнь, жизненных ситуаций, возникающих в связи с заболеваниями, мы смогли сформулировать представление о механизмах развития психосоматических расстройств. В отличие от прежних точек зрения, объяснявших эти расстройства одной причиной (эмоциональным напряжением), происхождение психосоматических расстройств мы связываем со многими факторами: отягощенной психосоматическими заболеваниями наследственностью, нарушением функций вегетативной нервной системы, особенностями личности ребенка, своеобразием семейного окружения, последствиями повреждений головного мозга, приводящими к нарушениям ней-

родинамики, психотравмирующими обстоятельствами. Удалось раскрыть роль психологической защиты и биологической сопротивляемости, мобилизуя которые ребенок или подросток способны бороться со стрессами, препятствуя возникновению болезней адаптации.

Нами обобщены знания о разнообразных проявлениях психосоматических расстройств у младенцев, детей разного возраста и подростков. Проанализированы психосоматические и соматопсихические взаимоотношения при бронхиальной астме, вегетативно-сосудистой дистонии, нейродермите, болезнях желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, нарушениях обмена, психической анорексии, болезнях репродуктивной системы у девочек в процессе психосексуального развития. Изучение соматической симптоматики у нервно-психических больных (процесса соматизации) привело к пониманию того, что фактически у каждого больного ребенка или подростка имеются проявления и телесных, и душевных расстройств. В связи с этим неправильно делить больных на «соматических», «нервных» или «психических», подлежащих лечению у педиатра или психоневролога. Вне зависимости от специальности каждому врачу следует помогать личности больного ребенка или подростка справляться с физическими и нервно-психическими расстройствами. В книге представлены описания разнообразных психосоматических (жизненных) ситуаций, в которых оказываются больные, страдающие хроническими заболеваниями или умирающие от неизлечимых болезней, излагаются предложения по комплексной терапии, сочетающей возможности прямого воздействия на переживания больного и телесные расстройства.

В происхождении, течении, лечении и исходе практически всех заболеваний (хотя и в очень разной степени) играют важную роль психические факторы. Это привело нас к выводу о необходимости психосоматического подхода ко всем болезням, с которыми встречается врач.

Предлагаемая вниманию читателей монография по психосоматическим и соматопсихическим отношениям в детско-подростковом возрасте может представлять интерес для врачей, специальных и медицинских психологов, а также для педагогов и воспитателей, работающих с детьми, имеющими проблемы в развитии.

Автор выражает благодарность всем участвовавшим в разработке проблемы психосоматических расстройств у детей и подростков.

Мы будем также благодарны всем, кто пожелает высказать свои замечания и предложения по содержанию публикуемого материала.

*Заслуженный деятель науки, профессор, доктор медицинских наук Д. Н. Исаев*
*Институт специальной психологии и педагогики*
*Международного университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга*

Глава 1

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

## ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Для того чтобы сформулировать адекватный современному состоянию наших знаний взгляд на взаимоотношения между психикой и телом, между психическими и соматическими проявлениями при заболеваниях у детей и подростков, необходимо проанализировать эту проблему в историческом плане.

В примитивном обществе считалось, что болезнь вызывают духовные силы, а следовательно, и бороться с нею необходимо духовными средствами. Злой дух, входивший в человека и поражавший все существо, должен был быть изгнан посредством заклинаний либо трепанацией черепа. Основные идеи древнегреческого общества о психосоматических отношениях можно проиллюстрировать словами Сократа: «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души».

В XIX веке вновь, после попыток игнорирования воздействий душевного состояния на телесные функции, в связи с развитием, в частности, целлюлярной теории Вирхова, появились идеи о необходимости лечить больного, а не болезнь. Так, в России М. Я. Мудров суммировал свои мысли следующим образом: «Зная взаимное друг на друга действие души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии». В. М. Бехтерев не только провозглашал, но и доказывал в своих работах возможность возникновения соматических расстройств под влиянием психических изменений, более того, он, как и И. М. Сеченов, был убежден, что в научное определение организма входит среда, влияющая на него.

Широкий круг теорий, созданных для объяснения механизмов влияния психики на телесные функции, можно условно разделить на несколько групп в соответствии с представлениями об основных воздействующих факторах.

**«Психологические теории»**

К ним можно отнести различные гипотезы, которые ставят своей задачей через психические процессы объяснить возникновение психосоматических заболеваний. Происхождение этих теорий восходят к Гиппократу и Галену, которые, описав четыре темперамента: сангвинический, холерический, меланхолический и флегматический, приписали им сродство к определенным болезням. Считалось, что сангвиникам свойственны расстройства кровообращения, холерикам и флегматикам — печеночные болезни.

В XX веке это направление развил Э. Кречмер (1924), который улептосома находил склонность к легочному туберкулезу, язве желудка, у пикника — к ревматизму, атеросклерозу и печеночным болезням, у атлета — к эпилепсии и мигрени.

W. H. Sheldon (1942) выделенные им соматотипы (эктоморфный, эндоморфный, мезоморфный и диспластический) соотносил не только с определенными психическими качествами, но и с некоторыми болезнями.

Длительный клинический опыт работы в общей соматической больнице позволил F. Dunbar (1943) сформулировать теорию профилей личности. Из нее следует, например, что личности импульсивные, беспорядочно живущие, любящие приключения, склонны к частым несчастным случаям. Они живут настоящим моментом, поддаются инстинктивным порывам, не могут контролировать свою агрессивность, особенно к авторитетным личностям. С другой стороны, люди, подверженные ишемической болезни сердца и инфаркту миокарда, терпеливы, целеустремлены, последовательны, имеют самообладание, способны жертвовать непосредственными радостями жизни для достижения отдаленной цели.

Недостаток характерологически ориентированных теорий заключается, прежде всего, в утверждении фатальной предопределенности возникновения тех или иных заболеваний в связи с качествами личности, не имеющими никакой связи с ее развитием. Другой недостаток — в том, что соотнесение определенных качеств личности с заболеванием еще ничего не говорит об их значимости для патогенеза последнего. Эти качества могут оказаться проявлением самого заболевания или следствием положения больного, изолированного, бездеятельного, лишенного обычных радостей жизни.

В начале века особое распространение приобрели психоаналитические теории объяснения психосоматических отношений. Приверженцы этих концепций связывают особенности психофизического созревания и здоровья с ранним развитием, душевными конфликтами и эмоциональными (сексуальными, агрессивными) факторами. Так, S. Freud (1895) создал конверсионную модель психосоматических расстройств на примере истерических симптомов паралича руки, дисбазии, анестезии, аффективного приступа.

G. Groddeck (1929) распространил применение конверсионного механизма на понимание других болезней, в том числе и внутренних органов. По его мнению, физические симптомы символически отражают влечения, содержащиеся в бессознательной сфере. Понятия конверсии, однако, для объяснения психосоматических нарушений недостаточно. Телесная симптоматика как язык органов более не удовлетворяла широкому разностороннему подходу, не отвечала реальной ситуации. Психические факторы более многообразны и не ограничены невротическими конфликтными напряжениями. Невроз в строгом смысле слова обозначает только одну из возможных этиологических моделей при физических расстройствах [BrautigamW., 1985]. Крометого, конверсионные симптомы следует отличать от психосоматических, так как они «разрешают» психологические проблемы, выражая подспудный конфликт символическим образом.

H. Jackson (1931) построил функциональную модель центральной нервной системы с иерархией физических и психических активностей. По мнению S. Freud, прогрессивный или регрессивный процессы могут развиваться во времени, составляя в одних случаях функциональные развития, а в других — возврат к крайней форме переживаний и поведения. Это соответствует возможности построения сложных комплексов или их распада между бессознательными первичными элементами, близкими телу, и глубоко дифференцированными осознанными проявлениями.

P. Marty, M. M'Uzan (1963) нашли, что личности психосоматических больных необычны — они банальны, «стерильны», пусты, не способны к развитию, отношению переноса, фантазированию. В критической ситуации вместо представлений (фантазий или речевых высказываний) они реагируют движениями, т. е. у них преобладает соматическая иннервация над игрой воображения.

Концепцию эмоциональной специфичности развил F. Alexander (1951). Он пришел к выводу, что изучавшиеся психосоматические расстройства (эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, нейродермит, пептическая язва, язвенный колит, ревматоидный артрит и тиреотоксикоз) возникают как результат психофизиологических проявлений, специфических для постоянного эмоционального напряжения. Так, например, бронхиальную астму он понимал как болезнь, детерминированную стремлением, страстным порывом докричаться до матери: Возникновение язвы желудка объяснялось им неудовлетворенным стремлением быть любимым, которое превращается в желание насытиться, из-за чего в желудке возникают сокоотделение и моторная активность, как перед приемом пищи — условие развития заболевания. Таким образом, для больных с психосоматическими расстройствми характерны типичные конфликтные ситуации. Подавленный гнев приводит к изменениям в сердечно-сосудистой системе. Неудовлетворенные потребности быть в зависимости и получать помощь вызывают нарушения функции желудочно-кишечного тракта. В первом случае аффект реализуется посредством симпатической иннервации, а во втором — главным образом, через парасимпатическую систему.

F. Alexander впервые объяснил возникновение психосоматических расстройств связью психологических механизмов с органической патологией. По его мнению, эти механизмы лежат в основе произвольного поведения, экспрессивных проявлений, вегетативных висцеральных и сосудистых реакций, т. е. всех процессов, отвественных за поддержание гомеостаза, а также за подготовку к борьбе или бегству при опасной ситуации, отступлению от направленной вовне активности. Когда личность лишается возможности открыто участвовать в борьбе и проявлять агрессивность, тогда симпатическая система надолго оказывается в состоянии повышенного возбуждения. В результате такого напряжения возникают вегетативные симптомы, так как реакции борьбы и бегства не могут реализоваться в сфере произвольного поведения. F. Alexander схематически представил два основных типа поведения: борьбу и бегство с лежащими в их основе механизмами.

Благодаря работам психоаналитиков при взаимодействии с клиницистами психосоматика развилась в междисциплинарную науку и продолжала расширяться в этом направлении. К диагнозам болезней стали относиться более дифференцированно, а их патогенез пересматривали с учетом психосоциальных факторов.

H. J. Weibrecht (1955) считал концепции F. Alexander настолько умозрительными, с таким большим числом неизвестных величин, что они скорее могли бы иметь значение предположений, а не научных заключений. Не согласуется теория F. Alexander и с клиническими наблюдениями. Так, после удаления язвы желудка у части больных возникали такие заболевания, которые должны быть, по его мнению, связаны с другими конфликтами [Курцин И. Т., 1965].

Существуют и другие объяснения избирательного поражения органов и систем. J. Ruesch (1948) полагал, что психосоматическими заболеваниями страдают только недоразвитые личности с несовершенным символическим мышлением из-за нарушений в интерперсональных связях, появившихся в раннем возрасте. F. Deutsch (1954) причину психосоматических расстройств видел в возникновении нарушений физиологических функций отдельных органов и систем в ответ на различные стрессы в раннем детстве, что и определяло специфичность поражения.

Некоторые исследователи предполагают, что такие психологические реакции вместе с физиологическими составляющими могут привести к нарушению адаптивных реакций, создавая повышенную чувствительность к различным вредным влияниям. Это становится неспецифической предрасположенностью ко многим заболеваниям.

### «Нейрогуморальные теории»

Большинство психосоматических заболеваний — это реакции на перегрузки, повышенные требования, нарушения внутреннего равновесия (гомеостаза), которые понимают как проявления общего неспецифического синдрома адаптации, «стресса» [Selye H., 1953]. Для психосоматики значение имеют некоторые компоненты этого синдрома.

Общий адаптационный синдром является комплексом физиологических процессов, происходящих в организме при его реагировании на воздействие. Основными «участниками» реакции адаптации считают вегетативную нервную систему, эндокринный аппарат и гуморальные факторы. В ответ на стрессовую ситуацию гипофиз вырабатывает АКТГ, надпочечники отвечают выделением кортизола, адреналина и норадреналина, в сыворотке крови увеличивается уровень холестерина, триглицеридов. Гипофиз также воздействует на щитовидную и другие эндокринные железы. Состояние иммунитета ухудшается. В свете нейрогуморальных теорий психосоматические болезни понимают как ответ на вредные физические и психические воздействия. Это уравнивает влияние психического и физического.

Стресс рассматривают теперь не как индивидуально избирательное влияние, а как психосоциальное воздействие в широком смысле. Механизм стрессовой реакции формируется системой: передняя доля гипофиза — кора надпочечников. В ней участвует также лимбическая система, находящаяся в реципрокных отношениях с гипоталамусом, системой активации ретикулярной формации. В гипоталамусе вырабатываются рилизинг-факторы, которые приводят к выделению в гипофизе органотропных секретов, стимулирующих или тормозящих продукцию гормонов на периферии.

Основываясь на этих физиологических механизмах, исследователи объясняют возникновение так называемых болезней адаптации (эссенциальной гипертензии, пептической язвы и других). Обострение туберкулеза, возникновение вирусной инфекции (herpes simplex), иммунопатии (colitis ulcerosa) связывают с обусловленными стрессом изменениями иммунитета.

От теории социальных стрессов и структурно-специфических моделей психосоматических расстройств отличается концепция G. L. Engel (1962). По его мнению, стрессовую ситуацию создает потеря или угроза потери объекта привязанности, в результате чего могут возникнуть как психические, так и психосоматические расстройства. В качестве психологического стрессора автор рассматривает все явления внешней среды, действующие на личность и предъявляющие требования к организму. Удовлетворение этих требований возможно, в первую очередь, благодаря активности психики до вовлечения в реакцию других систем органов. Он противопоставляет такой тип стрессовой реакции другим, в основе которых лежат биологические или физические воздействия, когда психика вовлекается вторично. Автор характеризует развитие личности как процесс, с раннего возраста находящийся в зависимости от других объектов (людей). Поэтому в случае потери или угрозы потери такого объекта, а также при расстройстве в рамках инстинктивной деятельности возникают психосоматические или соматические расстройства. По его мнению, возникновение болей, например, можно понять как самонаказание в связи с потерей объекта. Вслед за W. B. Cannon (1932) H. G. Wolff(1950) трактует психосоматические расстройства как реакции «побега-борьбы» или «отступления-самосохранения». Степень выраженности аффекта беспомощности, безнадежности и страха, а также силы психосоматического реагирования определяются опытом раннего общения с другими лицами и, в первую очередь,

с матерью и отцом. Деформации и дефекты ранних объектных отношений предрасполагают к определенным психическим и психосоматическим реакциям. Подробнее всего описаны переживания, связанные с потерей, и реакция скорби после смерти близких на примере colitis ulcerosa.

W. Brautigam, P. Christian (1986) возражают против перенесения теории H. Selye с животных, которые послужили моделью для ее создания, на человека. Слишком своеобразны условия в лаборатории, чтобы можно было объяснить патогенез болезней у человека. Как правило, такой перенос без учета особенностей личности возможен лишь с большим числом оговорок и только в случаях экстремальных ситуаций и/или трудностей. Фактически же «нужно быть очень хорошо знакомым с человеком, чтобы узнать, что для него может быть стрессом, а что — нет!» Это относится к физическому, но в еще большей мере — к психическому стрессу. Оказывается, что психосоматические больные могут реагировать на незначительные ситуационные сложности, нагрузки, вредные воздействия. Однако трудности или воздействия представляются субъективно ключевыми, так как в предшествующей жизни эти ситуации имели большое значение для личности.

В настоящее время все чаще и чаще обращают внимание на социобиологические факторы в качестве вероятных стрессоров. Изучаются влияния физических нагрузок, удовлетворенность трудовой деятельностью, проблемы преодоления усиливающейся технизации, перенаселенность в городах и т. д. Наиболее частый вариант последствий стрессовых воздействий — комплекс физических и психических расстройств.

### «Физиологические теории»

Физиологические механизмы развития психосоматического процесса толкуют разнообразно и подчас очень противоречиво. J. W. Harris (1962) связывал патологические процессы при психосоматических расстройствах с деятельностью гипоталамо-гипофизарной системы совместно с ретикулярной формацией ствола мозга. R. R. Grinker (1939) делал акцент на функции гипоталамуса в формировании взаимоотношений тела и психики. L. Michaux (1961) полагал, что основным местом эмоционального конфликта является промежуточный мозг. Из этой мозговой структуры шоковые реакции распространяются на вегетативную и соматическую нервные системы и приводят к «откликам» органов. Он описал четыре группы таких связей: через эндокринную систему, подсознательную сферу, по типу условных рефлексов и фобий. Изменения условий внешней среды (боязнь экономических трудностей, проблемы в семье или на работе), волнения из-за состояния здоровья или неосознаваемые тревоги могут привести к заболеваниям. L. Michaux (1962) сделал попытку соединить психоаналитические взгляды и концепцию И. П. Павлова, что вряд ли способствовало полному раскрытию патогенеза психосоматических заболеваний.

Попытка физиологического толкования этих расстройств, предпринятая R. Brun (1954), основана на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятель-

ности, позволяющем, по его мнению, дать объяснение неврозам и психосоматическим расстройствам. Вегетативные и эндокринные нарушения никогда не могут быть первичными, они являются проявлением эмоций и всегда носят условнорефлекторный характер. В развитии психосоматических расстройств принимает участие гематоэнцефалический барьер, который под влиянием психических воздействий становится проницаемым для гормонов, содержащихся в крови. И. Т. Курцин (1965) считал, что взгляды R. Brun позволяют раскрыть некоторые механизмы развития психических и нервных заболеваний психогенного происхождения, но не объясняют, почему при одинаковых повреждениях гематоэнцефалического барьера в одних случаях возникает одна, а в других — другая форма заболевания. По мнению R. Brun, посредством условных рефлексов расширяется сфера влияния коры больших полушарий на процессы, происходящие в организме.

S. G. Margolin (1953) описал два этапа развития психосоматических заболеваний. Причем условием перехода от первой функциональной фазы ко второй с необратимыми изменениями является снижение толерантности тканей к физиологической неустойчивости, появляющейся с возрастом. Регрессия к детским формам реагирования влечет за собой большие колебания физиологических функций, что приводит к глубоким изменениям в тканях и развитию психосоматического расстройства. Такие попытки осмыслить патогенез психосоматических болезней столкнулись с критическим отношением к ним. J. J. Michaels (1944) указывал, что нельзя связать физиологическое состояние ребенка с возникновением артериальной гипертензии при неврозах.

**Кортико-висцеральная теория**

Истоки этой теории можно найти в трудах И. М. Сеченова о рефлекторных основах психической деятельности, о единстве соматических и психических проявлений. И. П. Павлов (1903) раскрывал мотивацию подкрепления, пытаясь проникнуть в суть психических проявлений, понять физиологические основы поведения с его соматическими и вегетативными проявлениями. Завершив исследование механизма пищевого рефлекса, он распространил принципы рефлекторной деятельности на висцеральную систему.

Продолжением этих работ были исследования К. М. Быкова (1947) и его сотрудников. Как полагает Н. Ф. Суворов (1986), К. М. Быкову удалось сформулировать ряд фундаментальных обобщений. Экстероцептивный условный рефлекс можно образовать на деятельность любого внутреннего органа, функция которого не поддается произвольному волевому управлению. Был развит павловский тезис о том, что всякое колебание внешней среды по механизму временной кортикальной связи может изменить функцию висцеральных систем. Таким образом, кора больших полушарий головного мозга может, при определенных условиях, влиять на работу висцеральных систем, на их функции, вплоть до обменных. К. М. Быков также обнаружил интероцептивные сигналы, которые поступают по афферентным проводникам в подкорковые ядра и некоторые отделы коры, чем подтвердил предсказание И. П. Павлова

о существовании внутренних анализаторов наряду с внешними. Эта интероцептивная информация может достигать коры головного мозга, и на ее основе могут образоваться временные связи, мало отличающиеся от классических, т. е. сигнализация от внутренних органов может включаться в общие механизмы условнорефлекторной интегративной деятельности мозга. Эти обобщения послужили основой для создания теории кортико-висцеральных взаимоотношений [Быков К. М., 1942, 1947].

К. М. Быков и И. Т. Курцин (1960), базируясь на полученных лабораторных и клинических материалах, создали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний. Возникновение последних связано с первичным нарушением корковых механизмов управления висцеральными органами, обусловленным перенапряжением возбуждения и торможения в коре мозга. Были созданы экспериментальные неврозы сердца, сосудов, желудка и кишечника, синдромы коронарной недостаточности, язвы желудка и т. д.

Пусковыми механизмами психосоматических расстройств могут быть факторы внешней и внутренней среды или нарушения экстеро- и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке, что, в конечном итоге, вызывает невроз или психоз. Было сделано заключение о том, что в большинстве случаев носителями психосоматических расстройств являются личности со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы. Избирательность локализации болезненного процесса связна с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью.

В противовес классическому психоанализу З. Фрейда, широко использовавшемуся для объяснения генеза психосоматических расстройств, кортико-висцеральная теория дала ответ на некоторые принципиальные вопросы. Она не игнорировала роль внешних факторов в происхождении субъективных переживаний, утверждала значение условнорефлекторных механизмов в психической деятельности, пыталась раскрыть конкретные физиологические механизмы ЦНС, посредством которых психическое воздействует на соматические висцеральные системы организма. В то же время кортико-висцеральная теория, явившаяся основной в физиологическом направлении психосоматической медицины, подвергалась серьезной критике. Возражение вызывало утверждение о пусковом и регулирующем характере влияний коры головного мозга на висцеральные функции. На самом деле кора должна быть свободна от постоянных влияний внутренних органов, ее основная забота — внешний мир, а в теле все функционирует автоматически (И. П. Павлов). Висцеральные системы имеют механизмы саморегуляции, действующие без участия корковых систем. Критиковали также отождествление кортикальных и психических механизмов воздействия на функции внутренних органов. На самом деле эти механизмы могут различаться, так как кортикальные влияния могут быть как осознаваемыми (психическими), так и неосознаваемыми. Существуют три уровня взаимоотношений в кортико-висцеральной физиологии: кортикальные, подкорковые и висцерально-вегетативные уровни регу-

ляции, действующие посредством нейрофизиологических, медиаторных и гормональных механизмов. Практически не решен вопрос о том, каким образом психическое начало воздействует на телесные функции. Каковы механизм и условия превращения психологических явлений в воздействия, приводящие к заболеванию?

Н. Ф. Суворов (1986) расходится с К. М. Быковым и И. Т. Курциным в том, что психическое начало оказывает влияние по механизму условного рефлекса и физиологическое равно психическому. В действительности эти отношения значительно сложнее и психическое не сводится к физиологическому. Изучение влияния ассоциативных зон коры головного мозга на вегетативные и соматические функции организма могло бы облегчить выяснение механизмов кортикальных влияний на деятельность внутренних органов. Н. Ф. Суворов полагает, что все влияния коры головного мозга на висцеральные системы опосредованы многими подкорковыми структурами, о которых известно недостаточно, хотя они во многом могут определять патологию внутренних органов.

Кортико-висцеральная теория недостаточно учитывала роль личностных факторов в развитии психосоматических расстройств. Требования же распространить понятия высшей нервной деятельности на личностное функционирование, систему значимых отношений личности и их нарушения, естественно, не могли быть реализованы ни в теоретическом, ни в методическом планах [Карвасарский Б. Д., 1982]. Скептически оценивался прямой перенос экспериментальных данных, полученных на животных, при моделировании неврозов. Такие заболевания, например, как ишемическая болезнь, коррелируют не с типом высшей нервной деятельности, а с особенностями личности [Ганелина И. Е., 1975; Губачев Ю. М., Стабровский Е. М., 1981].

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана однолинейная жесткая модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2) наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

3) нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС);
4) личностными особенностями;
5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6) фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7) особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

### Неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями

Эти отклонения в здоровье (ребенка) могут быть вызваны хромосомными аберрациями, например, при синдроме Дауна, эмбриопатией, обусловленной алкоголизацией или наркотизацией матери, глубокой недоношенностью или осложненной внутримозговыми кровоизлияниями, гипоксией, другими внутриутробными поражениями мозга плода. Повышение риска заболевания психосоматическими расстройствами под влиянием этих отклонений в развитии связывают с поражением лимбической структуры [Знаменская Е. И., 1984].

### Наследственное предрасположение к психосоматическим расстройствам

Соматическая предрасположенность обнаруживается у больных с артериальной гипертензией в 22,7-62,5% случаев [Одинец Ю. В., 1980], что соответствует и данным наших сотрудников. В семейном анамнезе 65,5-85% детей с бронхиальной астмой встречаются аллергические заболевания [Сергеева К. М., Успенская Е. П., 1984]. Роль наследственного фактора при нейродермите — 66%, при экземе — 61% [Третьяков Г. П., 1982]. Известно также и о предрасположенности при других психосоматических расстройствах: язвенном колите, язве желудка, ревматоидном артрите, тиреотоксикозе [Henker F. O., 1984]. Наряду с изучением генеалогии больных, доказательством в пользу участия генетических факторов служат исследования близнецов с психосоматическими расстройствами [Heigl H., Evers A., Schepank X., 1980].

### Нейродинамические сдвиги

Изменения деятельности ЦНС способствуют накоплению аффективного возбуждения (тревоги) и напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока и др. Нейродинамические сдвиги могут быть первичными, возникающими в связи с повреждениями структур или вторичными при функциональных расстройствах ЦНС. Эти сдвиги могут быть также следствием усиливаю-

щихся или болезненно изменившихся сигналов от внутренних органов и систем.

С регуляцией эмоциональности и сексуального поведения, влечений, а также с вегетативным представительством наиболее тесно связана лимбическая система головного мозга, поэтому расстройства ее деятельности оказываются наиболее важным фактором в происхождении психосоматических расстройств. При психосоматических заболеваниях происходит подавление саморегулирующихся механизмов соответствующих внутренних органов (висцеральной системы), возникает их относительная независимость от состояния высшей нервной деятельности. Для понимания нейродинамических сдвигов привлекают представления о различном участии левого и правого полушарий в формировании эмоционального фона и в реакциях на внешние воздействия. Предполагают, что доминирующее (ведущее) полушарие понижает интенсивность реакций на эмоциональные стрессовые воздействия. В то же время при поражении правого полушария возникающие эмоциональные расстройства в большей мере сочетаются с висцеро-вегетативными нарушениями [Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1988].

### Личностные особенности

Поиски психологических качеств, ответственных за определенное психосоматическое расстройство, сначала привели к описанию конкретных характерологических черт, ответственных, например, за гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца. Затем этиологию психосоматических расстройств увидели в комплексе особенностей, обозначавшихся инфантильностью, алекситимией, недоразвитием межличностных отношений, личностью типа «А» и т. д. Ответственными за высокий риск психосоматического расстройства оказываются, в первую очередь, такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Трудно говорить о личностях, наиболее склонных к той или иной болезни. Однако удается найти такие личностные особенности, которые наиболее часто в разных сочетаниях встречаются при всех психосоматических расстройствах. К ним относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность (чувствительность), склонность к легкому возникновению фрустраций (разочарований), преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов.

Специально обращают внимание на глубину осознавания стрессовых событий, а также на те личностные особенности, от которых оно зависит, так как предполагают, что это качество личности определяет, почему то или иное событие становится стрессовым для конкретной личности. Некоторые исследователи считают, что умение преодолевать жизненные трудности определяет, станут ли они стрессовыми.

### Психическое и физическое состояние ребенка или подростка во время действия психотравмирующих событий

Чувствительность или резистентность к событиям, которые переживает индивид, зависят от того состояния, в котором он в это время находится. Возникновение в момент переживания житейских трудностей чувства безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности и предприимчивости приводило к заболеванию, тогда как энергичная позиция в отношении происходящего, способность принимать на себя ответственность, уверенность в возможности управлять событиями отмечались у тех, кто оставался здоровым. Активная позиция в жизни, физическая деятельность повышают устойчивость к стрессовым воздействиям. Развитию заболевания предшествуют состояния «отказа», «ухода», «капитуляции», отражающие чувства безнадежности и беспомощности [Engel G. U., Schmale A. **H.,** 1967].

### Фон семейных и других социальных факторов

Доказано, что если число событий, приводящих к серьезным изменениям в жизни индивида, возрастает более чем в два раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80%. У ребенка, например, настолько тесная связь с родителями, что практически все важные изменения в их жизни ставят ребенка на грань риска возникновения заболевания. Состояние ребенка может оказаться показателем отношений его родителей, болезненные проявления у ребенка могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [Basquen M., 1983]. Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов [Jaklewicz H., 1988]. В то же время наличие прочной социальной поддержки благоприятно сказывается на сопротивляемости к заболеваниям. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, в дальнейшем увеличивают риск развития психосоматических заболеваний [Ammon G., 1978].

### Особенности психотравмирующих событий

Психотравмирующие события (стрессоры), способные вызвать заболевание, разнообразны. Они возникают из-за чрезмерного напряжения, переживания оценок, рассогласования деятельности, а также при воздействии физических и природных факторов. Восприимчивость к стрессорам различна и зависит от их психологической значимости для индивида.

Систематизация психотравмирующих событий в зависимости от источника и масштаба их воздействия на население позволяет условно выделить несколько групп вредностей:

1) страх войны, экологических бедствий, переживание природных и промышленных катастроф;

2) страдания из-за национальной вражды, экономических контрастов;
3) страдания из-за миграции, утраты социального статуса;
4) боязнь нападений, издевательств, преследований со стороны окружающих;
5) переживания, связанные с поступлением в школу или другое учреждение, трудностями освоения профессии, с атмосферой отвержения или враждебности со стороны соучеников или сотрудников;
6) психическая травматизация, обусловленная пребыванием в условиях отрыва от близких;
7) переживания при неправильном воспитании;
8) переживания искаженного внутрисемейного общения;
9) страдания из-за антагонистических отношений между членами семьи, недостатка душевной теплоты, из-за жестокости, сексуальных злоупотреблений и др.

Вредности в совокупности с описанными условиями обычно приводят к психосоматическим расстройствам постепенно. Выраженным заболеваниям предшествуют предболезненные состояния, то есть реакции и состояния, не достигающие степени болезни и дезадаптации. Случаи предболезненных состояний можно отнести к функциональной норме, отличая ее от идеальной, при которой невозможно обнаружить даже предрасположенность к какой-либо патологии [Семичов С. Б., 1987].

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Общеизвестен факт значительного увеличения за последние десятилетия числа пограничных нервно-психических расстройств. Неврозы у детей выявляются в 27—45% случаев от числа больных с нервно-психическими нарушениями [Колегова В. А., 19,71; Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985]. Число детей с непсихотическими расстройствами, находящихся под наблюдением на 10 000 детского населения в 1989 г. было 97,42, а в 1993 г. — 142,59 [Гуревич И.Я., 1995]. В то же время нельзя согласиться с тем, что речь идет преимущественно об улучшении выявляемости. В значительной мере увеличение числа невротических расстройств и изменений личности связано с большей распространенностью вредных воздействий, приводящих к постоянному эмоциональному напряжению. Недостаток информации о происходящем и будущем, порождающий неопределенность положения, и амбивалентность, связанная с противоречивостью семейного или социального положения, также оказываются факторами, способствующими возникновению неврозов. Во все усложняющемся мире в период технической революции у человека, особенно в детском возрасте, не-

редко возникают конфликты из-за переживания своей неполноценности и попыток ее преодоления самоутверждением [Мясищев В. Н., 1960].

В этиологии неврозов у детей основное место занимают часто встречающиеся аномалии воспитания [Пивоварова Г. Н., 1962; Гарбузов В. И., 1977; Захаров А. И., 1988] и неблагоприятные семейные условия, вызванные болезненным или неправильным поведением родителей [Симеон Т. П., 1958; Сухарева Г. Е., 1959]. На этом фоне увеличивающихся невротических расстройств растет число больных детей, у которых под влиянием упомянутых и других психогенных факторов возникают соматические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, кожи. По мнению J. de Butler (1987), частота психосоматических расстройств, встречающихся в практике педиатров, составляет 20—60%. В соматической больнице из 1000 обследованных у 5% обнаружены конверсионные расстройства, причем у 66% эти расстройства первичны, а у 34% возникли на фоне имеющегося соматического заболевания [Folks D. G. et al., 1984].

Интерес также представляет распространенность случаев хронической тревоги, которые в большинстве случаев, по ретроспективным оценкам, оказываются предболезненным состоянием. Из 20 000 обследованных у 11 % были обнаружены невротические расстройства, в том числе у 1,5% — состояния паники и у 0,1% — соматизированные расстройства [Rouillon E, 1986].

Анализ работы психоневролога городской детской поликлиники показал, что в амбулаторной практике педиатра встречается значительное число больных, нуждающихся в разрешении их психологических проблем [Александрова Н. В., 1985]. Более чем у 40% детей обнаруживали соматогенные психические расстройства. В 20% случаев была разнообразная сомато-вегетативная симптоматика, преимущественно психогенного происхождения. Еще у 10% больных были психосоматические расстройства, 14% детей составили группу риска, так как они находились в неблагоприятных семейных условиях или неадекватно воспитывались.

И. Б. Базиленко (1981) с помощью опросника детской тревожности Рейнольдса—Ричмонда обследовала 100 школьников одного из районов Санкт-Петербурга. Оказалось, что у 16% этих детей имеется высокая степень аффективной напряженности, у 31 % — средняя степень, у 22% — низкая степень, а у 18% оценить степень тревожности не удалось из-за недостоверности ответов. Таким образом, дети, обнаружившие высокую тревожность, подвержены риску возникновения невротических и психосоматических расстройств.

Оценка частоты психосоматических расстройств трудна, особенно в детском возрасте, так как не всегда удается провести дифференциальный диагноз между органическим и функциональным заболеванием психогенной или другой природы. По данным W. Kruse (1983), в амбулаторной практике Германии выявляется 40% детей с нервно-психическими и психосоматическими заболеваниями, в Норвегии, Чехии и Словакии — 35,5%, в России — 68% [И. П. Брязгунов, 1995]. По другим данным, среди детей с соматическими заболеваниями психосоматические расстройства отмечаются в 9,3—23,6% случаев [Brautigam W., 1984] и в 16% [Halldin J., 1984].

Судить об общей распространенности психосоматических расстройств в нашей стране можно по косвенным материалам. Так, в Российской Федерации в 1989 г. впервые установили диагноз заболевания у 41 млн детей до 15 лет. Если принять, в соответствии с наблюдениями в других странах, что среди всех больных детей в среднем 20% страдают психосоматическими расстройствами, то в настоящее время у нас ежегодно диагностируют психосоматические заболевания более, чем у 8 млн детей. Число детей, нуждающихся в решении их психологических проблем, увеличивается за счет больных с тяжелыми и летальными заболеваниями (35 600 детей с онкологическими и 135 300 — с гематологическими болезнями), которыми ежегодно заболевают в стране.

Большие психологические трудности в связи с психосоматической ситуацией (из-за ограничения свободы передвижения, уменьшения контактов и других переживаний) испытывают дети с хроническими заболеваниями, составляющие 8,5% от общей численности проходящих периодические профилактические осмотры. По данным Г. И. Хруниной и Ю. Ф. Антропова (1990), из 21 695 детей и 1746 подростков с непсихотическими расстройствами, находящихся под консультативным наблюдением психиатра и психотерапевта в Москве, 28,7% детей и 11,9% подростков страдали психосоматическими расстройствами.

J. Apley (1968) из Великобритании считает, что $^{2}$Д детей, наблюдаемых педиатрами, не имеют никаких органических заболеваний, хотя и страдают от различных соматических расстройств. При этом наиболее типичными среди них оказываются повторяющиеся боли в животе — у 1 из 9, в конечностях — у 1 из 25, головные боли — у 1 из 7 детей. Величины варьируют в зависимости от страны, культуры, микросоциальной среды, семейной структуры, особенностей воспитания. Психосоматические расстройства особенно часты у индивидов с низкими адаптивными возможностями. В то же время далеко не все педиатры хорошо знакомы с психосоматическими заболеваниями у детей, хотя, по мнению F. Yamashita (1986), тратят на них четверть своего рабочего времени.

B. Knolker, исследовав 992 ребенка в Австрии, обнаружил среди них 37 больных с психосоматическими расстройствами: запорами — 19, абдоминальными коликами — 10 [цит. по Zimprich H., 1984]. G. Heuyer (1969) констатировал, что более '/з детей, находящихся в детской больнице, нуждаются в осмотре детского психиатра, главным образом, из-за психогенных расстройств.

Психотерапевт 2-й детской больницы Санкт-Петербурга С. Р. Болдырева в своем годовом отчете отметила, что 80,9% из 403 детей, консультированных ею в стационаре, обнаруживают те или иные нервно-психические расстройства. При этом в 40% случаев психогении либо принимают участие в появлении соматических заболеваний, либо осложняют их течение. Еще у 12,6% детей наблюдалась нервно-психическая симптоматика соматогенного происхождения.

Наряду с материалами о распространенности психосоматических заболеваний существуют данные о структуре этой заболеваемости. M. E. Garralda, B. Bailey (1987), опросив врачей и родителей 234 детей, выявили больных с энурезом, бронхиальной астмой, кожными поражениями, абдоминальными

болями, обмороками и головными болями. Из них 17% детей многократно обращались к врачам, а в семьях этих пациентов было большое число стрессовых факторов.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Для оценки масштабов проблемы психосоматических расстройств необходимы эпидемиологические данные по наиболее часто встречающимся нарушениям. В частности, рецидивирующие головные боли у школьников 9—11 лет встречаются в пределах от 17 до 22 % случаев, мигрень — в 4,6 % [ Strunk P., 1980]. Это соответствует другим наблюдениям, выявившим мигрень у 5% из обследованных 9000 школьников [Faivre J., Yaonang J., 1983]. L. Di Cagno и соавт. (1986) обнаружили мигрень у 23,5% всех наблюдавшихся ими 103 детей с головными болями. В то же время они указали на то, что головные боли встречаются у 20—75% всех детей и подростков.

Особенно широко распространена вегетососудистая дистония. Она отмечена у 50-75% детей с неинфекционной патологией, обращающихся на прием к врачу [Белоконь Н. А. и др., 1987]. Изучение подростковой популяции (более 5000 подростков) выявило в 43,9% клинические проявления вегетативной дистонии [Исмаилов М. Ф., 1985]. В дошкольном и младшем школьном возрасте вегетососудистая дистония обнаруживается в меньшем числе случаев — 22,5% [Куршев В. А., Василенко Н. Г., 1988]. Это — дополнительный аргумент в пользу участия средовых факторов в происхождении и формировании этого и других психосоматических расстройств. Повышенное артериальное давление у детей младшего школьного возраста (6—8 лет) обнаружено у 19,9% мальчиков и 17,8% девочек [Левинене Г. Л. идр., 1988]. А. Павес и др. (1988) отмечают, что кардиалгии в детском возрасте по частоте наблюдения оказываются на 3-м месте после абдоминальных и головных болей. Клинически выраженная артериальная гипертензия у школьников наблюдается реже и составляет около 1% [Wyszinska T. et al., 1985].

Среди заболеваний дыхательной системы, в этиопатогенезе которых у детей значительную роль играют психосоциальные факторы, бронхиальная астма, поданным немецких авторов, наблюдается в 0,7-1,5% случаев [Strunk P., 1980], 1-2% [Jochmus J., Schmitt G. M, 1986]. E. F. Ellis (1983) считает, что 5-10% детей школьного возраста в США страдают астмой. Изучение этого заболевания в динамике показало, что с 1961 по 1981 г. число американских детей, больных бронхиальной астмой, увеличилось втрое [Gergen P. et al., 1988].

Как функциональные, так и органические заболевания желудочно-кишечного тракта у детей по своему происхождению также нередко оказываются в значительной мере психогенными. Примерно у 20% школьников отмечаются

нарушения аппетита [Strunk P., 1980]. Язвенная болезнь была обнаружена у 1-3 из 100 000 детей в Швеции. В нью-йоркских больницах частота наблюдавшихся случаев язвенной болезни за последние десятилетия увеличилась с 0,8% в 1953-1955 гг. до 1,3% в 1959-1962 гг. [Strunk P., 1980]. Количество этих больных, выявленных в популяции 1947-1949 гг., увеличилось в 1956-1958 гг. с 0,5 до 3,9 на 100 000 населения [Jeezzi A., Neeper R., 1987]. У 10-20% детей в возрасте от 0 до 4 месяцев обнаруживаются кишечные колики, значительная часть которых эмоционального генеза [Danielsson B., Hwang C. P., 1985].

При популяционном изучении 1500 школьников у 234 отмечены боли в животе, из них у 162 — в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [Абдуллаходжаев М. С. и др., 1986]. По мнению G. Grua и др. (1986), рецидивирующие абдоминальные колики у детей в 45,4% случаев имеют психосоматический характер. Они наблюдаются у 10% школьников [Goldszmidt D., Bach C. L., 1983]. Частота случаев так называемого идиопатического запора с различными формами расстройств стула составляет 65%, энкопрез — 8% [Arhan P. et al., 1983].

В целом все желудочно-кишечные расстройства у детей имеют тенденцию к расширению. Если в середине 1970-х годов таких больных было 70—75 на 1000 обследованных, то в 1980-х — уже 100-110 [Мазурин А. В. и др., 1989].

Ожирение привлекает внимание педиатров как одно из вероятных психосоматических расстройств. Его распространенность в детском возрасте значительна и составляет между 3-м и 6-м годами жизни 16—17%, в младшем школьном возрасте (7—10 лет) — уже 25—26%, а у детей старше 9 лет — 28—30% [Maaser R. H., Stolley H., 1974]. В США и Великобритании ожирение у детей встречается в 2,3—6,2% случаев у мальчиков, 5,4—11,6% — у девочек и обратно пропорционально их социально-экономическому положению [Huenemann R. L., 1969]. С возрастом (от 6 до 18 лет) число девочек с ожирением увеличивается с 8 до 32,5% при низком социально-экономическом уровне и от 0 до 12% — при высоком уровне. У мальчиков эта тенденция сохраняется, но возрастные различия менее выражены [Stunkard A. et al., 1972]. Популяционное исследование 3775 детей 7—14 лет, проведенное в Болгарии в 1978-1979 гг., выявило ожирение в 3,6%, причем в 70% случаев оно начиналось в возрасте до 6 лет [Дамянова Ц. и др., 1985]. Во Франции было изучено 800 детей в возрасте от 2 до 16 лет: у 2,5—10% из них выявлено ожирение [Desseilles-Lewalree M. E, Gustin B., 1986]. В Италии у детей до 10 лет ожирение встречается в 8,3% [Monti Q., 1988]. Имеются данные об увеличении числа тучных детей к 1980 г. по сравнению с 1963 г. на 54%, а тяжелых случаев ожирения на 98%. Среди подростков эти величины составляют соответственно 38% и 64% [Gortmaker A. etal., 1987].

Существуют исследования, доказывающие участие психосоциальных факторов в происхождении сахарного диабета. Его распространенность в США среди детей составляет 1,9:1000, увеличивается с возрастом и колеблется в пределах от 1:1430 в 5-летнем возрасте до 1:360 в 16-летнем. Известно также, что ежегодное количество заболевших в 3 раза больше в Скандинавии, чем в США [Schwartz R., 1987]. В ФРГ частота случаев диабета у детей и под-

ростков — 1 на 1000 детского населения [Bachmann K. D., 1980; цит. по Jochmus J., Schmitt G. M, 1986].

Типичным проявлением психосоматических расстройств является психическая, или нервная, анорексия, во всяком случае так считает большинство изучавших это заболевание исследователей. Его распространенность оценивается в общей популяции от 0,37 до 1,6 на 100 000 [Ahsanuddin K., Nyeem R., 1983]. Число заболевающих девушек в Швейцарии и Дании в возрасте от 15 до 20 лет составило 16 на 100 000 [Pelantz M., 1965]. В Великобритании частота нервной анорексии достигала 0,83% среди девушек 14-18 лет [Szmukler G. S., 1983], в ФРГ и Греции — 0,35-0,42% среди школьниц [Fichter M. M. etal., 1983]. ПоА. Спвридр. (1979), нервной анорексией страдает 1%девушек 16—18 лет. M. Malony и др. (1983) привели еще большую величину — 4% женщин в возрасте до 20 лет (цит. по М. В. Коркиной и др., 1986). В последние десятилетия число заболеваний нервной анорексией увеличивается [Payne J., 1969]. По нашим наблюдениям, в последние 25 - 30 лет девочки с нервной анорексией стали поступать в психиатрическую клинику в 4—5 раз чаще [Исаев Д. Н., 1977].

Наряду с девушками нервной анорексии подвержены юноши и мальчики, однако они болеют в 5—20 раз реже [КоркинаМ. В., МариловВ. В., 1974; Коркина М. В. и др., 1986]. Некоторые авторы отмечают учащение заболеваемости и у них [Beaumont D., 1970].

При всей распространенности психосоматических расстройств неблагоприятно действующие психосоциальные факторы и их роль в возникновении этих расстройств у детей изучены недостаточно.

Глава 2

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ) У ДЕТЕЙ. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

## СТРЕСС И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ

Наиболее характерная черта ребенка — его эмоциональность. Он очень живо откликается на негативные и положительные изменения в его окружении. Эти переживания в большинстве случаев носят позитивный характер. Они имеют очень большое значение в приспособлении ребенка к изменяющейся жизни. Однако, при определенных условиях чувства могут играть и отрицательную роль, приводя к невротическим или соматическим расстройствам. Это происходит в тех случаях, когда сила эмоции достигает такой степени, что становится причиной стресса.

Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей [Судаков К. В., 1986].

Под стрессом понимают состояние организма, возникающее при воздействии необычных раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма [Горизонтов П. Д. и др., 1985].

Понятие стресса ввел в медицинскую литературу H. Selye (1936) и описал наблюдающийся при этом адаптационный синдром. Этот синдром может

пройти три этапа в своем развитии: стадию тревоги, во время которой осуществляется мобилизация ресурсов организма; стадию резистентности, при которой организм сопротивляется агрессору, если его действие совместимо с возможностями адаптации; стадию истощения, во время которой сокращаются запасы адаптационной энергии при воздействии интенсивного раздражителя или длительном воздействии слабого раздражителя, а также при недостаточности адаптивных механизмов организма. H. Selye описал эустресс — синдром, способствующий сохранению здоровья, и дистресс — вредоносный или неприятный синдром. Последний рассматривается как болезнь адаптации, возникающая в связи с нарушением гомеостаза (постоянства внутренней среды организма). Стресс также понимают как функциональное состояние организма, возникающее в результате внешнего отрицательного воздействия на его психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов [Суворова В. В., 1975]. Биологическое значение стресса определяется как процесс мобилизации защитных сил организма, то есть начальный этап управления приспособительными процессами [Митюшев М. И., Шаляпина В. Г., 1976]. Стресс — феномен осознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие баланса в этом механизме вызывает возникновение стресса и ответную реакцию на него.

Некоторые авторы не видят различий между стрессом и другими реакциями организма. M. Vigas (1980) рассматривает стресс как реакцию организма, вырабатывавшуюся в ходе филогенеза, на действие агентов, действительно или символически сигнализирующих об опасности нарушения его целостности. По К. В. Судакову (1976), специфика эмоционального стресса отражена в утверждении, что он развивается в условиях, когда не удается достичь результата, жизненно важного для удовлетворения биологических или социальных потребностей, и сопровождается комплексом сомато-вегетативных реакций, а активация симпатикоадреналовои системы мобилизует организм на борьбу. По мнению В. В. Суворовой (1975), трудно провести различие между стрессом и эмоциональными реакциями. Все же К. В. Судаков (1976) считает, что для эмоционального стресса характерно генерализованное распределение симпатических и парасимпатических возбуждений, приводящее у одних особей к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы, у других — к изъязвлению желудочно-кишечного тракта.

К действию экстремальных и повреждающих факторов наиболее чувствительным оказывается эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию, что связано с вовлечением эмоций в архитектонику любого целенаправленного поведенческого акта и именно в аппарат акцептора результатов действия [Анохин П. К., 1973; Судаков К. В., 1981]. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. Напряженное состояние при этом может быть вызвано рассогласованием возможностей достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих ведущие потребности организма во внешней среде, а также путем первичных,

преимущественно гормональных, изменений во внутренней среде организма, вызывающих нарушение его гомеостаза. При стрессе ключевой системой мозга является система лимбико-кортикальных взаимоотношений [Ведяев Ф. П. и др., 1978].

Вместо того чтобы мобилизовать ресурсы организма для преодоления трудностей, стресс может оказаться причиной серьезных расстройств. Механизм эмоционального стресса складывается из продолжительного последействия, суммации, извращенной реакции нейронов центральной нервной системы на нейромедиаторы и нейропептиды. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания.

Наиболее важную роль в механизме развития эмоционального стресса играют первичные расстройства в вентромедиальном отделе гипоталамуса, базальнолатеральной области миндалины, перегородке и ретикулярной формации. Именно рассогласование деятельности в этих структурах приводит к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы.

Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны. Их частота нарастает по мере развития научно-технического прогресса, ускорения темпа жизни, информационных перегрузок, нарастающей урбанизации, экологического неблагополучия. Таким образом, значительность изменений в организме под влиянием эмоционального стресса велика. Устойчивость к нему различна у разных людей. Одни более предрасположены, другие — весьма устойчивы. Однако развитие у ребенка клинически выраженных нервных или соматических заболеваний зависит от ряда условий. Такими условиями следует считать психические и биологические особенности индивида, социальное окружение и характеристики событий, вызывающих серьезные эмоциональные реакции.

## СОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ

Многократно перенесенные в прошлом трудные ситуации в семье и вне ее неблагоприятно сказываются на последствиях эмоционального стресса [Hinkle L., 1977]. При этом имеют значение частота и тяжесть переживаемых событий. T. H. Holmes, R. H. Rahe (1967) создали теорию жизненных событий. Была

составлена шкала оценки событий, происходящих в жизни, по их важности для личности. Для психического и соматического здоровья опасен не только один трагический инцидент, подобный смерти близких, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий промежуток времени, так как они тоже снижают возможности приспособления. В течение года человек переживает в среднем около 150 заметных жизненных изменений. Если их число возрастает более чем в два раза, то вероятность заболевания составляет 80%. Если число таких событий насчитывает от 150 до 300, то риск заболеваний — 50%. Эта теория не учитывает, что человек живет в мире не один, что другие люди могут оказать ему помощь, облегчить приспособление к ситуации. Спорен также созданный рейтинг жизненных событий по различным степеням силы воздействия. Наряду с предшествующим жизненным опытом, существенное значение имеют и актуальные житейские обстоятельства. При несоразмерности личностных реакций на изменяющийся мир возникает опасность для здоровья. Из различий взаимоотношений личности и ее окружения вытекают несоответствия, приводящие к стрессу [French R. D., 1974; Harris R., 1978]. Такой подход предполагает комплексное рассмотрение человека и окружающей его среды. Однако остается неясным вид и способ возникновения психического взаимодействия или разногласия между «субъективным» и «объективным» окружением. Непонятно также, являются ли все рассогласования внешнего мира и личности причиной возникновения стресса или здесь имеется какая-то одна причина.

По концепции приспособления личности к окружающему миру такое несоответствие вызывает инстинктивный порыв к действию и потому не представляет собой опасности для здоровья личности. По мнению G. Engel, A. H. Schmale (1967), развитию заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда окружение воспринимается менее безопасным, не доставляющим удовольствия, а человек чувствует себя покинутым. В то же время, если индивида окружает такая социальная среда, которая разделяет его оценки и мнения, и где он может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность болезнетворного действия эмоционального стресса уменьшается [Caplan I., 1974]. Таким образом, вместе с A. Dean, N. Lin (1977) социальную поддержку можно рассматривать как механизм, смягчающий отрицательные последствия стресса. Для человека наличие социальных связей столь важно, что S. Henderson (1981) уже только их недостаточность считает причиной развития стресса.

Здесь уместно пояснить, что привязанность, возникающая между детьми и их родителями в самый чувствительный для этого период — вскоре после рождения, имеет колоссальное значение не только в качестве цементирующего фактора, объединяющего группы людей, но и в качестве механизма, обеспечивающего их безопасность. Формирование этого социального механизма основано на врожденных образцах поведения, что и определяет не только прочность привязанностей, но и их большую защитную силу. В тех же случаях, когда родительская забота была недостаточной, а социальные отношения нарушались или отсутствовали, у детей в дальнейшем недоставало необходи-

мых жизненных социальных качеств. Эти чувства беззащитности и неспособности оградить себя от опасности приводили к часто возникающим тревожным реакциям и почти постоянным неироэндокринным изменениям. Такое психологическое и физиологическое состояние повышает риск неблагоприятного воздействия эмоционального стресса [Henry J. P., Stephens P. M., 1977].

## СТРЕССОР

Предполагают, что в качестве причин возникновения эмоционального стресса могут выступать как позитивные, так и негативные события [Dohrenwend B. S., 1975]. Однако эту точку зрения разделяют не все. H. Selye (1972) вредностями считал лишь неблагоприятные факторы, приводящие к «дистрессу». В связи с этим систематизируют лишь отрицательные события как потенциальные стрессоры. W. Harris и др. (1956) классифицировали психосоциальные воздействия по виду и продолжительности.

**Кратковременно действующие стрессоры:**
- □ связанные с неудачами;
- □ обусловленные перегрузками, чрезмерной скоростью и отвлечением;
- □ вызывающие страх.

**Продолжительно действующие стрессоры:**
- □ борьбы;
- □ опасных ситуаций;
- □ заключения и изоляции;
- □ утомления от длительной активности.

Эта классификация не охватила все принципиально возможные варианты вредных факторов, поэтому интересно привести их более позднюю и полную систематику.

С. А. Разумов (1976) разделил стрессоры, непосредственно или косвенно участвующие в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека, на четыре группы.

**1. Стрессоры активной деятельности:**
- □ экстремальные (боев, космических полетов, подводных погружений, парашютных прыжков, разминирования и т. п.);
- □ производственные (связанные с большой ответственностью, дефицитом времени);
- □ психосоциальной мотивации (соревнования, конкурсы, экзамены).

**2. Стрессоры оценок** (оценка предстоящей, настоящей или прошедшей деятельности):

- «старт»-стрессоры и стрессоры памяти (предстоящие состязания, медицинские процедуры, воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы);
- стрессоры побед и поражений (победа в соревновании, успех в искусстве, любовь, поражение, смерть или болезнь близкого человека);
- стрессоры зрелищ.

**3. Стрессоры рассогласования деятельности:**
- стрессоры разобщения (конфликты в семье, на работе, в квартире, угроза или неожиданное, но значимое известие);
- стрессоры психосоциальных и физиологических ограничений (сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие обычные сферы общения и деятельности, родительский дискомфорт, голод).

**4. Физические и природные стрессоры** (мышечные нагрузки, хирургические вмешательства, травмы, темнота, сильный звук, качка, высота, жара, землетрясение).

Сам факт воздействия еще не обязательно предполагает наличие стресса. Более того, стимул действует, как указывал П. К. Анохин (1973), на стадии афферентного синтеза очень разнообразных по количеству и качеству суммирующихся раздражителей, поэтому определить роль одного из факторов исключительно трудно. В то же время восприимчивость к некоторым агрессорам у людей может быть очень различной. Новые впечатления для одних непереносимы, а другим необходимы. Для развития заболевания имеет значение также и содержание стрессора. Например, в анамнезе больных с сердечно-сосудистой патологией чаще встречаются конфликты.

## СИСТЕМАТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Систематизация неблагоприятных факторов в зависимости от их источника и масштаба воздействия на детское население позволяет условно выделить несколько групп вредностей.

1) Глобальные — страх войны, экологических катастроф, переживание природных бедствий (землетрясения, наводнения) и промышленных катастроф (взрывы, пожары).
2) Национальная и этническая вражда, экономические контрасты, культурные противостояния.
3) Миграция, отрыв от родной среды, утрата социального статуса.
4) Боязнь нападений, издевательств, преследований со стороны соседей.

5) Поступление в школу, давление требований учебного процесса, трудности освоения знаний, атмосфера отвержения или враждебности со стороны сверстников или старших, конфликтная обстановка.
6) Пребывание в круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, больнице или санатории.
7) Изолированность семьи от ближайшего окружения.
8) Неправильное воспитание одним родителем, отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей.
9) Неадекватное или искаженное внутрисемейное общение.
10) Воспитание психически больным или неполноценным родителем.
11) Межличностные: антагонистические отношения между членами семьи, недостаток душевной теплоты, жестокость, сексуальные злоупотребления.
12) Личностные: переживания, связанные с собственными значительными характерологическими отклонениями.

## Глобальные и общественные неблагоприятные факторы

Среди глобальных психосоциальных факторов переживание детьми опасности приближающейся атомной войны было наиболее частым. Последние десятилетия в мире прошли под знаком все нарастающего страха перед возможностью возникновения третьей мировой войны — термоядерной катастрофы. Эти страхи у детей появились отчасти как отражение тревог родителей и прародителей, отчасти как собственные впечатления, полученные через средства массовой информации о подготовке к боевым действиям или об уже идущих вооруженных столкновениях. При этом дети, в отличие от взрослых неправильно оценивая степень реальной опасности, считают, что война уже на пороге их дома. С изменением международной обстановки эти страхи уменьшились, стали охватывать меньшее число детей. Зато в связи с загрязнением почвы, воды и воздуха ожидание экологической катастрофы становится новым глобальным страхом, поражающим не только взрослых, но и детей.

К числу этнических вредоносных факторов могут быть отнесены межнациональные противостояния, столь обострившиеся в последнее время. Вольное или невольное вовлечение детей в дискуссии, протесты, демонстрации и агрессию против представителей других национальностей создают большое и опасное эмоциональное напряжение.

При воздействии таких региональных психосоциальных факторов, как стихийные бедствия, землетрясения, наводнения или промышленные катастрофы, наряду с физическими факторами, приводящими к травмам, ожогам и лучевой болезни, возникает паника, охватывающая не только взрослых, но и детей. При этом психогенный эффект может быть отсроченным во времени и развиться после того, как непосредственная опасность для жизни миновала. Последствия этих потрясений могут быть проиллюстрированы психосоматическими расстройствами у детей, оказавшихся в зоне землетрясения в Армении.

В отдельных населенных пунктах наблюдаются местные жизненные трудности (например, добровольный или вынужденный отъезд из привычных мест обитания). При этом дети-беженцы как под влиянием собственных трудностей, так и под воздействием тревог близких тяжело психически травмируются. Трудности существенно усугубляются, когда миграция осуществляется в местности, где существуют иные взаимоотношения людей, иначе воспитывают детей или говорят на другом языке. Большой риск психосоматического расстройства возникает, если переезд семьи влечет за собой утрату социального статуса ребенка. Такое случается, когда ребенок в новой школе или по месту жительства оказывается отвергнутым, дискриминируемым или теряет свое прежнее благополучное положение в коллективе.

В районе проживания ребенка его душевные страдания могут быть связаны с нападениями, попытками к насилию, издевательствами или сексуальными злоупотреблениями, которым он может подвергаться вне дома. Не меньшую, а скорее большую опасность для ребенка представляют повторные эпизодические или постоянные угрозы, которые иногда приходится терпеть от сверстников или более старших детей из того же учебного заведения или близлежащего района. Тяжелый след в душе ребенка оставляют преследования или дискриминация в детском коллективе за принадлежность к определенной этнической, языковой, религиозной или какой-то другой группе.

## Неблагоприятные факторы, связанные с детскими учреждениями

Школа, составляющая социальную среду, в которой дети находятся в течение значительной части времени, нередко создает для них психологические трудности. По данным конференции ВОЗ (1978), для детей школа оказывается причиной четырех комплексов проблем.

**Первый** из них связан с поступлением в школу и возникает из-за перехода от игры к труду, от семьи к коллективу, от нестесненной активности к дисциплине. При этом степень трудности приспособления ребенка к школе зависит от того, насколько домашняя обстановка отличалась от школьной и в какой мере ребенка готовили к учебе.

**Второй** обусловлен необходимостью приспосабливаться к давлению, оказываемому на школьника требованиями учебного процесса. Нажим родителей, учителей, одноклассников тем сильнее, чем более развито общество и сознание необходимости получения образования.

**Третий** комплекс проблем — «технизация» общества, требующая усложнения учебных программ (компьютеризация резко увеличивает трудности освоения школьных знаний). Ситуация еще больше усложняется, если ученик страдает задержкой развития, дислексией, нарушением двигательных функций или воспитывался в условиях социальной депривации, в неблагоприятной социально-культурной среде. Ухудшает положение ребенка «наклеива-

ние на него ярлыка больного», так как отношение к нему в соответствии с диагнозом меняется, а ответственность за его успешную учебу перекладывается с педагогов на медиков; в связи с этим школа нередко стремится избавиться от такого «неполноценного» ученика. Трудная судьба может постичь плохо адаптированного, не достигшего функциональной готовности к учебе, медленно усваивающего материал или соматически ослабленного ребенка.

**Четвертый** связан с присутствием в школе элемента соревнования, ориентацией на высокие показатели в учебе. Отстающих детей осуждают, относятся к ним враждебно. У таких учеников легко развивается самопораженческая реакция и негативное представление о собственной личности: они смиряются с ролью неудачников, неуспевающих и даже нелюбимых, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск возникновения психосоматических расстройств.

К школьным стрессовым ситуациям можно добавить отсутствие дружеских отношений или неприятие детским коллективом, проявляющееся в оскорблениях, издевательствах, угрозах или принуждениях к той или иной неприглядной деятельности. Следствием неспособности ребенка соответствовать настроениям, желаниям и деятельности сверстников становится почти непрекращающееся напряжение в отношениях. Серьезной психотравматизацией может стать смена школьного коллектива. Причина этого кроется, с одной стороны, в потере старых друзей, а с другой — в необходимости подлаживаться к новому коллективу и новым педагогам. Большой проблемой для ученика становится негативное (враждебное, пренебрежительное, скептическое) отношение учителя или несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение невоспитанного, невротичного или личностно измененного воспитателя, пытающегося справиться с детским коллективом только «с позиции силы».

Пребывание в закрытых детских учреждениях — круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, интернатах, больницах или санаториях — представляет для психики ребенка и его тела большое испытание, особенно в младшем возрасте. В этих учреждениях воспитывает постоянно сменяющаяся большая группа людей, а не один-два родственника. Естественно, к такому калейдоскопу лиц маленький ребенок не может привыкнуть, привязаться, почувствовать себя защищенным. Это приводит к постоянной тревоге, страху, беспокойству.

## Семейные неблагоприятные факторы

Родительское воспитание при определенных условиях может быть неблагоприятным, когда ребенок воспитывается одним родителем, приемными родителями, отчимом или мачехой, родственниками, чужими людьми, а также родителями при непостоянном с ними проживании. Воспитание в неполной семье, в частности, становится неблагоприятным в том случае, когда воспитывающий родитель чувствует себя несчастным и, замыкаясь в семье, не

способен создать своему сыну или дочери необходимые условия для формирования позитивных чувств и удовлетворения от жизни [Матейчек З., 1980.].

Благополучие семьи определяется не только особенностями родителей, но и социальной поддержкой окружающих, с которыми сложились гармоничные, доверительные отношения. Сами дети много получают от общения за пределами семьи. В то же время социальная изоляция семьи может стать фактором риска для ребенка, так как она противодействует его контактам с окружением. Обособление семьи обычно возникает как следствие психических заболеваний, личностных отклонений родителей или их ригидных предпочтений, резко отличающихся от принятых в окружении. Родительская гиперопека, которая мешает ребенку поддерживать отношения с другими людьми и научиться самостоятельно принимать решения, становится преградой развитию независимого поведения, способствует инфантилизации. Чрезмерно опекающий родитель принимает решения за ребенка, защищает его даже от незначительных или воображаемых трудностей вместо того, чтобы помочь преодолеть их. Это приводит ребенка к зависимости и препятствует формированию у него ответственности, приобретению социального опыта за пределами семьи, изолирует от других источников социальных влияний. У таких детей возникают трудности в общении с окружающими, у них велика опасность невротических срывов и психосоматических расстройств. Неадекватная родительская забота или неправильное руководство поведением ребенка, выражающееся в явном его несоответствии возрастным потребностям и окружающей среде, не обеспечивают его необходимой защитой от попадания в психологически неблагополучные ситуации. Этот тип воспитания проявляется тем, что родители, как правило, не знают, где находится, что делает их ребенок, они не понимают его нужд, трудностей и подстерегающих его опасностей, не способны своевременно и эффективно помочь ему.

Семья обеспечивает ребенка жизненным опытом. Родители стимулируют его развитие с помощью разнообразных игр, занятий, посещений вместе с ним парков, музеев, театров, библиотек. Беседы с ребенком развивают его речь и мышление, расширяют кругозор. Недостаточное общение ребенка с родителями, отсутствие совместных игр и занятий не только ограничивает возможности развития, но и ставит его на грань психологического риска.

Чрезмерное постоянное родительское давление, не соответствующее нуждам и потребностям ребенка, обычно направлено на то, чтобы он стал не тем, кто он есть на самом деле или кем он может быть. Требования родителей могут не соответствовать полу, возрасту или особенностям личности ребенка. Директивное воспитание зависит либо от жизненного стиля родителей, либо от их завышенных амбиций, не осуществленных ими самими. Одни родители, будучи недовольны полом родившегося ребенка, обращаются с мальчиком как с девочкой, переодевая его и требуя несоответствующего поведения, другие — разочарованные неудачами ребенка в школе, всеми способами добиваются от него лучшей успеваемости. Такое насилие над ребенком, попытки переделать его натуру или заставить сделать невозможное крайне опасны для его психики.

Искаженные взаимоотношения в семье из-за недостаточной откровенности, бесплодных споров, неспособности договориться между собой для решения семейных проблем, сокрытие от ребенка семейных тайн — все это крайне затрудняет возможность приспособления к жизни. Не следует сомневаться в том, что такая неопределенная и, как правило, напряженная обстановка, в которой воспитывается ребенок, чревата риском для здоровья.

Психические нарушения, личностные отклонения или инвалидность одного из членов семьи представляют для ребенка потенциальный риск психосоматического расстройства. Это может быть связано, во-первых, с генетической передачей ребенку повышенной ранимости, и, во-вторых, с влиянием психических расстройств у родителей на жизнь в семье. Их раздражительность лишает ребенка покоя, чувства уверенности. Их страхи могут стать причиной ограничения детской активности. Их бредовые и галлюцинаторные переживания могут пугать детей и даже стать причиной посягательства больных родителей на здоровье и жизнь детей. Нервно-психические расстройства могут лишить родителей способности заботиться о ребенке. В-третьих, из-за идентификации с родителями ребенок, так же как и они, может переживать тревогу или страхи. В-четвертых, может нарушаться гармония семейных отношений [Rutter M., 1984].

Психическая инвалидность, сенсорный дефект (глухота, слепота), тяжелая эпилепсия, хроническое соматическое заболевание (например, бронхиальная астма с частыми и длительными приступами), угрожающее жизни заболевание (например, рак) родителя делают его неспособным обслуживать и воспитывать ребенка, вести хозяйство, что, безусловно, нарушает благополучие ребенка и создает риск для его психосоматического здоровья. Определенное значение в этом смысле имеет инвалидность брата или сестры. Эти состояния психической или физической неполноценности родителей или родственников оказывают влияние на ребенка в связи со следующими обстоятельствами:

- из-за явной социальной стигматизации (например, ребенок стыдится своего инвалида-родителя, не приводит к себе домой товарищей);
- из-за недостаточной заботы и надзора за ребенком со стороны больного родителя;
- из-за изменений родительских чувств привязанности и снижения ответственности, вызванных неспособностью понять детские трудности и расстройства;
- из-за семейных разногласий и напряжений;
- из-за социально неприемлемого поведения;
- из-за ограничений ребенка в активности и контактах.

Внутрисемейные отношения оказываются нарушенными, если имеют место антагонистические взаимодействия и взаимоотношения между членами семьи, что приводит к неблагоприятным последствиям для социального и эмоционального развития ребенка. Эти конфликтные отношения связаны с нарушением формирования семьи, хотя механизмы, посредством которых они

влияют, еще недостаточно изучены. Некоторые из внутрисемейных вредностей прямо действуют на отношения ребенка с членами семьи, другие создают общую неблагоприятную семейную атмосферу, в которой ребенок должен воспитываться.

Ребенок может оказаться под воздействием одной, нескольких или всех этих вредностей в одно и то же время. Предполагается, что, хотя способы выражения и пороги проявления чувств варьируются в зависимости от культуры, недостатки и искажения в этих областях сходны в любых обществах. Все двусторонние взаимоотношения людей зависят от поведения каждого из них. Варьируя по степеням, нарушенные внутрисемейные отношения могут возникать отчасти как результат реакций, отношений или действий самого ребенка. В каждом отдельном случае часто бывает трудно судить о его действительном участии во внутрисемейных процессах. Оценка степени нарушения семейных отношений должна делаться только на основе изменений поведения других членов семьи, безотносительно к роли ребенка, который своим поведением в ответ на семейные неурядицы может ухудшать семейный психологический климат. К частным случаям нарушенных семейных отношений относят недостаток теплоты в общении между родителями и ребенком, дисгармоничные отношения между родителями, враждебность к ребенку, жестокое обращение с ребенком, сексуальные злоупотребления. Явный недостаток положительных чувств по отношению к ребенку со стороны родителя выражается обычно в том, что последний не проявляет эмоциональной теплоты во время вербального или невербального общения, не способен создать для него физический комфорт. В этих случаях родитель обращается к ребенку отстраненным или бесчувственным тоном, не проявляя сколько-нибудь значительного интереса к тому, чем он занимается, не сопереживая его трудностям, редко поощряя и одобряя. Детское поведение, связанное с переживаниями, встречается с раздражением и обычно пресекается. Дисгармоничные отношения между взрослыми (родителями и другими членами семьи) обычно проявляются ссорами или постоянной атмосферой тяжелого эмоционального напряжения, являющегося результатом натянутости отношений. В результате этого поведение отдельных членов семьи становится неуправляемым и враждебным, упорно сохраняется атмосфера жестокого отношения друг к другу. После особенно тяжелых конфликтов некоторые члены семьи подолгу не общаются друг с другом или стремятся покинуть дом. Враждебность некоторых родителей проявляется в постоянном возложении ответственности на ребенка за чужие проступки, что фактически превращается в психическое истязание. Другие подвергают ребенка систематическим унижениям и оскорблениям, подавляющим его личность. Они награждают ребенка негативными характеристиками, провоцируют на конфликты, агрессию, незаслуженно наказывают. Жестокое обращение с ребенком или физическое истязание его родителями опасно не только для соматического, но и для психического здоровья. Систематические и безжалостные наказания приводят к кровоизлияниям, ожогам, переломам, что не проходит бесследно, а вспышки агрессии потерявшего самообладание родителя ставят на карту жизнь ребен-

ка. Сочетание боли, соматических страданий с переживаниями обиды, страха, негодования, отчаяния и беспомощности из-за того, что самый близкий человек несправедлив и жесток, может привести к психосоматическим расстройствам.

Не проходят для ребенка бесследно сексуальные злоупотребления в семье. Принуждение к половой жизни, развратные действия, совращающее поведение родителей, отчима или мачехи, братьев или сестер, других родственников или друзей семьи, как правило, сочетаются с серьезным неблагополучием в семейных отношениях. В этой ситуации ребенок оказывается беззащитным перед сексуальными злоупотреблениями, его переживания страха и обиды усугубляются неотвратимостью происходящего, безнаказанностью обидчика и противоречивыми чувствами обиженного к нему.

На участие описанных психогенных и социальных факторов в возникновении нервно-психических и психосоматических расстройств указывают многие авторы. Но данные о степени вредоносности этих факторов и доле их участия в этиологии психосоматических расстройств недостаточны.

## ИНДИВИД

Стрессогенность события определяется его восприятием индивидом. При оценке переживаемых трудностей по степени реадаптации или по уровню дистресса показано, что субъективное и объективное значение событий для взрослого и ребенка различно. Для детей младшего возраста наиболее существенным переживанием может стать даже временный отрыв от родителей. Старшие дети тяжело переживают свою неспособность удовлетворить родительские чаяния о высокой успеваемости или примерном поведении. У подростка нередко развитие стресса связывается с неприятием или отвержением той группой сверстников, к которой он хочет принадлежать.

Понять механизм стресса можно только с учетом реакций личности, преодолевающей его [Lazarus L., 1970]. Далеко не все, подвергающиеся стрессовым воздействиям, заболевают. Это объясняется устойчивостью некоторых личностей. В то же время часть людей обладает повышенной чувствительностью к стрессам.

Среди индивидуальных особенностей личности, способствующих возникновению заболеваний в результате внешних воздействий, выделяют темперамент. Такие его стороны, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакций, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и другие, делают ребенка очень чувствительным к стрессам.

В то же время активность ребенка, ритмичность физиологических функций, доступность и хорошая приспособляемость к новому, наряду с преобладающим ровным настроением и небольшой интенсивностью реакций на из-

менения в окружающей среде, препятствуют развитию заболеваний при наличии потенциально стрессорных событий.

Возникновение стресса объясняется также несоответствием между требованиями среды и способностями индивида к адекватному реагированию на них. Стрессовую реакцию понимают как нарушение равновесия во взаимоотношениях личности с окружением. Стресс, таким образом, возникает не только как вызов мира, в котором живет человек, но и как проявление несоответствия его ожиданий и возможностей их реализации. Однако конечный результат этой реализации зависит от присутствия или деятельности других лиц, способных усилить стресс или уменьшить его патогенное действие поддержкой переживающего, укреплением его чувства собственного достоинства. Эта точка зрения помогает понять, например, почему один ребенок или подросток, попадая в одинаково трудные условия учебного заведения, благополучно преодолевает стресс, а другой — не обладающий поддержкой родителей, друзей или других близких лиц, не может разрешить свои трудности иначе как через заболевание.

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают те личности, которые отличались большим нигилизмом, чувством бессилия, отчужденностью, непредприимчивостью. Уменьшают патогенное воздействие агрессоров чувство собственной значимости, энергичная позиция в отношении окружения, способность принимать на себя большие обязательства, уверенность в возможности контролировать события [Kobasa S. C, 1979; цит. по А. М. Вейнуидр., 1988]. Активность увеличивает шанс благоприятного исхода после воздействия стресса, отказ от поиска выхода из ситуации делает организм уязвимым к возникновению заболеваний [Ротенберг В. С, Аршавский В. В., 1984].

M. Schur (1974) для объяснения возникновения психосоматических заболеваний построил теорию «десоматизации-ресоматизации». Согласно его представлениям, индивид в норме способен нейтрализовать энергию инстинктивных порывов. В процессе десоматизации он становится более сильным и независимым от воздействий вегетативных процессов на гомеостаз. В том же случае, когда нарушается структура «Я» и трудная ситуация не осознается, активизируется невротический конфликт. Последний затем может регрессировать только при безнадежном состоянии. Таким образом, M. Schur связывает возникновение соматических расстройств с определенными функциями «Я». С этой теорией согласуется представление A. Mitscherlich (1956): когда психических средств недостаточно, происходит сдвиг в сторону соматических защитных сил. Этот взгляд объясняет также наблюдаемые взаимные замещения невротических и соматических симптомов (психосоматическое балансирование). Невротические симптомы регрессируют при возникновении телесных расстройств, но нередко возникают вновь в случае выздоровления.

Развитие психосоматического заболевания неотвратимо, если эмоциональная готовность переходит в соматическую, становясь хронической, в связи с невозможностью осуществления первоначальной цели поступков [von Uexk-

iill E, 1963]. Предиктором психосоматических расстройств P. E. Sifheos (1973) считает алекситимию, под которой понимают ограничение способности к сопереживанию, скудость словарного запаса, невозможность вербализовать содержание психологических конфликтов при относительно неплохом приспособлении и чувстве удовлетворения жизнью.

По G. L. Engel, A. H. Schmale (1967), за катастрофическими событиями часто следует состояние «отказа», «ухода», «капитуляции», реже — предчувствие этого состояния и еще реже — фантазии о нем. Индивид реагирует аффектом беспомощности или безнадежности, понимая свою неспособность двигаться и действовать без помощи или иногда даже с помощью. Такие люди становятся озабоченными своим прошлым и, особенно, пережитыми печальными событиями. Они ощущают эти воспоминания так, как если бы все неприятное из прошлого возвратилось разом, переполняя их и угрожая. В это время им трудно представить будущее или пытаться искать пути выхода. Они отворачиваются от окружающего и погружаются в свои прошлые переживания. G. L. Engel, A. H. Schmale рассматривали такое состояние как кардинальное, которое ставит индивидов на грань риска заболевания, делает их крайне ранимыми. Это состояние может совпадать с фазой резистентности и истощения (по H. Selye). С внешней помощью или самостоятельно, поддерживая себя внутренними источниками, индивиды могут быть способны преодолеть это состояние, выйти из него, приспособиться внутренне и внешне, «выкарабкаться из бездны» и вернуться к нормальной жизни, предотвратив дальнейшие несчастья и болезни.

E H. Dunbar (1948) изучал особенности реакций человека на стрессор с хроническим эмоциональным напряжением. Полагая, что у различных личностей эмоциональные реакции неодинаковы, развитие психосоматических расстройств было поставлено в зависимость от того или иного профиля личности, был сделан вывод о существовании коронарного, гипертонического, аллергического и склонного к повреждениям типов личностей. Эта теория не получила подтверждения, однако и в последующем делались попытки искать предикторы соматических заболеваний в особенностях личности. Примером может послужить концепция личностного типа «А» M. Friedman, R. Rosenman (1974). По их мнению, амбициозные, честолюбивые, энергично добивающиеся успеха на работе, постоянно деятельные, нетерпеливые, переживающие нехватку времени, агрессивные, не умеющие и не желающие отдыхать люди подвержены ишемической болезни сердца в большей мере, чем добродушные, неторопливые и менее конкурентоспособные.

E Alexander (1950, 1965) объяснял возникновение психосоматических расстройств тем, что они являются физиологическим выражением хронического или повторяющегося эмоционального состояния. Своеобразие психогенного механизма психосоматического расстройства состоит в полном вытеснении конфликта. При этом каждой эмоциональной ситуации соответствует соматический синдром. Неотреагированный гнев, подавленная агрессия, реализуясь через симпатическую нервную систему, приводят к гипертонической болезни, артритам, мигрени, гипертиреозу, диабету. Неутоленные стрем-

ления к зависимости, признанию, удовлетворению сексуальных потребностей посредством парасимпатической нервной системы преобразуются в язвенную болезнь, язвенный колит, бронхиальную астму.

G. Engel (1974) не счел возможным объяснять особенности реакций на стимулы только природой стимула, его количественными характеристиками или особенностью состояния личности и организма. Возникающую в момент действия стрессора активацию G. Engel понимал как временную психофизиологическую переменную по отношению к стимулу, соотнесенную с состоянием индивида («принцип доминантности»). Судить о том, благоприятно или неблагоприятно состояние индивида в момент действия стрессора, можно по тому, как он реагирует.

Предпринимали также попытку связать появление психосоматических нарушений с содержанием переживаний личности. Таким переживанием, как предполагают, может быть фактическая, угрожающая или воображаемая «потеря объекта». При этом под «объектом» понимают как одушевленные существа, так и неодушевленные предметы, от которых в силу своей привязанности индивид не может отказаться [Freyberger H., 1976]. Примером может быть кратковременная или, особенно, длительная утрата контактов с родственниками или с привычной деятельностью.

Для понимания механизмов развития психосоматических расстройств привлекают понятие социопсихосоматики, в основе которой лежит рассмотрение социальных и межличностных связей как причины конфликта, приведшего к заболеванию [Schafer H., 1966; Delius L., 1975]. A. Mitscherlich (1956) прямо указывал на необходимость искать причину заболеваний в условиях жизни общества. H. G. Wolf, S. Wolf (1943) подчеркнули значение определенной жизненной ситуации и соответствующего культурного влияния. Более того, социальное развитие и техническая революция в последние годы изменяют все нормы в обществе. В связи с этим возникает напряжение между индивидом и средой, что является основным фактором развития психосоматических заболеваний [Labhardt E, 1965].

В процессе действия стрессора на личность происходит *первичная оценка,* на основании которой определяют тип создавшейся ситуации — угрожающий или благоприятный [Averill J. R. et al., 1971]. Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты. R. S. Lazarus (1970) эту защиту или «процессы совладания» рассматривал как средства личности, осуществляющей контроль над ситуациями, угрожающими, расстраивающими или доставляющими ей удовольствие. «Процессы совладания» являются частью аффективной реакции. От них зависит сохранение эмоционального равновесия. «Процессы совладания» направлены на уменьшение, устранение или приближение действующего стрессора. На этом этапе осуществляется *вторичная оценка* последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

1) непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);

2) косвенная или мыслительная форма — без прямого воздействия, например, вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления аффекта с целью его нейтрализации и т. д., что связано с невозможностью прямого действия из-за внутреннего или внешнего торможения;
3) совладание без аффекта, когда реальная угроза личности не предполагается (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которых мы успешно избегаем); последнее возникает в процессе изменения суждений как результат полученной обратной информации или своих собственных реакций.

Оценивая эти представления, следует отметить, что эмоциональный стресс может появиться не только при ожидании негативных событий. Эта концепция, однако, не учитывает другое — психологические реакции и их взаимоотношения. Она не объясняет, какими именно свойствами должна обладать личность для оценки опасности и ее наиболее эффективного преодоления.

С. А. Разумов (1976) возражал против рассмотрения психологических форм защиты исключительно с точки зрения психологических структур. По его мнению, происхождение эмоциональных реакций не может быть понято без учета физиологических механизмов. Психические и физиологические процессы следует рассматривать в их взаимном переплетении и взаимной зависимости.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Психологическая защита очень важна для создания сопротивления индивида возможному развитию болезни, предотвращению дезорганизации психической деятельности и поведения. Она возникает в виде особых форм взаимодействия и взаимоотношения осознаваемых и неосознаваемых психологических установок. Если в результате психической травмы исчезает возможность реализации в поведении ранее сформировавшейся эмоционально насыщенной установки, то нейтрализовать создавшееся патогенное напряжение можно, создав другую, более широкую в смысловом отношении установку, в рамках которой противоречия между первоначальным стремлением и препятствием устраняются. Вместо описанной трансформации отрицательно влияющей установки может быть другой способ психологической защиты в форме своеобразной замены установок в системе мотивов поведения: подстановка вместо определенной нереализуемой установки какой-то другой, не встречающей препятствий при своем выражении в действии. Существуют и

более сложные формы взаимодействия установок, выполняющие защитную функцию [Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А., 1979].

С распадом психологической защиты создаются благоприятные условия для патогенного воздействия психоэмоционального стресса — развития не только функциональных, но и органических расстройств.

Мерой устойчивости и сопротивляемости разрушительному действию агрессоров можно считать гипотетический личностный адаптационный барьер [Александровский Ю. А., 1976]. Этот барьер отражает все особенности психического склада и возможности реагирования индивида. Он базируется на биологической и социальной основах, то есть является их единым функционально-динамическим выражением. Барьер обеспечивает индивидуальную психическую адаптацию и создает возможности для переработки психотравмирующего воздействия.

Биологические процессы, происходящие в период действия эмоционального стресса и имеющие патогенное значение, возникают тем легче, чем более выражена наследственная предрасположенность к соматическим расстройствам. Особенную чувствительность некоторых людей к эмоциональным стрессам ранее объясняли некой общей наследственно-конституциональной слабостью, типом высшей нервной деятельности или особенностью вегетативного реагирования. Некоторые авторы конкретизировали механизм ранимости организма. Они указывали не только на тип высшей нервной деятельности или тип личности, но и на повышение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, повышение атерогенных фракций при ишемической болезни сердца. В возникновении гипертонической болезни важную роль играет тип высшей нервной деятельности, экстравертированность, преобладание симпатического тонуса, активация симпатико-адреналовой системы, увеличение продукции антидиуретического гормона [Панин Л. Е., Соколов В. П., 1981].

Экспериментально доказано, что в основе генетической предопределенности гипертензии лежит особенность нейро-гуморальных механизмов регуляции артериального давления [Маркель А. Л., Науменко Е. В., 1978], а некоторых других форм патологии — иммунологические особенности организма [Stein M., 1986]. Животные с более выраженной экскреторной реакцией в трудной ситуации отличаются выраженным подавлением условнорефлекторной деятельности [Китаев-Смык Л. А., 1983]. Эти данные определенно указывают на существование различных типов реагирования животных на стрессовый раздражитель, однако не дают окончательного ответа на вопрос о различии функциональных механизмов, участвующих в стрессовой реакции. Трудно также безоговорочно переносить данные, полученные в эксперименте на животных, для понимания реактивности человека.

Имеются указания на то, что отсутствие раздражителей или их чрезмерный поток, действуя на гипоталамическую систему, нарушает гипоталамо-гипофизарно-кортикальные отношения и тем самым меняет реактивность индивида на стрессорные воздействия [Gellhorn E., Loofbourow G. N., 1966].

J. Reikowski (1979) формулирует положения, раскрывающие особенности возникновения физиологических изменений под влиянием эмоционального

стресса. Во-первых, эти изменения зависят от уровня эмоционального возбуждения. При этом, по его мнению, чем больше отклонения, тем более вероятны нарушения адаптации. Во-вторых, комплекс физиологических изменений зависит от качества и знака эмоций. В-третьих, вегетативные изменения при эмоциональных стрессах определяются типами физиологического реагирования индивидов и различиями реагирования у одного и того же человека в разное время. В-четвертых, состояние внутренних органов может оказывать влияние через вегетативную нервную систему на протекание эмоциональных процессов.

Обсуждая наличие стресс-лимитирующих систем, Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова (1988) утверждают, что они реализуются внутри организма активацией адренергической и гипофизарно-адреналовой систем, которые в конечном счете формируют функциональные системы, ответственные за адаптацию. Биологическое значение стресс-лимитирующих систем не ограничивается только защитой организма от прямых повреждений, но и модулирует эмоциональное поведение.

Одним из механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу является активация опиоидергической системы или введение опиоидных пептидов, способных устранять нейромедиаторную интеграцию отрицательного эмоционального возбуждения [Юматов Е. А., 1983]. С опиоидергической тесно связана серотонинергическая стресс-лимитирующая система. Накопление серотонина в мозге при адаптации к трудным ситуациям подавляет стрессорную реакцию. Синтетические аналоги серотонина обладают аналогичным действием и предупреждают сердечные аритмии и острую ишемию. Активация ГАМК-ергической системы подавляет агрессивность, упорядочивает поведение, предупреждает образование язв желудка, нарушение электрической стабильности сердца. Антиоксидантный статус организма предупреждает стрессорные повреждения, обеспечивает адаптивное поведение в экстремальных ситуациях [Меерсон Ф. 3., Пшенникова М. Р., 1988].

## СОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СТРЕССА

Во взаимоотношениях индивида с его окружением решающую роль играет головной мозг. Центральное место при этом занимают его структуры — кора головного мозга, лимбическая система, ретикулярная формация, гипоталамус. Стресс, будучи взаимодействием между человеком и окружающей средой — сложный процесс, основанный на интеграции практически всех частей мозга.

Стрессовая реакция в ответ на психосоциальный стимул начинается с восприятия действия стрессора сенсорными рецепторами периферической нервной системы. Сигналы об этом событии достигают центральной нервной сис-

темы. При этом информацию получает не только кора головного Мозга, но и ретикулярная формация, а через нее гипоталамус и лимбическая система. Каждый стимул на этом пути может достичь той или иной структуры лишь при помощи неспецифической активации, зависящей от значения полученного раздражения для личности, вида самого раздражителя и ситуации, предшествовавшей его воздействию, а также от прежнего опыта перенесения аналогичных раздражителей. Благодаря этому непосредственные события получают возможность приобрести эмоциональную окраску [Snyder S., 1974]. Полученные сигналы и их эмоциональный аккомпанемент анализируются в неокортексе. Особую роль в возникновении стресса играют ассоциативные области лобной и теменной долей. Полагают, что вредное влияние воздействующего стрессора осознается в лобной области. Одновременно может формироваться ответ внутренних органов, за который ответственны стимулы, поступающие через ретикулярную формацию. Получив эмоциональную оценку, обработанная информация из коры головного мозга поступает в лимбическую систему. Учитывая роль лимбической системы, приходится принимать во внимание, что она участвует в таких комплексных функциях, как эмоции, мотивация, регуляция бодрствования, кратковременная память и ее переход в долговременную. Если психосоциальный стрессор интерпретируется как опасный или неприятный, то может возникнуть сильное эмоциональное возбуждение. Эмоциональный стресс возникает в том случае, когда блокируется удовлетворение биологических, психологических или социальных потребностей, он выражается, в частности, соматовегетативными реакциями, носящими мобилизационный характер. В процессе развития эмоционального стресса возникает генерализованное возбуждение как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. На действия экстремальных и повреждающих факторов первым реагирует эмоциональный аппарат, начиная стрессовую реакцию [Судаков К. В., 1976, 1981]. По мнению П. К. Анохина (1973), эмоции включены в архитектонику любого целенаправленного поведенческого акта, в аппарат акцептора результатов действия. При отсутствии полезной приспособительной реакции в ответ на средовые изменения, что фиксируется как несоответствие результатов этой реакции свойствам акцептора действия, возникает конфликтная ситуация, усиливается эмоциональная напряженность. Нарастание возбуждения в лимбической системе и, в частности, в ее центре — гипоталамусе, регулирующем и координирующем деятельность вегетативно-эндокринной системы, приводит в результате к активации вегетативной нервной системы и эндокринных процессов. В формировании нейродинамических и эндокринно-вегетативных изменений при стрессе ведущую роль играют лимбико-кортикальные отношения [Беляев Ф. П. и др., 1978].

Эмоциональные механизмы становятся стимулами для так называемых основных психосоматических осей стресса (симпатических, парасимпатических, нейроэндокринных).

Таким образом, стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение [Everly G. S., Rosenfeld R., 1985].

Самые первые соматические проявления стресса возникают благодаря быстрой реакции симпатической и парасимпатической автономных систем. После того как психосоциальный стимул был оценен как угрожающий, нервное возбуждение при симпатической активации направляется к задним отделам гипоталамуса, при парасимпатической — к переднему отделу. Путь импульсов симпатической нервной системы проходит через цепочку ганглиев, проводящие пути к соматическим органам. Импульсы, следующие парасимпатическими путями, идут через черепной и крестцовый отделы спинного мозга к иннервируемым органам.

Возбуждение вегетативных центров приводит к многократному увеличению концентрации катехоламинов. Высвобождение медиатора норадреналина на окончаниях симпатических нервов меняет активность органов. В парасимпатической нервной системе ту же роль осуществляет ацетилхолин. В целом симпатическая нервная система реализует эрготропную функцию, активируя деятельность органов. Парасимпатическая нервная система тормозит, замедляет и нормализует активность органов, то есть выполняет трофотропную функцию. При стрессе наблюдается не только эрготропная реакция, но и трофотропная.

Воздействие на телесные органы в связи с активацией вегетативной нервной системы при стрессе проявляется сразу и долго продолжаться не может из-за ограниченной возможности длительного выделения медиаторов в межсинаптическую щель. Для поддержания стрессовой активности в продолжение более длительного времени включается нейроэндокринный механизм. С этой целью используются главным образом основные эндокринные оси, реализующие стрессовую реакцию: адренокортикальная, соматотропная и тиреоидная. Эти стрессовые механизмы для своего включения требуют более активной стимуляции.

Высшим центром управления адренокортикальным механизмом является септально-гипоталамический комплекс. Отсюда импульсы направляются к срединному бугру гипоталамуса. Здесь выделяется кортикотропин-рилизинг-фактор (КРФ), поступающий в гипоталамо-гипофизарную воротную систему. КРФ попадает к клеткам аденогипофиза. Клетки передней доли гипофиза реагируют на КРФ выделением адренокортикотропного гормона (АКТГ) в сосудистую систему, через которую он попадает в кору надпочечников. АКТГ стимулирует выделение кортизола и кортикостерона в кровь. АКТГ способствует выработке минералкортикоидов: альдостерона и дезоксикортикостерона, которые усиливают первичную реабсорбцию натрия, регулируют уровень электролитов и артериального давления.

Комплекс «перегородка—гиппокамп» через гипоталамо-гипофизарную систему обеспечивает деятельность соматотропной оси. В этом случае аденогипофиз стимулируется соматотропин-рилизинг-фактором (СРФ), продуцируемым срединным бугром, и выделяет гормон роста (соматотропин). Последний повышает резистентность к инсулину и ускоряет мобилизацию накопленных в организме жиров.

Роль тиреоидной оси в психосоциальном стрессе известна недостаточно, а имеющиеся данные противоречивы. Эта ось связана с септально-гиппокам-

пальным комплексом и срединным бугром, в котором вырабатывается тиреотропин-рилизинг-фактор (ТРФ), направляющийся к аденогипофизу. В передней доле гипофиза выделяется тиреотропный гормон (ТТГ), который побуждает щитовидную железу к выделению тироксина. Этот гормон повышает общий уровень обмена веществ, частоту сердечных сокращений, сократимость сердца, периферическое сопротивление сосудов, чувствительность тканей к катехоламинам.

В стрессовой реакции принимает участие гипофиз. Задняя доля гипофиза (нейрогипофиз), получив нервные сигналы от супраоптических ядер гипоталамуса, высвобождает вазопрессин, или антидиуретический гормон (АДГ), и окситоцин. АДГ действует на функцию почек таким образом, что в организме происходит задержка воды. Он, как полагают, наряду с окситоцином и меланоцитостимулирующим гормоном оказывает также влияние на процессы обучения и запоминания.

В течение стрессовой реакции гипофиз также продуцирует три гонадотропных гормона, которые воздействуют на половые и молочные железы. Под влиянием соответствующей концентрации тестостерона уже на 4-7-м месяцах внутриутробного развития происходит половоспецифическая дифференцировка гипоталамуса, что, по мнению A. W. EifT (1976), обусловливает при стрессе поведение, соответствующее полу.

Таким образом, в период стресса происходит процесс оценки, формирования цели и стратегии, что осуществляется благодаря взаимодействию коры, лимбической системы, ретикулярной формации и гипоталамуса. Они интегрируют внешние требования среды и внутреннее состояние индивида, а также регулируют соматические изменения через другие структуры. Это осуществляется, например, через продолговатый мозг, сосудодвигательные центры и др. Поведенческие или соматические изменения — результат взаимодействия этих мозговых структур. Если же указанные структуры повреждаются, это приводит к невозможности или расстройству адаптации и нарушению взаимоотношений с окружением.

В стрессовой реакции мозговые структуры, взаимодействуя между собой, проявляют себя различно. При опасности, возникающей для основных биологических потребностей, главную роль играют гипоталамус и лимбическая система. Трудности исполнения социальных потребностей требуют наибольшей активности коры головного мозга и лимбической системы. Сказанное, однако, не означает, что другие мозговые структуры не играют никакой роли в формировании стрессовой реакции [Schench K., Schreinicke G., 1981].

## ПАТОГЕННОСТЬ СТРЕССА

По мнению В. К. Судакова (1989), состояние стресса приводит к усилению взаимодействия гипоталамических и ретикулярных структур, ухудшению связи между корой и подкорковыми образованиями. При нарушении корко-

во-подкорковых отношений как при остром, так и при хроническом стрессе возникают типичные расстройства моторики, ритма сна и бодрствования, нарушение влечений, настроения, раздражительность.

Нарушения энергетического обмена мозга при этом невозможно объяснить только расстройством корково-подкорковых отношений (повреждена и уменьшена активность нервных трансмиттеров, изменена чувствительность нейронов к трансмиттерам и нейропептидам).

S. Lachman (1972) считает, что патогенность стресса зависит от его интенсивности или продолжительности или от того **и** другого вместе. Выбор поражаемого органа определяется его биологическим состоянием: генетической предрасположенностью к нарушениям (порог реактивности), внешними факторами (инфекции, физические травмы), структурами, участвующими в процессах физиологической реактивности, степенью вовлеченности органа в психофизиологическую реакцию. Приходится также учитывать «фактор обучения», влияющий на способность активации органа: от частоты, интенсивности и продолжительности активации органа зависит возможность возникновения психосоматического расстройства.

R. Stenbach (1966) факт возникновения заболевания объясняет тем, что индивид имеет тенденцию к формированию аналогичных психофизиологических реакций на разнообразные стрессоры. Стереотипность реакций при этом связывают со слабостью органа, не объясняя, однако, причину последнего. Стереотипность реакций объясняют также тем, что этот орган подвергается достаточно частому возбуждающему воздействию. Еще одно условие возникновения стереотипных реакций — неспособность органа, подвергшегося стрессорному возбуждению, вернуться к исходному состоянию без опоздания. Замедление дезактивации системы или органа оказывается неблагоприятным [Freeman G. L., 1939; Malmo R. et al., 1950].

Стресс не развивается по закону «все или ничего», а имеет различные уровни проявления. Он протекает как компенсаторный процесс во взаимоотношениях с внешним миром, как соматическая регуляция. При постоянном повышении активности функциональных систем возможны их «износ», амортизация [Levi L., 1974].

M. Poppel, K. Hecht (1980), в соответствии с представлением H. Selye, описали три фазы течения хронического стресса.

**Фаза ингибиции** — с подъемом концентрации адреналина в крови, угнетением синтеза белка в головном мозге, снижением способности к обучению и сильным угнетением энергетического метаболизма, что интерпретируется как снижение защиты от стрессоров.

**Фаза мобилизации** к адаптивным процессам — с ускорением синтеза белка, увеличением кровоснабжения мозга и усилением обмена веществ в тканях мозга. Активируют эти процессы адренергические и холинергические системы.

**Преморбидная фаза** — с образованием энергии, что связано с дисрегуляцией во многих плоскостях, со значительным ограничением усвоения новых условных рефлексов, повышением кровяного давления, изменением содер-

жания сахара в крови под воздействием инсулина, ликвидацией коррелятивного действия катехоламинов, с нарушением сна, ритма физиологических функций и снижением массы тела. Отмечаются также изменения и в периферических органах: нарушение метаболизма в сердечной мышце, снижение энергообразующей функции митохондрий, ухудшение активного транспорта ионов с изменением соотношения ионов натрия и калия в клетке.

Пути реализации стресс-реакции различны. Возможно возникновение трех порочных кругов возбуждения:

- □ внутри лимбико-ретикулярных структур;
- □ через гипофиз и вегетативную нервную систему к надпочечникам и от них посредством гормонов к ретикулярной формации среднего мозга;
- □ циркуляция между прессорными и депрессорными аппаратами сосудов.

Разнообразие стресс-реакций связывается с реализацией через различные «начальные звенья» нервной системы и дальнейшими путями распространения стимулов [Mason J. B., 1968]. «Соматический стресс» (воздействие физических или химических факторов) осуществляется через переднюю туберальную область, откуда кортикотропин-рилизинг-фактор через капиллярное сплетение в среднем возвышении гипоталамуса поступает в переднюю долю гипофиза. «Психический стресс» реализуется через кору мозга — лимбико-каудальный отдел подбугорной области — спинной мозг — брюшные нервы — мозговое вещество надпочечников — адреналин — нейрогипофиз — АКТГ — кору надпочечников [Smelik I., I960].

Стресс может служить патогенетической основой развития невротических, сердечно-сосудистых, эндокринных и других нарушений [Кахана М. С, 1960; Судаков К. В., 1976]. Основа развития заболевания при длительном стрессе — продолжительное влияние гормонов, участвующих в формировании стресс-реакции и вызывающих нарушения в обмене липидов, углеводов, электролитов [Горизонтов П. Д., 1981]. Кратковременное острое воздействие стресса приводит к повышению адаптивных способностей. Однако подготовленная реакция «битва — бегство» не осуществляется, что оказывает отрицательное влияние. Таким образом, можно выделить конструктивный стресс (эустресс) и деструктивный (дистресс). Роль не только различных, но и одной эндокринной железы при однотипном стрессоре не одинакова.

Глава 3

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Под реакциями дезадаптации мы понимаем относительно кратковременные психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования. Как отмечает Г. Е. Сухарева (1959), «не всякая реакция на психическую травму может быть отнесена к группе психогенных реакций, а лишь патологическая реакция, т. е. такая, которая достигает большей силы, что делает данного субъекта неприспособленным на более или менее длительный срок». В более легких случаях они представлены состояниями, переходящими от здоровья к болезни (предболезнь), а в более тяжелых — болезненными состояниями с преимущественно психическими, психомоторными или психосоматическими расстройствами, либо их сочетаниями в структуре неврозов, аномальных развитии личности или психопатий [Ушаков Г. К., 1978].

Важность предупреждения реакций дезадаптации у детей подтверждается их частотой. Так, неврозы и невротические формы реактивных состояний составляют 23,3% от общего числа детей и подростков с разными нервно-психическими заболеваниями, причем 71,8% из них приходится на младший школьный возраст [Колегова В. А., 1973].

Возникновению редкций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка, характера условий формирования личности и история сознательных отношений с людьми. В. В. Ковалев (1979) выделяет среди психотравмирующих факторов:

1) Шоковые психические травмы. Они обычно внезапны, отличаются большой силой и угрожают, как правило, жизни или благополучию. Чем младше ребенок, тем больше неожиданных изменений ситуации может стать для него таким психотравмирующим фактором (нападение животного, появление чужого, удар грома).
2) Психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия, но психологически очень значимые (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т. д.).

3) Хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ценностные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое или деспотическое воспитание, неуспеваемость и т. д.).
4) Факторы эмоциональной депривации составляют группу воздействий, складывающихся из недостатков ухода, заботы, ласки, т. е. таких факторов, которые препятствуют формированию у ребенка привязанности или нарушают ее развитие (разлука с матерью, неспособность матери из-за болезни создать эмоциональную теплую атмосферу и т. д.).

В раннем возрасте наиболее подвержены действию психотравмы дети пассивные, замкнутые, инертные, чрезмерно реактивные или аффективные, незрелые и имеющие те или иные отклонения со стороны вегетативной нервной системы. Среди более старших наиболее ранимы дети с такими чертами, как тревожная мнительность, тормозимоеть, наклонность к страхам, истероидность, психический инфантилизм. Фоном, усиливающим эффект психотравмирующих воздействий, является врожденная и приобретенная церебрально-органическая недостаточность, невропатия, синдром маниакальной мозговой дисфункции. Роль органической недостаточности состоит, в частности, в том, что она способствует развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, заостряемости и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях с людьми.

Влияние возрастного фактора сказывается как в известном возрастном своеобразии клинической картины и динамики нарушений, так и в увеличении риска возникновения психогенных расстройств в переходные возрастные периоды.

**Типы кризисных ситуаций**

Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакций дезадаптации, можно представить следующим образом:

*А. Ранний и дошкольный возраст.*

1. Отсутствие или утрата чувства безопасности, защищенности:
- □ враждебная, жестокая семья;
- □ эмоционально отвергающая семья;
- □ не обеспечивающая надзора и ухода семья;
- □ утрата или болезнь близкого человека;
- □ негармоничная семья (распадающаяся, распавшаяся, ригидная псевдосолидарная);
- □ чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека);
- □ появление нового члена семьи (отчим, мачеха, брат, сестра);
- □ противоречивое воспитание или смена его типа;
- □ чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

2. Беззащитность из-за отрыва от семьи:
- □ помещение в чужую семью;

- □ направление в детское учреждение;
- □ госпитализация.

*Б. Школьный возраст (помимо ситуаций, упомянутых выше):*

- □ невозможность соответствовать ожиданиям семьи (быть отличником, рекордсменом);
- □ переживание чрезмерной ответственности за других членов семьи;
- □ неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- □ неспособность справляться с учебной нагрузкой;
- □ враждебное отношение родителей, педагогов;
- □ отрыв от семьи, смена школьного коллектива, перемена места жительства;
- □ ситуация, опасная для здоровья (соматическое заболевание);
- □ заболевание с предполагаемым фатальным исходом.

Обнаружить эти ситуации иногда довольно сложно, особенно когда родители обращаются нередко в связи не с психическими или психомоторными, а с соматическими симптомами. Нацеленность клинического обследования на выявление у каждого ребенка особенностей психических проявлений и анализ микросоциальной (семейной) ситуации могут облегчить выявление серьезных переживаний.

Обшей чертой кризисных реакций является утрата или снижение чувства защищенности. Особо тяжелая ситуация складывается у дошкольников с недостаточно сформированным или ранее утраченным этим чувством. Чаще всего это происходит в семьях, где преобладает напряженная, угнетающая и тревожная обстановка, например, из-за наличия у родителей психопатических черт или невротичности. Невозможность установления ровных, взаимоуважительных отношений между родителями, постоянные несогласия, ссоры и даже физическая агрессия лишают ребенка уверенности в своей безопасности.

Так, Ваня И., родившийся в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца, в 1,5 года во время избиения матери отцом громко плакал и кричал от страха и сразу же после этого потерял уже приобретенные навыки речи, не мог говорить, только мычал, жестами выражая свои желания.

Такая же психотравмирующая ситуация складывается, когда семья находится на грани распада или уже распалась — дети тонко улавливают скрытую враждебность, безразличие родителей друг другу, взаимные обиды. Часто не зная, на чью сторону встать, будучи привязанным к обоим, дети переживают страх потерять родителей, а с ними необходимое и привычное чувство собственной безопасности.

Примером такой ситуации может быть развод родителей Саши П., 9 лет, вслед за которым у мальчика развилось пониженное настроение, приступы плаксивости, появились головные боли, тошнота и жалобы на плохое самочувствие.

Не менее трудная психологическая обстановка складывается для ребенка, лишенного любви. Положение еще более усугубляется, если помимо безразличия и отвергания ребенок переживает издевательства, оскорбления, побои. Естественно, что у таких отвергающих родителей ребенок постоянно боится за свое душевное и физическое благополучие и иногда пытается сам изменить свое душевное состояние.

Лена Н., 3 лет, растет в семье, где мать недостаточно отзывчива, холодна по отношению к ней, мало ею занимается, стремится устроить свою семейную жизнь, так как отец ребенка ушел из семьи. На фоне общей суетливости и возбудимости девочка стала постоянно и с видимым удовольствием сосать большой палец, а затем у нее появилась привычка, особенно при отрицательных эмоциях, выдергивать волосы у себя на голове.

Если родители чрезмерно требовательны либо в силу своей деспотичности, либо из-за амбиций, то бремя ответственности перед ними может оказаться невыносимым и привести ребенка к нервному срыву. В то же время одних испытываемых родителями чувств ребенку недостаточно. Если они не выражаются в дружеском руководстве, одобрении и при необходимости порицании, то это может привести к тому, что он не сумеет себя защитить в трудных жизненных ситуациях, будет переживать постоянный страх за себя.

Неблагоприятное окружение семьи, например, переехавшей на новое незнакомое место, где преобладают чужие язык и культура, вызывает напряжение из-за непонимания, а иногда и из-за предполагаемой или реальной враждебности соседей. Ребенок в таком случае оказывается под воздействием — прямо со стороны постоянных жителей (соседей) и опосредованно через других членов семьи, находящихся в состоянии неуверенности, а может быть, и опасений за свою безопасность.

Привычный благополучный психологический климат семьи может нарушиться в связи с потерей или длительной болезнью близкого человека. Ребенок, наиболее зависимый от других, может страдать больше других, и к тому же на него могут оказать отрицательное влияние переживания остальных членов семьи.

Такую ситуацию можно проиллюстрировать реакцией Гали О., 8 лет, возникшей в ответ на смерть любимого деда, относившегося к ней доброжелательнее, чем отец. У нее вслед за этим нарушился сон, появились ночные кошмары. Днем боялась темноты, кустов, теней, высказывала страх смерти, «кололо в сердце».

Особую трудность представляет необходимость ухода за больным, изменения привычного образа жизни и принесение других жертв.

У более старшей девочки Славы О., 12 лет, тяжесть потери бабушки усугублялась опасениями за ее здоровье в продолжение длительной болезни, когда приходилось не только ухаживать за ней, но и делать ей уколы. Она после смерти бабушки не могла заснуть, пугалась портретов, висевших на стенах, часто плакала, снизилось настроение, появились мысли о самоубийстве.

Менее очевидными кажутся возможные переживания детей в связи с изменением состава семьи. Приход отчима или мачехи может казаться незамет-

ным для ребенка и мало волнующим его. Многое зависит от поведения взрослых и от того, кто приходит в семью, и от того, кто решается дать ребенку «нового» отца или мать.

Нелегко приняла Юля П., 12 лет, отчима. Она была очень привязана к отцу, серьезно пережила его уход из семьи, не успела примириться с потерей, так как это произошло за 3 года до нового замужества матери. Будучи ранее примерного поведения, стала жестокой, неласковой, хуже относилась к матери, легко аффектировалась, била бабушку, нарушились ее отношения в классе.

Иначе обстоит дело, когда рождается брат или сестра. Требуется большая подготовительная работа еще до появления их, много такта и умения в дальнейшем, чтобы ни старший, ни младший не чувствовали себя лишними, нелюбимыми, отвергнутыми. Однако это не всегда удается.

Так, когда родилась сестренка у Миши Р., 2,5 лет, он прогонял родителей, не хотел играть и слушать рассказы старших, не выполнял их просьб, отказывался говорить, плакал, когда брали сестру на руки.

Особенно трудное испытание ждет ребенка, когда он оказывается вне семьи. При этом чем меньше ребенок, чем зависимее от близких, тем тяжелее этот отрыв. Труднее переносят дети такую ситуацию, если их не готовят к ней, лишают всяких связей с родными, обрекают их на неприятные, болезненные процедуры, ограничивают возможности для игры и контактов с другими детьми.

Даже летний отъезд Кости Ш., 4 лет, с санаторной группой вызвал у него резкие изменения поведения в форме плаксивости, раздражительности, непослушания, нарушений сна, снохождений.

Более младший ребенок может дать реакцию на попытку устроить его в ясли, как это было с Леней К., 2 лет, который полностью отказался пользоваться речью, замкнулся, отгородился от окружающих, практически не играл с детьми.

Некоторые неподготовленные дети не могут приспособиться и к детскому саду. Так, у Оли А., 4 лет, со склонностью к выраженным вегетативным реакциям (обмороки) после попытки приобщить ее к коллективу детсада возникли неукротимые рвоты, запоры, эпизодические отказы от еды. Девочка не хотела ни с кем общаться, все время ждала, когда к ней придет мать.

Дети школьного возраста также могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Однако более типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» — они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или воспитателями надежд или почему-либо им так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают в процессе учебы, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Такое положение сложилось у Марины Ч., 10 лет, — не справляясь с программой 3-го класса, она стала эмоционально неустойчивой, легко возбуждалась, падала на пол, билась головой, срывала уроки и грубила старшим.

Трудно справляться с учебными обязанностями и ребенку, который не может наладить контакт с педагогом. Не понимая последнего, он либо боится,

либо безразличен к происходящему, но и в том, и в другом случае не учитывает школьные требования и хуже приспосабливается к ним.

В трудной, а иногда и неразрешимой ситуации оказывается ученик, которого, несмотря на все его стремления, классный коллектив не принимает. При этом чем он старше, тем для него важнее отношение сверстников, их безразличие, издевательства или презрение могут быть серьезными факторами дезадаптации. Нередко в описанную ситуацию попадает «новичок», переведенный из другого класса или школы. Изменивший привычному месту, оторванный от прежних товарищей, такой ребенок серьезно переживает, если ему не удается благополучно войти в коллектив нового класса.

Ларисе О., 11 лет, пришлось сменить школу. В новом для нее 5-м классе впервые появились затруднения в учебе, стала раздражительной, плаксивой, снизилось настроение, исчезла уверенность в своих способностях, постоянно боялась получить двойку.

В последние годы все больше детей излишне беспокоятся о своем здоровье. Отчасти в этом повинны средства массовой информации, широко распространяющие сведения о болезнях, но в еще большей мере это связано с состоянием здоровья членов семьи: родителей и прародителей. Широко известно, как часто дети повторяют жалобы своих больных мам или бабушек. При этом встречаются как «воображаемые» соматические симптомы, обязанные своим происхождением нервно-психическим расстройствам (ипохондрические состояния), так и настоящие соматические болезни, усугубленные реакцией личности на их физические проявления, ограничения свободы, запрещение подвижных игр и развлечений, сокращение контактов со сверстниками. Несмотря на различие причин, и те и другие способны нарушить приспособление детей.

Для упрощения распознавания уместно сделать несколько замечаний об ипохондрическом состоянии. У дошкольников его проявления наблюдаются редко, а если и бывают, то в форме страхов болезни или смерти. Имеющиеся иногда необычные телесные ощущения (сенестопатии) носят грубый болевой характер: «животик лопается», «голову давит». Эмоциональный накал депрессии или тревога, сочетающихся с ними, крайне выражены и не соответствуют объективным данным о соматическом неблагополучии. У школьников ипохондрические явления чаще представлены страхами либо сенестопатически-ипохондрическими состояниями. Первые характеризуются боязнью заболеть определенной соматической болезнью: «глистами», «сердечной болезнью». Вторые проявляются в необычных, и не только болевых ощущениях: «жжение в теле», «пузырек мешает в сердце, хочет лопнуть», «давящее чувство в области головы», «тяжесть в теле». В препубертатном возрасте уже могут быть ипохондрические бредовые идеи, более выражено тревожно-депрессивное состояние [Сосюкало О. Д., 1973].

Происхождение ипохондрических идей может быть различно. Они либо возникают без видимой связи с содержанием ощущений и восприятий, либо опираются на общее чувство вялости, слабости, недомогания, плохого самочувствия. Эти мысли могут быть также «объяснением» соматического небла-

гополучия: неприятных или болезненных ощущений в животе, грудной клетке, в голове и т. д. В тех случаях, когда у больных отмечаются расстройства восприятия собственного тела или оно ощущается чужим, измененным, ипохондрические явления увязываются с ними.

В противоположность этому выраженность реакции дезадаптации, связанной с соматическим заболеванием, чаще всего соответствует представлениям о его тяжести, имеющимся у ребенка и его окружения.

Слава П., 7 лет 10 месяцев. В гематологической клинике находится повторно с тяжелой болезнью крови — острым лейкозом. На первом году жизни перенес диспепсию, грипп, пневмонию. Психомоторное развитие по возрасту. Рос общительным и доверчивым, активным и жизнерадостным. Заболел несколько месяцев назад. Родители поддерживают друг друга, не теряют надежды, хотя представляют неизлечимость заболевания. Мальчик стал вспыльчивым, плаксивым, медлительным, подозрительным, часто спрашивает, чем он болен, подслушивает разговоры, расспрашивает детально о лечении, требует внимания, помощи, избегает трудностей. Сторонится детей. На лице страдальческое выражение. Настроение снижено, эмоционально лабилен, плаксив, постоянно вздыхает, жалуется на усталость. Внимание поглощено исходом заболевания, своим будущим. Соматическое состояние тяжелое.

Таким образом, у ребенка в тяжелом соматическом состоянии, фатальный исход которого не вызывает сомнения у врачей и родителей, возникла реакция дезадаптации (астеническое состояние с депрессивными проявлениями). Больной полностью утратил возможность поддерживать свойственный ему ранее образ жизни, изменились его отношения, он, может быть, и не очень ясно, но переживает неизлечимость своего заболевания. Изменения в психическом состоянии очевидны. Труднее категорически утверждать психогенную или соматогенную их природу. Правильнее говорить о сомато-психогенном влиянии. Известно, что само заболевание крови нередко в числе прочих симптомов проявляется и в астении, в то же время депрессивный компонент с ипохондричностью и тревожно-страховым отношением к своему будущему, по-видимому, связан с личностной реакцией на переживание неизлечимого страдания, отражает сложившиеся взгляды родителей и медицинского персонала на роковой исход.

**Посттравматическое, стрессовое расстройство** развивается как отставленная реакция на событие угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокое отчаяние. Ситуация переживается с тревогой, беспомощностью или ужасом, появляются повторяющиеся воспоминания пережитой травмы, ее инсценировка в игре, в рисунках или рассказах; в продолжительном внимании к словам или символам, имеющим отношение к стрессовой ситуации. Могут также возникнуть нарушения сна, страхи темноты, засыпания, кошмарные сновидения, агрессивное поведение, утрата контроля влечений, регресс в поведении, социальная отгороженность, диссоциативные симптомы (самоповреждающее поведение, злоупотребление наркотиками), нарушение внимания, повышенная возбудимость и приступы паники.

# ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

В своей повседневной жизни мы постоянно сталкиваемся с необычными поступками, реакциями или целой системой отклоняющегося поведения детей. Все это требует оценки не только в педагогическом, но и в медико-психологическом аспекте. Иными словами, каждая встреча с таким ребенком должна завершаться пониманием механизма развития его аномального поведения. В подавляющем большинстве случаев оно начинается с реакции дезадаптации и в то же время, как правило, возможно предупредить закрепление аномального поведения, иначе не исключен их переход в более тяжелые формы нервно-психических расстройств.

**Характерологическая реакция** — часто встречающееся преходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, проявляющееся главным образом при определенных обстоятельствах. Она психологически понятна, не приводит к нарушениям приспособления и не сопровождается соматическими расстройствами.

**Патохарактерологическая реакция** — психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении ребенка; она приводит к нарушениям приспособления к окружающей обстановке и сопровождается соматовегетативными расстройствами. Обычно патохарактерологическая реакция развивается на основе характерологической, и происходит это на неблагоприятном фоне: акцентуации (своеобразии) характера, психопатических чертах личности, органической недостаточности центральной нервной системы, дисгармонически протекающем возрастном кризе. О переходе характерологической реакции в патохарактерологическую судят по тому, что при последней нарушения поведения наблюдаются и вне ситуации, в которой они первоначально возникли, частично утрачивается также психологическая понятность, эмоциональные нарушения становятся более выраженными, а соматовегетативные — явными. При них закрепляется болезненный стереотип, выражающийся в том, что по разным поводам возникает одна и та же реакция. Как правило, патохарактерологические реакции нарушают приспособление в семье, в детском коллективе, расстраивают взаимоотношения со сверстниками и старшими, становясь поводом для обращения к врачу или, чаще, предметом разбирательства воспитателей и педагогов. Последние, как и родители, центрируют свое внимание на педагогической стороне дела, нередко упуская из вида наследственные и личностные особенности ребенка.

О частоте этих реакций можно судить по тому, например, что из 5,7% нервно-психических расстройств, обнаруженных у 10-11-летних детей, подавляющее большинство были с различными нарушениями поведения [Раттер М. и др., 1970]. Г. В. Козловская с сотр. (1979), выявив среди младших школьников 15,3% детей с психическими отклонениями, у 9,3% обнаружила наруше-

ния поведения (патохарактерологические реакции развития и психопатии), причем у мальчиков в 3 раза чаще, чем у девочек.

Причина патохарактерологических реакций — неблагоприятные и, как правило, повторно возникающие ситуации неправильного отношения к ребенку в семье, несоответствующее воспитание родителями или педагогами, лишение ребенка надлежащей заботы и ухода. Внутренние условия развития этих реакций связаны с особенностями темперамента ребенка. Так, среди детей с нарушениями поведения преобладают носители таких его черт, как склонность к плохому настроению, большой интенсивности реакций, тенденцией к реакциям избегания и низкой способностью к приспособлению. Ранняя органическая неполноценность ЦНС, являющаяся еще одним из условий возникновения нарушений поведения, усугубляет ряд свойств темперамента: неритмичность, низкую способность к приспособлению, тенденцию к реакциям избегания, преобладание плохого настроения, боязнь новых ситуаций, слабые негативные реакции, чрезмерное упрямство, необычную отвлекаемость, пониженную или повышенную активность. Развитию поведенческих нарушений способствуют своеобразные и психопатические черты характера ребенка, ускоренный или замедленный темп полового созревания. Особенно подвержены риску возникновения патохарактерологических реакций дети из неблагополучных, распадающихся, неполных, конфликтных семей, из детских учреждений, где плохо поставлено воспитание, уход и забота о детях.

Усилиями Г. Е. Сухаревой (1959), О. В. Кербикова (1961), В. В. Ковалева (1973), А. Е. Личко (1973) для систематизации характерологических и патохарактерологических реакций создана классификация, выделяющая реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, обусловленные формирующимся сексуальным влечением реакции.

## РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕТЯМ

Реакция оппозиции или протеста встречается у детей довольно часто. В раннем дошкольном возрасте она возникает при ограничении психомоторной активности ребенка, при чрезмерном, обильном или насильственном кормлении, при преждевременном или неумеренно строгом приучении к опрятности. У более старших детей в основе реакции протеста — глубокая обида, Ущемленное самолюбие, недовольство, озлобленность. Причиной таких эмоционально насыщенных и имеющих особое значение для личности ребенка переживаний могут быть чрезмерные требования, непосильная нагрузка, Утрата или недостаток внимания, несправедливые или обидные и жестокие

наказания. Первоначально реакция протеста возникает в трудной для ребенка ситуации и направлена на того, кого он считает своим обидчиком и виновником переживаний.

Различают **реакции активного и пассивного протеста.** Непослушание, резкость, грубость, брань, разрушительные действия или даже агрессивное поведение иногда возникают в ответ на психологически трудные для ребенка обстоятельства и являются по существу характерологическими *реакциями активного протеста.* Патохарактерологические реакции этого типа отличаются большим разнообразием и интенсивностью проявлений, обязательной агрессивностью и яркими вегетативными реакциями: гиперемией (покраснением) кожных покровов, потливостью, учащением пульса и т. д. Они могут быть направлены не только на «обидчиков», но и на других людей, и повторно возникают уже в различных ситуациях. Среди активных реакций протеста описывают эксплозивные (взрывные) реакции со вспышками гнева, разрушительными действиями и агрессией, общее двигательное возбуждение с аффективным (эмоционально спровоцированным) сужением сознания, злонамеренные поступки, причиняющие прямо или косвенно вред «обидчику», а у маленьких детей — и аффективно-респираторные судороги. Обычно эти реакции провоцируются обидой, неудовлетворением капризов, просьб, развертываются остро, бурно. Ребенок плачет, кричит, падает на пол, бьется головой, стучит ногами, размахивает руками, стремится ударить, ущипнуть, царапается, отталкивает от себя взрослого или, наоборот, хватает и тянет его за волосы, одежду, выкрикивает свои требования, бранные слова, нечто нечленораздельное. Лицо его при этом краснеет, багровеет, волосы становятся мокрыми от пота. Более старшие дети на высоте такой вспышки способны крушить и разрушать все, что попадет под руку, нападать на тех, кого считают виновниками своих переживаний. Иногда реакции протеста развиваются медленно, накапливающееся аффективное напряжение разряжается отдельными враждебными поступками, повреждением или уничтожением вещей, порчей пищи, нанесением телесных повреждений или оскорблениями, наговорами или мучительством животных, принадлежащих «обидчику».

*Реакции пассивного протеста* проявляются отказом от еды, уходом из дома, попытками к самоубийству, мутизмом, недержанием мочи, кала, рвотой, запорами, насильственным кашлем. Первые три типа поведения могут быть и характерологическими и патохарактерологическими реакциями, остальные — только патохарактерологическими. Симптоматика реакции пассивного протеста не ограничивается перечисленными нарушениями, а всегда включает изменения поведения и характера отношения ребенка к окружающим. Это выражается в проявлениях недовольства, обиды, замаскированной враждебности по отношению к «виновнику» сложившейся ситуации, в утрате с ним прежнего эмоционального контакта, в появлении необязательности, капризности.

*Мутизм* — одна из наиболее частых форм обсуждаемого типа реакций. При этом отсутствие речи может наблюдаться либо в определенном месте (семья, детсад, школа), либо при общении с определенными людьми (мачеха, учи-

тель, врач) — элективный (избирательный) мутизм. В других случаях ребенок отказывается говорить вне зависимости от ситуации или собеседника (тотальный мутизм). Развитию мутизма способствуют неполноценность речевой функции, резидуальная церебрально-органическая недостаточность, наличие черт тормозимости в характере. Течение этого расстройства речи нередко затяжное, с трудом поддающееся терапии.

ПРИМЕР

Дима Ш., 7,5 лет. У отца в речи запинки. В возрасте около 1 года при поступлении в ясли появился нейродермит, исчезнувший при прекращении посещений детского учреждения. Всегда было трудно говорить с чужими, нередко при обращении к нему не отвечал. В 5 лет после разлуки с отцом не говорил с ним 2 дня. Будучи обиженным, не разговаривал с обидчиком в течение нескольких месяцев. Когда мальчику было 6,5 лет, его мать, родив близнецов, перенесла состояние клинической смерти, из которого вышла глубоко слабоумной, без речи и неспособной себя обслужить. В это время Дима перестал говорить с детьми из своего класса, с учительницей, отцу отвечал лишь «да» и «нет». Поступив в больницу, продолжал оставаться мутичным, однако посещал класс, писал, рисовал, проявлял интерес к происходящему в отделении, с удовольствием участвовал в экскурсиях, эмоционально реагировал на происходящее вокруг, был двигательно активен.

У наследственно отягощенного затруднениями в речи ребенка — робкого, недостаточно разговорчивого и неоднократно реагировавшего на трудности утратой речевого общения, развился тотальный мутизм. Эта пассивная форма протеста возникла в связи с появлением близнецов и болезнью матери. Внимание, которое раньше семья целиком сосредоточивала на нем, переместилось на них и на его больную мать и он оказался в стороне. В ответ на предложение нарисовать свою семью он изобразил себя рядом с отцом, затем мать и отгородил от нее чертой новорожденных брата и сестру. В этом рисунке, таким образом, выражено и отдаление от матери (нарисовал себя далеко от нее), и протест против ее близости к близнецам (черта, разделяющая их).

Другая форма пассивной реакции протеста — *уход ребенка* из дома, интерната, детского сада, школы. Возникновение этой реакции определяется неприятием ребенком пренебрежительного, деспотического отношения родителей, издевательств, телесных наказаний, семейных конфликтов, предпочтения, оказываемого другим братьям или сестрам, в детских учреждениях — непомерных требований, несправедливых замечаний, предвзятого отношения педагогов. Безнадзорность способствует возникновению уходов, причем у мальчиков они наблюдаются значительно чаще, чем у девочек. Как правило, уходы сочетаются с бродяжничеством и школьными прогулами. При сохранении психотравмирующей обстановки уходы становятся привычной реакцией и возникают по незначительному поводу. Отдаленные наблюдения свидетельствуют о неблагоприятном течении в значительном большинстве случаев.

*Мысли о самоубийстве,* намерения и попытки его совершить — редкое явление вообще в детском возрасте. Еще реже оно встречается как проявление протеста. Оно может наблюдаться в качестве реакции на тяжелую, непереносимую для ребенка кризисную ситуацию.

Реакции протеста в форме нарушения соматовегетативных функций (рвоты, энурез, энкопрез, отказ от еды), как уже указывалось, не исчерпывают клиническую картину. Они сочетаются с негативистическим поведением (упрямством), проявлениями недовольства в той или иной форме, с отказами от душевного общения с теми, на кого направлен протест.

Тип протестного поведения и его проявления во многом зависят от особенностей личности и возраста. Например, параноический характер (эгоцентризм, повышенная эмотивность, ригидность психических процессов, отсутствие податливости уговорам, недоверчивость) благоприятствует агрессивным формам, а шизоидный — пассивным. Стеничные, упрямые, возбудимые чаще дают различные формы активного, а робкие, неуверенные, инфантильные, соматически ослабленные — пассивного протеста.

**Реакция отказа** всегда является патологической. Типичные ее проявления встречаются у младших детей. Возникает она в связи с утратой ребенком чувства безопасности, защищенности, что чаще всего случается при отрыве ребенка от привычного окружения, семьи, знакомой обстановки. Такая ситуация может возникнуть при направлении ребенка в ясли (круглосуточные), больницу, санаторий, при помещении его в чужую семью. Реже она развивается дома, что может быть связано с отношением родителей, которые в этих случаях не проявляют достаточных внимательности, заботы, душевности, эмоциональной теплоты и заинтересованности. Наиболее яркие черты этой реакции — неподвижность, заторможенность — такие дети способны часами находиться в одной и той же позе, не реагируя на обстановку. У них отсутствует стремление к общению. Они отказываются от обычных для детей желаний играть, наслаждаться сладким и т. д. Наряду с отсутствием у них или падением активности отмечается подавленность, угнетенность, расстройство сна, утрата аппетита. Возникновению этой реакции способствует соматическая астенизация в результате перенесенной незадолго до психической травмы острой или хронической инфекции.

**Реакция имитации** характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Дети чаще всего подражают родителям, старшим членам семьи, взрослым или подросткам из ближайшего окружения, воспитателям и учителям. Подражание тому или иному образу связано с представлением об идеале. У части детей этот идеал воспитан взрослыми, а у других — навязан референтной группой (классом, уличной компанией, спортивным коллективом). Как правило, имитация отношений и поступков носит положительный характер, однако существует возможность копирования асоциальных форм поведения (сквернословия, хулиганских поступков, краж, бродяжничества), вредных привычек (курения, нюхания летучих веществ, приема алкогольных напитков, лекарственных веществ). И в том, и в другом случае реакция имитации не носит патологического характера. Если же она развивается на фоне расторможенных включений, как это имеет место при некоторых типах органического поражения ЦНС, в процессе подражания резко ускоряется развитие инстинктов, то могут возникнуть невротические расстройства, токсикомания, наркомания (пристрастие к некоторым веще-

ствам). Особенно демонстративны в этом отношении провокации, приводящие к сексуальной стимуляции. Такая стимуляция возникает, когда ребенок подражает более старшим детям, мастурбируя (онанируя), участвуя в развратных действиях. Отрицательные последствия реакции имитации чаще наблюдаются у безнадзорных детей, отличающихся безвольностью, эмоциональной неустойчивостью, неумением постоять за себя и нуждающихся в защите и покровительстве.

**Реакция компенсации** возникает как форма непсихологической защиты, при которой осознанно или неосознанно разочарованные своими неудачами или неумелостью дети стремятся достичь больших успехов в других областях деятельности. Так, робкий или физически слабый и потому оказывающийся последним в подвижных играх, обижаемый более сильными сверстниками ребенок ищет и находит удовлетворение в успешном освоении школьной программы, в мире книг, в победах за шахматной доской. Компенсации могут носить и иной характер. Для некоторых детей их фантазии о том, что они являются самыми сильными в классе или даже рекордсменами в спорте, могут сослужить ту же службу. Игровая активность предоставляет много возможностей для компенсации. Нередко можно видеть как дети, лишенные авторитета среди своих сверстников, восполняют этот свой недостаток, организуя группу младших и требуя от них беспрекословного подчинения.

**Реакция гиперкомпенсации** отличается от предыдущей тем, что свою неспособность или свой дефект дети, особенно старшего возраста, преодолевают за счет усилий в наиболее трудной для них области деятельности. Широко известны большие спортивные достижения людей, бывших крайне слабыми физически, болезненными детьми. В основе многих детских безрассудных поступков, таких как хождение по перилам моста и т. п., лежит стремление детей не столько подавить страх, сколько показать себе и другим свое бесстрашие.

## РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОДРОСТКАМ

**Реакция эмансипации** — стремление высвободиться из-под опеки родных, воспитателей и вообще всех взрослых. Попытки выйти из-под покровительства старшего поколения, как правило, наблюдаются не ранее наступления препубертатного возраста. Способствует такой реакции мелочная опека, лишение самостоятельности, постоянное давление, отношение как к маленькому, несмышленому ребенку. Реакция эмансипации выражается либо в форме скрытого сопротивления порядкам и установлениям старших, либо в попытках уйти из-под контроля. В первом случае — это игнорирование советов, указаний и инструкций, непринятие помощи, упрямые попытки, делать все самостоятельно, по-своему, подчеркивая свое несогласие, отвергание пра-


3 Зак. 3836

вил и норм, установленных взрослыми. Во втором случае — это попытки устройства самостоятельной жизни, что крайне редко встречается в детском возрасте, но вполне возможно у младших подростков.

**Реакция группирования** со сверстниками осуществляется созданием неформальных групп, обычно отличающихся определенной стойкостью. Эта реакция, свойственная подросткам, наблюдается и у детей препубертатного возраста. В большей мере склонны к объединению в группы педагогически запущенные, безнадзорные дети. Последние чаще всего примыкают к более старшим, или их группу возглавляет подросток, отличающийся определенным «жизненным опытом».

**Реакции увлечения (хобби)** тесно связаны с влечениями, наклонностями, интересами личности и проявляются в удовлетворении некоторых побуждений, потребностей. Они в такой же мере характерны для подростков, как игры для детей. Все же и в детском возрасте они наблюдаются нередко». А. Е. Личко (1973), Ю. А. Скроцкий (1973) выделяют информативно-коммуникативные увлечения (жажда получения новых сведений, потребность в контактах, позволяющих обмениваться этой информацией), увлечения, основанные на чувстве азарта (возникающего при различных играх), эгоцентрические увлечения, позволяющие быть в центре внимания (участие в художественной самодеятельности, спортивных выступлениях), увлечения, обусловленные страстью к накопительству (разные виды коллекционирования), увлечения, основанные на стремлении к телесно-мануальному совершенствованию, увлечения, основывающиеся на стремлении к лидерству (поиск ситуации, где можно предводительствовать), интеллектуально-эстетические увлечения (связанные с глубоким интересом к предмету: музыке, рисованию, радиотехнике, моделированию и т. д.). Эти увлечения могут быть одной из причин нарушения поведения, так как ради осуществления своей «страсти» забрасывается учеба, заводятся сомнительные знакомства, производятся противозаконные операции по обмену или продаже. Постоянная сосредоточенность на хобби, аффективная напряженность в процессе осуществления своего увлечения позволяют эти реакции в некоторых случаях рассматривать как сверхценные образования.

**Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением,** могут наблюдаться и ранее подросткового возраста, что в этих случаях объясняется преждевременным пробуждением полового влечения. Даже в дошкольном возрасте возможны мастурбации, возникновение полового влечения к лицам своего и противоположного пола, сексуально окрашенное поведение (соответствующие высказывания и жесты, обостренное половое любопытство). У более старших детей, кроме того, наблюдаются необычная жестокость, подглядывание за обнаженными, переодевание в одежду другого пола, самообнажение, совместный онанизм, принуждение к обнажению, извращенный интерес к уринации и дефекации, имитация полового акта, совращение малолетних. Подросткам также свойственны сексуальные фантазии с мастурбацией, рассуждения на темы пола, игры с самообнажением, петтинг (взаимные ласки), влюбленность в старших своего и противоположного пола, гомо-

и гетеросексуальные контакты, ранние и беспорядочные половые связи [Исаев Д. Н. и др., 1976]. У большинства из этих детей выявляются черты дисгармонии личности как последствия депривации и семейно-педагогической запущенности. В ряде случаев, особенно при неправильном половом воспитании, сексуальные переживания, не проявляясь прямо в клинической картине, могут быть одним из источников неправильного поведения.

## ПРОФИЛАКТИКА ДЕЗАДАПТАЦИИ

Характерологические и даже патохарактерологические реакции принципиально обратимы. Но их повторение может привести к упрочению аномального поведения и создать основу для патологического формирования личности. Наряду с другими психогениями, эти реакции участвуют в оформлении психопатий. Отсюда понятна необходимость ранней диагностики нарушений поведения с целью принятия мер против фиксации патологических личностных реакций. Имеется и еще более важная цель — предупреждение нарушений поведения. Для ее достижения применительно к каждому ребенку необходимо:

1) охарактеризовать темперамент, особенности личности, выявить, имеются ли психопатические или акцентуированные (своеобразные) черты;
2) обнаружить или исключить возможность существования органической неполноценности ЦНС;
3) оценить влияние семьи, школьного и другого детского коллектива;
4) изучить материально-бытовое состояние семьи, ее культуру, связь с основным населением;
5) получить данные о развитии ребенка — асинхрония (неравномерность), ретардация (отставание), акселерация (ускорение), характер протекания пубертатного периода, темп полового созревания;
6) диагностировать текущие хронические соматические и другие заболевания и оценить роль перенесенных в прошлом вредностей и болезней.

Роль темперамента в происхождении нарушений поведения хорошо иллюстрируется наблюдением А. Томас с сотр. (1968). Двое детей в ранние годы жизни обладали такими свойствами темперамента, как нерегулярный ритм сна, медленное привыкание к новым видам пищи, затрудненное усвоение новых навыков, длительный и сильный плач. В возрасте 4 лет они плохо приспосабливались к дошкольному учреждению. В одной семье к ребенку относились без достаточного терпения и понимания. Отец часто раздражался, злился, не скрывая своего отрицательного отношения, был готов по малозначительному поводу наказать ребенка, не уделял ему внимания. Мать, хотя и проявляла больше снисхождения и терпения, была недостаточно последовательной воспитательницей. Этот ребенок к 5-6 годам обнаруживал выражен-

ные расстройства поведения: вспышки гнева, страх темноты, трудности в установлении контактов со сверстниками, лживость. Этот случай убедительно показывает, как свойства темперамента под воздействием неблагоприятного воспитания становятся базой характерологических, а затем и патохарактерологических реакций, вылившихся в конечном итоге в патологическое формирование личности. Однако роль темперамента может быть смягчена при внимательном, терпеливом подходе, как это имело место у другого ребенка, чьи родители отнеслись с пониманием к затрудненному и затянувшемуся периоду приспособления к жизни и людям. Они не отвечали отрицательными эмоциями на проявления его плохого настроения, сохраняли выдержку во всех ситуациях. В результате ребенок, которого долгое время считали трудным, уже к 5-6 годам не проявлял признаков нарушенного поведения.

Предупреждению развития характерологических реакций может помочь раннее выявление акцентуаций (своеобразных черт) характера. Выявив у ребенка, например, гипертимные черты (постоянно повышенное настроение, неумеренную подвижность, непрекращающуюся деятельность, сверхобщительность, излишнюю разговорчивость, нетерпимость к огорчениям, стремление к лидерству, вспыльчивость, шаловливость), воспитатель в порядке профилактики поведенческих нарушений должен препятствовать чрезмерной опеке и ограничениям активности детей в семье, памятуя об их склонности к реакции эмансипации. Учитывая определенный риск возникновения реакций компенсации у детей, лишенных душевной заботы и глубоких эмоциональных привязанностей, родители и воспитатели должны направить свой поиск в полезном и психологически оправданном направлении. Можно, например, создать такому ребенку условия для наиболее тесного общения с другими детьми, требующими внимания, или, если это невозможно из-за характерологических качеств, поручить ему заботу о животных и тем самым помочь восполнить недостающий запас эмоционального тепла и направить компенсацию в социально приемлемое и полезное русло.

С чертами эмоционально-волевой неустойчивости нередко связано развитие реакций имитации, предупреждению отрицательных вариантов которой может способствовать организация досуга в рамках спортивных, художественных коллективов или в других кружках по интересам, где всегда есть образцы для подражания и атмосфера, способствующая возникновению положительных «идеалов» (тренеры, руководители, наиболее умелые сверстники и т. п.).

Тормозимый, робкий, пугливый, недостаточно уверенный в себе ребенок более других подвержен опасности дать реакцию отказа. Необходимо учитывать эту особенность и не отрывать его от привычной обстановки, или, если отрыв неизбежен, проводить специальную подготовку перед расставанием с родителями. Элементами такой подготовки должно быть откровенное и понятное для ребенка объяснение целей покидания дома, создание психологически благоприятной обстановки в новом месте, выделение лица, которое на время возьмет на себя роль родителей. При необходимости желательно назначение средств, снимающих эмоциональное напряжение (транквилизаторы, седативные препараты). Очень полезна в такой ситуации психотерапия.

Истероидная акцентуация характера чаще других способствует возникновению У детей реакции оппозиции и протеста. Для их избегания требуется много терпения и осторожности, а также авторитет, основанный на любви и нежности к детям. Необходимо тренировать у них способность сдерживать себя и бороться с эгоистическими и эгоцентрическими установками.

Уже было отмечено неблагоприятное значение органической неполноценности ЦНС, утрирующей отрицательные стороны темперамента. Выявление такой неполноценности вынуждает родителей и воспитателей принимать необходимые меры индивидуального подхода с тем, чтобы успешно противостоять возможным нарушениям поведения. У таких детей значительно уменьшается работоспособность, ограничиваются возможности компенсации при дополнительных вредностях. Учитывая это, целесообразно уменьшать, а лучше - исключить все мешающие развитию факторы, так как эти дети очень чувствительны к внешним раздражениям и сами очень раздражительны. Им необходимо создать по возможности более гармоничные, стимулирующие развитие условия среды. В противном случае такие дети, перегруженные учебной нагрузкой или впечатлениями, дают реакции протеста, которые у них значительно более бурны, а в связи с недостаточными компенсаторными возможностями — менее обратимы. У них в благоприятных условиях легче предотвратить развитие характерологических реакций, чем после их возникновения остановить дальнейшее патологическое развитие личности.

Из изложенного ясно, что в предупреждении характерологических реакций существенную роль может сыграть оптимизация условий воспитания в семье или детском учреждении. В профилактических целях следует внимательно оценивать существующие в семье отношения, тип воспитания и особенности личности членов семьи. Не следует думать, что члены семьи ничего не могут сделать, в частности, для исправления уже сложившейся конфликтной ситуации. Наоборот, после доверительных бесед, выявляющих все явные и скрытые опасности для ребенка, существующие в семье, многие задумываются, ищут помощи и поддержки, стремясь создать более благоприятную обстановку. В этот момент могут пригодиться знания и опыт врача или психолога, при конфликтных отношениях между взрослыми иногда они могут выступить в роли посредника. В случае невозможности быстрого изменения атмосферы семьи можно рекомендовать временное направление ребенка в другие условия жизни (к прародителям, в санаторий, интернат, круглосуточные детские ясли-сад). Более подробно об анализе семейной ситуации сказано в другом месте.

Остановимся на некоторых внешних влияниях, отрицательные стороны которых необходимо предотвратить. Серьезным испытанием для ребенка во многих случаях оказывается поступление в ясли, детский сад или школу, к которым ребенка следует основательно подготавливать. Рассмотрим возможные профилактические вмешательства на примере подготовки к школьной жизни. В настоящее время семья стала нуклеарной, т. е. состоящей из родителей и детей, чаще одного, и в связи с этим у ребенка, ограниченного рамками семьи, меньше возможности приспособиться к жизни в обществе вне дома, особенно если ребенок не посещал детсад. «Неорганизованным» детям в пер-

вую очередь следует рекомендовать принимать большее участие в детских группах; это можно сделать и на игровых площадках, и в процессе коллективных игр, организуемых родителями. Большое значение имеет подготовка ребенка к школьной программе. При этом важны не только уровень интеллекта и минимум знаний, но и, может быть, в большей мере, характерологические свойства, которые нуждаются в оценке у каждого начинающего учебу. Своевременное выявление личностно-характерологических возможностей детей и дошкольников могло бы предотвратить отрицательные реакции тех, кто из-за незрелости, безответственности, неорганизованности, безынициативности или неустойчивости еще не готов к учебе и в связи с этим может пострадать от невыносимых для него условий школьной жизни. У детей же, по своим характерологическим особенностям еще не готовых к школе, желательно в семье или в дошкольных детских учреждениях специально воспитывать необходимые для организованного обучения качества. Многие дети к шести годам уже способны освоить школьную программу, однако переход от детского сада к учебе в классе не должен быть резким. По нашему убеждению, не в школе, а в детском саду, со своим воспитателем ребенок шести лет должен начинать знакомство с грамотой. Такой постепенный переход от игры в учебу в дошкольном детском учреждении предупредит возникновение характерологических реакций у многих первоклассников.

В процессе оценки среды, в которой находится ребенок, может помочь знакомство с учителем начальных классов, так как его личность нередко играет решающую роль в предупреждении или возникновении поведенческих срывов у детей. Понимая, что педагог должен обладать сочувствием, теплотой, ясностью выражения своих мыслей, мы едва ли затруднимся в выводах о роли данного учителя в адаптации ученика к новым социальным обязанностям.

Эксперты ВОЗ (1975) рекомендуют для постепенного приобщения детей к школе:

1. Обязательное посещение детьми 5 и 6 лет дошкольных учреждений.
2. Проведение в течение недели во время каникул знакомства со школой.
3. Продление обучения на два года, а не оставление неуспевающих на второй год.
4. Обучение детей начальных классов одним и тем же учителем в течение ряда лет.
5. Присутствие родителей в первые дни в классе вместе с ребенком.
6. Прикрепление более старшего ученика к каждому вновь поступившему, чтобы руководить его действиями в течение некоторого времени.

Наряду с этими рекомендациями следует предложить детям повышенного риска специальные программы для обучения, наладить большую связь школы с жизнью и повысить ответственность школьного медицинского персонала за выполнение всех рекомендаций, касающихся поступления детей в школу. Все это представляется важным для профилактики нарушений поведения у детей младшего школьного возраста, в особенности — с органической неполноценностью, с акцентуированными или психопатическими чертами.

Оценивая возможности психопрофилактики вообще и нарушений поведения в частности, приходится считаться с материально-бытовыми условиями семьи. Трудные жизненные условия семьи оказывают отрицательное влияние на ребенка в нескольких направлениях. В таких условиях ребенком обычно занимаются меньше, усилия семьи недостаточны для подготовки к школьной жизни, для облегчения его общения с целью помочь в овладении школьной программой. Как правило, нет достаточного разнообразия в игровом материале, в оснащении всем необходимым для выработки навыков чтения, письма и счета. Все это и нередко царящая в таких семьях напряженная психологическая атмосфера делают таких детей весьма уязвимыми, так как они оказываются мало сведущими, менее умелыми в общении, без достаточной домашней помощи. Ребенок из подобной ситуации должен зачисляться в группу риска, требующую помощи и постоянного наблюдения. Нередко наилучшим решением оказываются общие оздоровительные мероприятия. Наряду с этим необходима большая воспитательная работа с родителями, которые во многих случаях не не хотят, а не знают, как помочь своему ребенку, или не видят его трудностей. Привлечение других организаций для укрепления материально-бытового благополучия может оказаться существенным для улучшения жилищных условий, характера работы родителей, получения предоставляемых государством дополнительных льгот и благоприятно скажется на психическом здоровье ребенка.

В детских группах нередко находятся дети не только из семей разного культурного уровня, но и разных национальностей. К сожалению, это может сказаться на психическом благополучии некоторых детей в тех коллективах, где воспитатель или учитель не сумеет индивидуализировать подход и требования, а детям низкого культурного уровня или плохо понимающим язык основной популяции придется постоянно переживать чувство неполноценности или даже вины. Не исключено, что последнее может вызвать характерологический и личностный протест со стороны ребенка, нарушить его приспособление. Не меньшее значение может иметь и отношение сверстников, которые, «воспитывая» или дразня отстающего, еще больше затрудняют его положение. Тактичное и умелое вмешательство способно скорригировать позицию воспитателя, а вместе с ним и отношение всего детского коллектива.

Даже легкое отставание, недостигающее выраженной задержки психического развития, у тормозимого, чувствительного, пугливого, необщительного ребенка может стать не только препятствием в освоении учебного материала, но и причиной характерологической реакции (протеста). Не всегда легко разобраться в том, что является основной причиной срыва адаптации: уровень интеллекта, черты характера или и то, и другое в равной мере. Чаще всего приходится иметь в виду последнее, и направлять профилактические усилия на стимулирование развития и на коррекцию личностных особенностей. Акселерация, помимо определенных соматических трудностей, таит в себе опасность психологических осложнений. Чрезмерно крупные в сравнении со сверстниками дети переживают свою некоторую неуклюжесть, внешнюю измененность, а главное — резкое отличие от сверстников, тем более, если ста-

новятся объектом насмешек. У детей с астеноневротической, сенситивной (чувствительной), психастенической, истероидной акцентуацией это может вести к характерологической реакции. Защитить акселерированных детей можно лишь совместными усилиями педагогического персонала, медиков и родителей. Необходимо для блага как ускоренно, так и замедленно развивающихся детей широко разъяснять им и ровесникам понятия о развитии, о различных темпах созревания, о психологических особенностях разных детей. Сказанное относится и к неравномерно (асинхронно) развивающимся детям, возможно с тем дополнением, что они нуждаются в еще большей психотерапевтической защите.

У подавляющего большинства детей 10—13 лет начинается пубертатный период. Это влечет за собой глубокие физические, психологические и социальные последствия. Так, в 12 лет у девочек и в 14 лет у мальчиков начинается бурный рост. Нередко к значительным психологическим переживаниям приводит тот факт, что в 11—12-13-летнем возрасте девочки, как правило, выше и имеют большую массу тела, чем мальчики. С одной стороны, некоторые из девочек чувствуют себя «белыми воронами», с другой — у части мальчиков может возникнуть ущемленность своей «неполноценностью». Класс раскалывается на группы по интересам, соответствующим различной степени физической и половой зрелости. Менее зрелые отвергаются, третируются, могут чувствовать себя недостаточно полноценными и реагировать компенсацией, имитацией, а иногда и протестом. Предупредить это при замедленных изменениях тела в период полового созревания может правильно поставленное половое воспитание. Оно же необходимо и для рано созревающих, так как поможет им привыкнуть, в частности, к возникающим у них проявлениям сексуальности.

Особого внимания заслуживают дети с хроническими соматическими заболеваниями, которые могут оказаться причиной затрудненного развития и дополнительных стрессов, затрудняющих приспособление к окружению. У таких детей искажается самооценка, нарушаются семейные отношения. В семейных условиях стараются уменьшить стрессовое состояние детей приспособлением домашних условий к их возможностям и потребностям, при этом создается отличный от реальной жизни искусственный мир. Когда же ребенок окажется вне этого мира, например в школе, то столкновение с настоящими сложностями вызывает у него смятение, отвергание, протест или другие поведенческие реакции. Необходимо рассматривать, таким образом, детей с хроническими заболеваниями (сердца, эндокринных органов и др.) как группу повышенного риска возникновения нервно-психических отклонений. Предупредить их может раннее интенсивное лечение основного заболевания.

Во время госпитализации у детей должен быть более тесный контакт с родными, широкие возможности для игр и занятий с педагогом. Важно также, чтобы дети школьного возраста обучались по учебной программе. Большой соматической и психологической поддержкой для хронически больных детей может стать санаторное лечение. Оно не только укрепит физические силы, но и расширит кругозор ребенка, снабдит его новым опытом и одновременно

ласт отдых семье, члены которой могут нуждаться в психологической разгрузке Очень важно также, чтобы медицинский персонал поликлиник, больниц, санаториев, школ разбирался в психологических и образовательных проблемах этих детей.

Перенесенные в прошлом заболевания, истощая физические силы, в некоторых случаях завершаются затяжными состояниями психической слабости. Иногда у ребенка соматическое состояние сочетается с преувеличенными переживаниями тяжести заболевания, страхами за свое здоровье, а у некоторых - с боязнью медицинских процедур, операций и даже смерти. Часть соматических заболеваний способна оставить след в форме органического поражения ЦНС, повреждая сосуды или нервную ткань (тифы, малярия, ревматизм и др.). И перенесенные ребенком в прошлом переживания, и приобретенная органическая неполноценность ЦНС делают его более ранимым, а потому должны учитываться для создания более благоприятных условий адаптации в периоды возрастных кризов и при изменении жизненной ситуации (переездах, поступлении в детское учреждение или в школу).

В процессе экстремальной реакции имеются одновременно стрессовая, адаптивная, гомеостатическая реакции или функциональные нарушения. При преобладании адаптивных реакций проявляется специфика функционирования каждого из органов, образований мозга и отдельных функциональных систем или их взаимоотношений, обеспечивающих полезный результат изменений функций. При преобладании стрессовых реакций изменения биохимических или физиологических показателей, функционального состояния всех образований мозга и внутренних органов направлены на поддержание гомеостаза или переход на более высокий уровень регуляции. При преобладании гомеостатической реакции функционирование происходит на уровне нормы или близком к исходному уровне деятельности.

В случае функциональных нарушений имеются не сопряженные с адаптацией организма изменения в деятельности систем.

Биологический смысл стресс-реакции состоит в мобилизации тех структур функциональной системы, которые обеспечивают принятые решения и формирование эффекторного ответа в целях проигрывания оптимального варианта интегральной реакции на основе вероятностного прогнозирования.

Таким образом, стресс обеспечивает:

1) поддержание гомеостаза;
2) развитие адаптации к воздействующим факторам;
3) основу патогенеза многих болезней.

Глава 4

# ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ДИАГНОСТИКА И СИСТЕМАТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

Постоянно растущая распространенность «психосоматических расстройств» у детей: бронхиальной астмы, ожирения, эпизодически повторяющихся болевых синдромов, артериальной гипертензии, язвенной болезни, нарушений сердечного ритма и других, которые являются начальными этапами заболеваний у взрослых — требует поиска эффективных методов их предупреждения. Профилактика этих расстройств станет возможной лишь при максимально ранней их диагностике или выявлении группы повышенного риска. В этой связи перед врачами ставится задача разработки методов выявления детей с повышенным риском психосоматических расстройств и их ранней профилактики.

По данным Ю. А. Ефимова (1986, 1988), задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей обнаруживаются отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности. Оно субъективно воспринималось старшими детьми как беспокойство, душевный дискомфорт. У младших можно было констатировать различной выраженности и стойкости дистимические явления, суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство.

Наряду с психическими признаками тревожности достоверно чаще, чем у детей с низким эмоциональным напряжением, наблюдаются и такие проявления, которые условно можно разделить и обозначить как:

1) преневротические;
2) вегетодистонические;
3) соматические.

Преневротические проявления составляют нарушения сна (трудности засыпания, сноговорение, кошмарные сновидения), тики (респираторные,

мигательные), патологические привычки (онихофагия, сосание пальцев), навязчивости, беспричинный плач. К вегетодистоническим относятся головокружения, головные боли, сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи при волнении, отрыжка воздухом. Соматические проявления включают повышенную жажду, булимию, рвоту после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения, гиперпирексию, эпизодический кожный зуд, неоднократно появляющиеся кожные высыпания. Совокупность отдельных преневротических, вегетодистонических и соматических проявлений, генетически связанная с постоянным эмоциональным напряжением — ценный диагностический признак, позволяющий выявить детей, подверженных повышенному риску развития психосоматических расстройств.

Задолго до формирования выраженной клинической картины психосоматических расстройств под влиянием чрезвычайно неблагоприятных обстоятельств у детей могут внезапно появиться сердцебиения, боли в сердце, затруднения в дыхании или одышка, головные боли, головокружения, боли в животе, рвоты, поносы и другие расстройства. Эти остро развивающиеся эпизоды обычно кратковременны. Они прекращаются с выходом ребенка из трудной для него ситуации, однако могут повторяться в случае новой встречи со стрессовым фактором. Такие острые психосоматические расстройства — признак хронической тревожности ребенка и показатель его склонности к развитию стойкого психосоматического заболевания.

При определенных обстоятельствах анамнестические данные и клиническое обследование не дают достаточного материала для убедительных доводов в пользу определения степени риска возникновения психосоматического расстройства. В этих случаях, а также для большей достоверности, при диспансеризации детей полезно использовать **психологические методики,** способные выявить тревожную напряженность обследуемого:

1) личностный опросник Айзенков [Eysenk H. J., Eysenk S. B., 1975], адаптированный А. Ю. Панасюком, позволяющий по показателям нейротизма выявить эмоциональную неустойчивость, отражающую в значительной степени выраженность тревожности;
2) личностный опросник Кеттелла [Cattell R. B. et al., 1970], дающий возможность по фактору 04 судить о напряженности, фрустрированности, по фактору N — о мрачных опасениях, неуверенности, тревожности;
3) шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера (Spielbeiger C. D.) в модификации Ю. Л. Ханина (1983), оценивающую предиспозиционное эмоциональное состояние и актуальную тревожность;
4) тест выбора цвета Люшера [Luscher M., 1948], модифицированный А. М. Эткиндом (1980) в цветовой тест отношений (ЦТО), для получения эмоциональных характеристик ребенка о себе и значимых для него людях;
5) метод незаконченных предложений, также помогающий выявить имеющееся душевное беспокойство и его соматические проявления;
6) опросник детской тревожности Рейнольдса [Reynolds C. R., 1981], созданный таким образом, чтобы ребенок мог оценить свое самочувствие,

в том числе различные формы проявления тревоги: неустойчивость вегетативных функций и личностно-оценочный аспект;

7) опросник детской тревожности Клинединста [Klinedinst J. K., 1974], адресованный матери обследуемого и позволяющий судить о проявлениях тревоги ребенка по особенностям его поведения;
8) тест Коппитца [Koppitz E. M., 1978], психологически интерпретирующий рисунок человеческой фигуры, выполненный ребенком. С помощью этой методики удается выявить наличие внутреннего эмоционального конфликта;
9) рисунок семьи, позволяющий на невербальном уровне оценить взаимоотношения в семье и тем самым косвенно судить об эмоциональном состоянии обследуемого.

Результаты этих исследований позволяют предложить комплексный подход к выявлению при диспансеризации детей, подверженных высокому риску возникновения психосоматических расстройств:

- обнаружение стрессовых факторов — неадекватное воспитание, дисгармоничная семья, неприятие коллективом сверстников, несостоятельность в учебе и др.;
- выявление психических проявлений состояния хронической тревожности — внутреннего беспокойства, душевного дискомфорта, дистимии;
- выявление вегетативных и соматических расстройств — возбудимости, утомляемости, раздражительности, вегетативной лабильности, колебаний артериального давления, лабильности пульса, потливости, зябкости, слабости, неприятных ощущений в области желудка, сердца, диссомнии, нарушений терморегуляции, тремора рук, век, гиперрефлексии и др.;
- учет острых психосоматических реакций, возникающих под влиянием трудных ситуаций;
- изучение эмоционального состояния детей с помощью психологических методик.

Выявленные в процессе диспансеризации дети должны направляться на превентивное лечение с помощью медикаментозных и психотерапевтических средств.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Необходимо учитывать, что ребенок разительно отличается от взрослого. Дети — не упрощенная копия взрослых с ограниченными способностями, наивностью, внушаемостью и безфешностью. Конечно, у них не так тонко

развита интеллектуальная сфера, но они крайне чувствительны к обстоятельствам жизни, разумность их переживаний соответствует развитию. Трудности подрастающего поколения, как правило, обусловлены не их внушаемостью, а неправильным пониманием происходящего с ними или вокруг них. От ребенка невозможно скрыть враждебное или пренебрежительное отношение к нему членов семьи, спрятать от него истинное положение. Ребенок чаще всего правильно оценивает создавшуюся дома ситуацию. Если в беседе не удается определить истинное положение ребенка в семье, его можно обнаружить с помощью простейших психологических проб. Особенность детей заключается также в том, что они находятся в полной зависимости от родителей, которые удовлетворяют все их потребности. Когда родители оказываются не способными удовлетворить появляющиеся с возрастом нужды, между ними и детьми возникает тревожное напряжение. При этом ребенок может связывать возникшие в семье трудности с собственными провинностями, отчего будет постоянно испытывать чувство вины и тревоги. Нередко в связи с этим у него возникает мысль о том, что родители могут или хотят его покинуть, отдать чужим людям, поместить в детское учреждение, отказаться от него. Находясь во власти этих переживаний, ребенок рассматривает консультации у врача как угрожающее ему событие, как своего рода наказание или прелюдию к нему. В этой связи у него отсутствует положительное отношение к обследованию. Врачу также приходится помнить о том, что ребенок, будучи живым, деятельным существом, лучше взаимодействует с собеседником во время игры или другой совместной деятельности. В течение монотонной и подчас непонятной ему беседы в кабинете, ограниченный в движениях, ребенок нередко замолкает, отвергая любые попытки установить с ним контакт.

Отношение к ребенку должно определяться тем, на каком возрастном этапе он находится. В разных возрастных группах наблюдаются различные переживания. Дошкольники страдают из-за возможного отрыва от дома и неспособности управления своими телесными функциями. Школьники больше беспокоятся из-за взаимоотношений со сверстниками.

Психологию ребенка невозможно оценить вне контекста семьи. При этом и последняя не может быть понята без исследования того непосредственного и отдаленного окружения, в котором она существует. Изучение воздействия максимально большего числа психологических и социальных факторов позволяет выявить не только особенности переживаний ребенка, но и механизмы психологической защиты и преодоления трудностей, существующих у него или в его семье. Знание этих механизмов позволяет проникнуть в стиль взаимоотношений в семье и усмотреть способы сохранения ее благополучия.

Используемый в клинических условиях подход облегчает оценку степени патогенности психосоциальных факторов, под воздействием которых может оказаться ребенок.

# СИСТЕМАТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глубокое изучение психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют их обоснованной систематики. Одним из примеров таких классификаций может быть представление I. Jochmus, G. M. Schmitt (1986) о группировке соматических расстройств, тесно связанных с психологическими трудностями.

В **первую группу** отнесены психосоматические функциональные нарушения, то есть те соматические синдромы, при которых не обнаруживаются органические поражения органов и систем. Среди этих синдромов: психогенные нарушения у грудных детей и детей раннего возраста; нарушения сна; энурез; энкопрез; запор; конверсионные неврозы.

Во **вторую группу** включены психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение.

**Третья группа** объединяет тех хронических больных, у которых возникают серьезные переживания. Здесь объединены пациенты с муковисцидозом, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, злокачественными новообразованиями.

К сожалению, классификация не основана на едином подходе, в нее включено ограниченное число синдромов и заболеваний; ряд аналогичных расстройств остался за ее пределами. Все же она может быть использована в клинической и профилактической работе, так как предполагает принципиально различные подходы к диагностике, лечению и профилактике. Если функциональные нарушения могут корригироваться средствами воздействия на отношения между больными детьми и их окружением, то больные с психосоматическими болезнями нуждаются в психотерапии и воздействии на пораженные органы и системы.

Другим примером может служить классификация психосоматических расстройств у детей, предложенная H. Zimprich (1984). Среди этих расстройств выделены психосоматические реакции, функциональные нарушения, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.). По мнению H. Zimprich, эти заболевания, несмотря на их различие, объединены общим терапевтическим подходом, сочетающим медикаментозное лечение и психотерапию.

T. Stark, R. Blum (1986), изучая психосоматические состояния, предостерегают от упрощения понимания болевых синдромов и недомогания как чисто психогенных или органических по своей природе. По их мнению, для такого «дихотомического» разделения имеется ряд ограничений: большинство физиологических нарушений имеет психологические последствия. Термин «психогенный» ошибочно рассматривают как никогда не имеющий серьезного значения; «дихотомия» ошибочно подразумевает гомогенность психо-

генных расстройств. Из предложенной авторами систематики типов психосоматических расстройств, приведенной ниже, становится понятным, что синдромы, относимые к психогенным, в действительности различны по механизмам развития.

**Конверсионные расстройства** традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Часто эти состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган [Williams C, Loqal M., 1984]. В детском возрасте сочетание конверсии и истерической личности встречается не менее чем в 50% диагностируемых расстройств. В отличие от других психосоматических нарушений конверсионные расстройства у детей имеют одинаковое распространение среди обоих полов. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт от осознавания и тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

**Болевой синдром.** Его основная черта — жалобы на боль в отсутствие физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионнъм реакциям, жалобы на боль могут освобождать личность от определенной ответственности и дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена.

**Соматизацию** часто представляют как множественные соматические жалобы, которые не могут быть объяснены никакой физической причиной. Она представляет собой способ преодоления психологического стресса, имеет тенденцию появляться в пубертатном периоде и часто течет хронически, приступообразно с ремиссиями в течение жизни.

**Ипохондрия** имеет свои признаки: убежденнность в наличии болезни, сосредоточенность на своем здоровье, боязнь болезни, упорное злоупотребление медицинской помощью. Благодаря быстрым и резким физическим изменениям во время пубертата, сосредоточенность на них обычна для подростков. Хотя комплекс соматических симптомов встречается в этом возрасте нередко, возникновение ипохондрического состояния может быть связано с манкированием своих обязанностей.

**Симуляция** может быть определена как притворство или использование болезни для того, чтобы избежать нежелательной ситуации, работы или других обязанностей. Стереотипен взгляд на симулянта — взрослого — как на индивида, который выдумывает болезнь, чтобы уклониться от ответственности. В детской популяции подобный ярлык может быть использован со значительной осторожностью. Обычно у детей цель создания симптомов легко обнаруживается и легко понимается при анализе обстоятельств жизни. Важно помнить, что для детей, например, обучение в школе — работа и, таким образом, избегание школы — серьезный симптом, который следует внимательно изучать.

**Искусственно продуцируемое расстройство здоровья** понимают как заболевание, которое вызывают обдуманные действия пациента вне зависимости от того, желаема болезнь или нет. Как правило, нет явных указаний на вторичную выгоду, получаемую от вызванных симптомов. Чаще обнаруживают относительно необычные клинические синдромы, такие как гематурия и спонтанные кровоизлияния.

**Хроническое искусственное расстройство** (синдром Мюнхгаузена) характеризуется повторными госпитализациями из-за симулируемого заболевания, часто приводящего к хирургическому вмешательству. В наиболее выраженной форме это состояние может быть названо «mania operativa»: пациенты переносят до 30 и более хирургических операций. Хотя это расстройство исключительно редко наблюдается в педиатрии, есть сведения об *искусственно вызываемых нарушениях здоровья у детей* их матерями — синдром Polle [de Toni et al., 1987].

Приведенная классификация не столько систематизирует различные виды «психосоматических расстройств», сколько отражает круг нарушений, требующих дифференциального диагноза. Именно этим, с нашей точки зрения, она может быть полезна педиатру и психиатру.

В международной классификации болезней (10-й пересмотр), принятой ВОЗ в 1992 г. и переведенной на русский язык в 1994 г., есть разделы, в которых рубрифицируются психосоматические расстройства. Так, в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) имеется подраздел «Соматоформные расстройства» (F45), который включает соответствующие рубрики. Во введении к разделу сказано, что невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и обусловленности основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств психологическими причинами. Как отмечено в общем введении к МКБ-10, понятие невроза было сохранено не в качестве основополагающего принципа, а в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина. Определение соматоформных расстройств дано следующим образом: «Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного».

Большинство врачей группирует психосоматические расстройства по возрастному признаку.

**В младенческом возрасте** к этим расстройствам относят колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, ожирение, приступы на-

рушения дыхания, нейродермит, яктацию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

**В дошкольном возрасте** наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

У детей **школьного возраста** и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла и др.

Разные авторы приводят различное число таких симптомов и синдромов. Не одинаково трактуется и этиология этих расстройств. Однако очевидно, что вне зависимости от более или менее удачного названия, в их патогенезе значительное участие принимают психоэмоциональные факторы. Часть из перечисленных в этой систематике расстройств приведены в других главах в соответствии с пораженной системой.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

У детей дошкольного и школьного возрастов проявления психосоматических расстройств становятся разнообразнее и сложнее. Наряду с уже указанными расстройствами аппетита, тучностью, запором, недержанием кала могут возникнуть бронхиальная астма, вегетососудистая дистония, расстройства желудочно-кишечного тракта, боли в конечностях, расстройства дыхания, головные боли, необъяснимая лихорадка, кожные поражения, недержание мочи и другие соматические заболевания, обусловленные нервными потрясениями.

## Головная боль

У детей раннего возраста судить о наличии головных болей можно лишь косвенно по беспокойству, прикладыванию рук к голове, только после 4—5 лет Дети могут осмысленно пожаловаться на боль в голове. Последняя своим происхождением может быть обязана мигрени, стрессовым реакциям, мышечному напряжению. Однако следует иметь в виду, что головная боль может быть проявлением многих заболеваний. В связи с этим, только исключив так называемые органические заболевания: последствия травмы головного мозга,

опухолевые или воспалительные заболевания, общие болезни, можно искать зависимость между головной болью и эмоциональным напряжением. Такая зависимость обнаруживается более, чем в половине случаев. У детей в результате усталости, волнений может, постепенно усиливаясь, появиться головная боль. Она может носить тупой характер и продолжаться в течение дня или более. Болевым ощущениям нередко предшествуют тошнота, рвота, бледность кожи, потливость, светобоязнь, отек век, изменения настроения. «Мышечная головная боль», обязанная своим происхождением сокращению мышц, встречается у детей довольно часто. Первоначально появляются неприятные ощущения и боли в мышцах шеи, плеч, затылка, а затем они распространяются и на передние области головы. Все это может продолжаться несколько дней и даже недель, иногда сопровождаясь тошнотой, рвотой и головокружением. Мигрень наблюдается у 4-7,5% детей. Чаще она начинается после 10 лет, однако это может произойти и в 3 года. В семьях этих детей обычно имеются родственники, страдающие мигренью. Сами дети интеллектуально развиты, психически неустойчивы, мнительные, раздражительные, добросовестные, внутренне напряженные, малообщительные, с выраженными нервными вегетативными реакциями. Приступы мигрени связаны с реакцией сосудов в различных отделах головного мозга, и в зависимости от этого могут быть головокружение, нарушение зрения (мелькание, преходящая слепота), расстройства речи, чувствительности и моторики. На этом фоне возникают пульсирующие и колющие боли, за которыми нередко следуют внезапно развивающееся косоглазие, сердцебиение, боли в животе, тошнота, рвота, понос, потливость, кратковременные параличи. Наиболее частый провоцирующий фактор — стресс, но иногда им может оказаться физическое напряжение, шум, голод, изменение погоды, просмотр телевизионной передачи или кинофильма. У 35—40% детей заболевание завершается через 5—6 лет.

### Лихорадка неясного происхождения

У 70% детей грудного возраста и у 3—14% более старших детей может наблюдаться либо относительно непродолжительное значительное повышение температуры тела (иногда до 39-40°), либо длительная лихорадка, не превышающая 37—38°. Такое повышение температуры тела рассматривают как неясное, если не обнаруживают общие инфекционные заболевания или местные воспалительные процессы, а также если температуру тела не измеряли после еды, физической нагрузки, сна или перегревания. При нарушении нервной регуляции теплообмена или ее врожденном несовершенстве лихорадка возникает под влиянием переживаний. У маленьких детей это наблюдается при отрыве от семьи, например, при помещении в больницу. При возвращении домой температура тела у таких детей нормализуется. Нередко у дошкольников и школьников лихорадка выявляется случайно при общем хорошем состоянии или в сочетании с повышенной утомляемостью, слабостью, однако и в этих случаях дети не теряют жизнерадостности, интереса к развлечениям и играм. Часто (в 50-80%) у детей с длительным повышением темпе-

ратуры тела наблюдаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, являющиеся следствием сосудистой дистонии. Такая лихорадка не поддается воздействию антибиотиков и жаропонижающих средств, что само по себе может быть подтверждением ее психогенного происхождения. Более эффективны физические методы лечения: лечебная физкультура, закаливающие процедуры, а также психотерапия (гипноз и внушение в бодрствующем состоянии), общеукрепляющие и седативные средства.

### Боли в животе

Неоднократно повторяющиеся боли в животе часто наблюдаются у чувствительных, нервных и неустойчивых детей 4—12 лет. Эти боли нередко называют пупочными коликами, так как чаще всего они ощущаются в области пупка, но могут быть и в других частях живота. Они появляются во время еды или после нее под влиянием неприятных переживаний. Часто сопровождаются вегетативными симптомами: бледностью, синевой под глазами, потливостью, рвотой и другими. Диагноз психогенных болей в животе можно поставить лишь после исключения других причин. Пупочные колики поддаются лечению средствами, снимающими спазм мускулатуры внутренних органов и успокаивающими нервную систему, тем самым косвенно подтверждая диагноз.

### Психогенная рвота

У психически лабильных детей даже при отсутствии нарушений в деятельности желудочно-кишечного тракта рвота может провоцироваться гневом или страхом. Иногда наблюдается демонстративная рвота, возникающая как бы с целью привлечения внимания. Возникновение рвоты может быть связано с наблюдением за извержением рвотных масс у другого человека, с рассказами об этом, с принудительным кормлением, с отвращением к пище. У некоторых детей рвоты могут быть повторными в течение продолжительного времени. Периодически возникающая рвота обычно поддерживается переживаниями, сочетающимися с желудочно-кишечными расстройствами.

### Запор

Запор — это расстройство функции кишечника, при котором возникает затруднение дефекации (выделения каловых масс). Спастические запоры, как правило, имеют хроническое течение. При них сухие комковатые каловые массы выделяются мучительно, медленно, с болевыми ощущениями. Кал, скопившийся в спазмированнои прямой кишке, повреждает ее слизистую оболочку и вызывает образование трещин и появление в кале прожилок крови. Спастический запор — типичное психосоматическое расстройство, при котором накопившиеся отрицательные переживания оказываются причиной спазмирования стенки прямой кишки и сужения ее просвета. Наиболее часто заболевание возникает у невропатичных детей.

### Понос

Понос — это увеличение числа дефекаций и разжижение кала. Относительно редко причиной поноса могут стать выраженные эмоциональные переживания: страх, негодование и др. Эпизодически повторяющиеся поносы и схваткообразные боли в животе могут также быть проявлением синдрома раздраженного кишечника. У детей при этом преобладают боли в животе, очень различные по времени возникновения, продолжительности и интенсивности. При возникновении запора кал в одних случаях похож на овечий помет, в других же не оформлен вовсе. Отмечаются громкое урчание и частое отхождение газов, реже — недержание кала, болезненное и частое мочеиспускание. Течение заболевания зависит от переживаний: семейных конфликтов, потери близких, страха перед школой и других событий, которые лишают ребенка чувства безопасности.

### Энкопрез

Энкопрезом, или непроизвольным отделением кала, называют отхождение каловых масс, в результате которого пачкается белье, или это совершается в неподходящем месте. О распространенности энкопреза известно лишь, что он встречается в 10—15 раз реже непроизвольного отделения мочи и чаще наблюдается у мальчиков. Как правило, навыки опрятности формируются к 1—2 годам. Если ребенок старше 3—3,5 лет не управляет сфинктером прямой кишки, то это уже болезненное явление. Причиной энкопреза может быть недостаточное воспитание опрятности, невропатия, невроз и другие психогенные расстройства. «Медвежья болезнь» может возникнуть внезапно под влиянием пережитого страха, а затем повторяться при волнениях. В других случаях появление недержания кала не может быть связано прямо с какими бы то ни было потрясениями и является следствием накапливающихся отрицательных эмоций. При этом не всегда удается выявить провоцирующие моменты при повторных эпизодах упускания кала. Иногда становится явным, что причина — своеобразие личности ребенка, чрезмерно сильно привязанного к матери, к дому, его переживание ревности, боязни отрыва от близких, обида на них или других людей.

Глава 5

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ

## РОЛЬ МАТЕРИ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА И ЕГО ПРИСПОСОБЛЕНИИ К ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ

Нормальное развитие ребенка и формирование успешно действующих защитных механизмов возможно лишь при хорошем приспособлении к социальной среде. Изоляция от родителей и собратьев, даже у приматов, делает невозможным формирование чувства любви, ведет к появлению стойкого страха и агрессивности, становится препятствием для социализации [Harlow H. E, Harlow M. K., 1966]. Родившийся ребенок, почти не обладая никакой самостоятельностью, в то же время является частью диады. Другая часть диады — мать, основное условие жизнедеятельности ребенка и его развития. Мать формирует его как будущую личность, способную противостоять изменениям среды и бороться со стрессами. В этом основополагающую роль играет привязанность или чувство любви, возникающее между младенцем и его матерью. Сформировавшаяся эмоциональная связь между матерью и ребенком побуждает его искать у родительницы защиты при любом проявлении опасности, осваивать под ее руководством все необходимые навыки, без которых у него не разовьется необходимое для жизни чувство безопасности и уверенности в своих возможностях. Процесс развития привязанности основан на ряде врожденных способностей ребенка, с которыми он уже рождается. Новорожденный подготовлен к тому, чтобы с ним общались, все его чувства функционируют, хотя и развиты в разной степени. Он с рождения улыбкой пытается установить контакт с тем, чье лицо он воспринимает. Следит взглядом за красным мячом уже с 3-4-й недели жизни. В то же время лицо матери ему удается различить лишь с 3 месяцев. Развитие зрения у младенца очень важно, так как для общения с матерью взгляд играет основную роль. В течение первых 6 месяцев устанавливается визуальный контакт между матерью и ребен-

ком. Он очень облегчает взаимодействие в диаде. В том случае, если мать будет обременена другими серьезными заботами, расстроена или больна, именно через этот контакт могут прийти сигналы, которые обеспокоят малыша.

Новорожденный хорошо слышит. Он вздрагивает от шума. Поворачивает голову в сторону звучащего голоса. На первом месяце жизни у него уже появляется положительная реакция на человеческий голос. Ему не нравятся шумное движение, громкие звуки радио, телевидения.

Обоняние развивается рано, оно существенно как для узнавания матери, так для развития привязанности к ней. Уже на 3-6-й день жизни ребенок отличает по запаху ту из двух марлевых повязок, которая находилась на груди его матери. Успокаивающее действие материнского запаха используется для лечения у ребенка расстройств сна, для чего материнский платок кладут ему на подушку. Сладкое у только что родившегося ребенка вызывает довольную улыбку, соленое — гримасу неудовольствия, чеснок — отвращение. Новорожденный очень чувствителен к прикосновениям, от одних он возбуждается, другие его успокаивают. Начиная с 10-дневного возраста у младенцев можно отметить проявления грусти и радости. Он тревожится, будучи голодным и выглядит удовлетворенным после кормления. Сначала эти чувства очень примитивны, но их прогресс заметен даже на первом году жизни.

Забравшись на руки к матери, ребенок стремится исследовать ее лицо и другие части тела. Для малыша большое удовольствие быть с матерью, играть с ней. Поскольку младенец уже готов к общению, ему необходимо пойти навстречу. Со своей стороны мать отзывается на его плач, ухаживает за малышом, играет с ним. Ребенок очень рано имитирует движения родителей. Так, подражая отцу, младенец в 2—20-дневном возрасте показывает язык [Brazelton T. B., 1976]. Однако сильная привязанность сможет возникнуть лишь, если мать будет эффективно реагировать на плач ребенка от боли, голода или скуки. При этом для успокоения малыша ей придется стимулировать его звуком голоса, предоставлением ему возможности сосания груди или пустышки, укачиванием на руках или в кроватке. Развитию положительных эмоций, важных для возникновения любви с одной стороны и укрепления жизненного тонуса с другой способствуют игры с ребенком. Эти игры носят характер диалога, в котором взаимодействующие обмениваются вербальными (мать) и невербальными сигналами (мать и ребенок). Дети, которых матери быстро успокаивают, плачут гораздо меньше тех, к кому не подходят. Таким образом, сила привязанности ребенка, то есть переживание своей защищенности и, в значительной мере, уверенности, определяется двумя необходимыми качествами матери. Во-первых, готовностью незамедлительно помочь ребенку, когда он тревожится (плачет). Во-вторых, активностью материнского взаимодействия с ребенком и способностью к общению с ним [Чистович Л. А., Кожевникова Е., 1996].

Основными факторами эффективного материнского ухода, обеспечивающими нормальное развитие ребенка, считают:

- мать как источник сенсорных и других стимулов, то есть пеленание, ласка, разговор, нахождение в поле зрения ребенка, игра с ним;

- мать как источник удовлетворения потребностей ребенка (в пище, желаемых предметах);
- мать как посредник между ребенком и раздражителями внешней среды, ослабляющая или реже интенсифицирующая их воздействие.

L. J. Yarrow (1965) указывает на значительную взаимосвязь между раздражителями, исходящими от матери, и одновременным развитием ребенка в период младенчества. При этом прогресс в развитии он определял по тесту Кетелла для детей в возрасте 6 месяцев. Четыре фактора материнского ухода имеют высокую степень корреляции с результатами тестов развития: стимуляция развития, адаптация к раздражителям, масштабы физического контакта.

Способность противостоять стрессу (реакции ребенка в моменты расстройства в обстановке теста и его характерные реакции на обычные неприятные ему моменты повседневной жизни), по всей вероятности, в значительной степени зависит от того, насколько мать может приспособить внешнюю среду ребенка к его индивидуальным особенностям. Корреляция между материнской долей в адаптации раздражителей и способностью самого ребенка противостоять стрессу составляет +0,85. Другие факторы, связанные с уровнем удовлетворения потребностей ребенка и снижением напряженности, также были в значительной степени связаны со способностью ребенка противостоять стрессу. Особое значение имела степень физической близости: $r = +0{,}66$. Характер физического контакта также имел отношение к способности ребенка сохранять спокойствие в напряженных ситуациях; между фактором внешней среды, способностью противостоять стрессу и двумя элементами, отражающими характер физического контакта (стремление «успокоить» ребенка и материнская чуткость), корреляция равняется +0,57. К этой категории поведения ребенка относятся и несколько факторов эмоционального порядка — интенсивность эмоциональных отношений: $r = +0{,}65$; уважение к личности: $r = +0{,}62$; положительные реакции: $r +0{,}57$. Очевидно, с самых первых месяцев жизни ребенок знает, когда можно ожидать (или, наоборот, не ожидать) со стороны матери действий, которые влекут за собой удовлетворение тех или иных его желаний или успокаивают его. В раннем детстве повторно возникающие ситуации, приводящие к беспокойству или напряжению, не делают ребенка способным противостоять стрессам. Ребенок, который редко подвергается испытаниям трудностями (потребности в большинстве случаев удовлетворяются своевременно), лучше переносит стрессы, чем тот, который неоднократно испытал напряжение отрицательных эмоций. Стабилизации психического состояния, уменьшающего риск неблагоприятных последствий при возникновении трудных жизненных обстоятельств у детей, способствуют неменяющиеся родителями принципы ухода и неизменный «образ матери».

В предшествующие десятилетия преобладало мнение, что материнской заботы для формирования адаптивного поведения ребенка достаточно. Нежность, доброта, самоотверженная забота о ребенке, проявляемые отцом, рассматривались лишь как имитация женского поведения и необязательные для воспитания ребенка. В действительности, в отцовстве и материнстве больше

сходства, чем различий, ибо они — продукт обмена чувствами с их собственными родителями обоего пола [Howells J. G., 1970]. Доказано, что активное участие отца в подготовке родов уменьшает количество осложнений в них, снижает восприимчивость новорожденного к стрессам. Отношения малыша, формирующиеся не в диаде «мать—ребенок», а в триаде «отец—мать—ребенок», способствуют тому, что младенец доброжелателен и весел, рано начинает улыбаться. В начальный период адаптации не только мать, но и отец должны знакомиться со степенью готовности ребенка к жизни, воздействовать на него с тем, чтобы установить с ним обратную связь [Добряков И. В., 1998]. Исследование детей раннего возраста в присутствии матери или отца и без них обнаружило одинаково стимулирующее влияние обоих родителей. Понятно, что фигура отца, как и матери, облегчает ребенку переживание трудной ситуации. Отец также оказывает влияние на ребенка не только прямо, но и через мать и посредством семейного климата, одним из создателей которого он является. Некоторые авторы идут дальше, утверждая, что не только родители воспитывают детей, но и вся семья оказывает непосредственное влияние на развитие и направление происходящих в ребенке процессов созревания. Они полагают, что близкие родственники, составляющие расширенную семью (дедушки, бабушки, братья, сестры, кузены, кузины и т. д.), в этом принимают участие, так же, как это делает и все общество в целом. Социальные стимулы, получаемые ребенком от окружающих его людей, освобождают рефлекторные инстинктивные проявления.

Психоаналитическая теория объясняет взаимоотношения мать—дитя зависимостью младенца от матери [Ainsworth M. D., BowlbyJ., 1954; Burlingham D., Freud A., 1944; Lebovici S., 1960; Spitz R. A, 1945]. Этологическая концепция на передний план выводит формирование прочной эмоциональной связи, являющейся врожденной мотивационной системой [Lorenz K., 1979; Tinbergen N., 1953]. В соответствии с этим пониманием и мать и ребенок стремятся к тесному физическому общению. Один из механизмов объединения детеныша и его матери — импринтинг (врожденная способность животных следовать за объектом). Новорожденный осуществляет «поиск близости» посредством плача («иди сюда») или улыбки («не уходи). Возможно, что корни этого заложены до рождения путем воздействия на плод звуков сердца матери. Запечатление (импринтинг), происшедшее у плода, связывают с материнскими сердцебиениями, поэтому они успокаивают младенца. Рождение для младенца — травматическая ситуация. Ему приходится защищаться, снижая уровень эмоционального напряжения. Объятия (прикосновения) матери и звуки ее сердца, которые при ее приближении снова хорошо слышны, — источники чувства безопасности младенца, позволяющие нормализовать уровень его внутреннего напряжения. В формировании материнского чувства критический период — 24 часа после рождения. Очень важно, чтобы новорожденный не позже этого побывал на руках у матери, тогда возникшая привязанность будет особенно сильной. На ранней стадии возникновения привязанности между матерью и ребенком особое значение имеет тесный телесный контакт между ними. В этой связи неправильно не брать плачущего ребенка на руки. Необходимо удовлетворять его потреб-

ность в контакте, в результате чего сформируется чувственное впечатление — любовь. Если все-таки ребенка не берут на руки, он не будет плакать, у него появится «хорошее поведение» (фактически безразличное), однако его эмоциональное развитие нарушится и сделает его недостаточно защищенным от стрессов. Нарушение системы общения между матерью и ребенком может сделать мать нечувствительной к потребностям малыша. Мать может решить, что он благополучен. В этом случае она не обеспечит ему всего необходимого для формирования привязанности.

С 6-го месяца телесный контакт заменяется иной формой общения. С этого времени голос и зрительный образ родительницы несут такой же позитивный эмоциональный заряд, как и физический контакт. Плачущий ребенок, увидев или услышав мать, успокаивается. Устрашающая ситуация еще вызывает у него потребность в физическом контакте, однако порог такой реакции повышается с возрастом. Таким образом, не только матери воспитывают детей, но и дети со своей стороны стремятся управлять поведением матери, привлекая ее внимание, если она не успевает выполнять их желания. Этологи видят усилия матери и ребенка в том, чтобы находиться вместе для наилучшей адаптации к жизни. Мать сделает относительно беспомощного ребенка защищенным от опасностей и удовлетворит его нужды [Willemsen E., 1979].

Таким образом, существует целый ряд **предпосылок психического здоровья младенца:**

1) здоровые отношения между матерью и ребенком;
2) качественные отношения между матерью и ребенком, приводящие к благополучному физическому, познавательному и эмоциональному развитию;
3) положительные отношения между матерью и ребенком, обучающие способности доверять и обращаться к другим;
4) реципрокность и синхрония отношений «мать—дитя» как основной элемент положительного характера привязанности между ними;
5) несменяемость первичного воспитателя младенца (желательно, чтобы это была мать от рождения и без перерывов);
6) снабжение родителями своих детей возможностями для оптимального развития.

A. W. Burgess (1978) сформулировал ранние признаки стойкой и глубокой привязанности, а также обратил внимание на признаки слабой, плохо формирующейся привязанности.

**Признаки стойкой привязанности матери к ребенку:**

- □ ищет и поддерживает глазной контакт;
- □ произносит слова с особенными интонациями;
- □ прикасается к ребенку, ласкает его;
- □ часто держит на руках, располагает соответственно формам своего тела, прижимает к себе;
- □ испытывает положительные чувства.

**Признаки стойкой привязанности ребенка к матери:**

- □ возвращает взгляд и поддерживает глазной контакт;
- □ поворачивается, настораживается, пытается подражать тону материнского голоса или сам производит звуки для матери;
- □ настораживается, улыбается, кажется успокоившимся;
- □ принимает форму материнского тела, кажется расслабленным — хорошо приноравливается;
- □ испытывает положительные чувства (живость, спокойствие), может успокоиться, если плачет.

**Ранние признаки плохо формирующейся привязанности матери к ребенку:**

- □ избегает глазного контакта или он «плавающий»;
- □ редко обращается прямо к ребенку, не использует особенных интонаций;
- □ избегает прикосновений и ласк;
- □ редко держит на руках, не прижимает к себе, держит ребенка вдали от себя;
- □ само тело матери не гибкое;
- □ испытывает негативные чувства (невыраженные явно или гневные).

**Ранние признаки плохо формирующейся привязанности ребенка к матери:**

- □ избегает глазного контакта или он только мимолетен;
- □ отворачивается, не возвращает вокализации, не пытается спровоцировать мать на вокализацию;
- □ отворачивается, не реагирует, плачет;
- □ негибкий, отворачивается, не податлив, беспокоен, плачет, плохо приноравливается;
- □ испытывает негативные или невыраженные чувства (сонливость или беспокойство), если плачет, не может успокоиться.

К сожалению, существуют препятствия, которые могут помешать матери правильно воспитывать ребенка. Установление глубокой эмоциональной связи внутри диады между матерью и ребенком может затрудняться незрелостью чувств и характера матери, ее неуравновешенностью. Препятствием может быть юный (до 18 лет) возраст матерей. В половине случаев зачатие у них происходит случайно, беременность оказывается незапланированной, а ребенок нежеланным не только для будущей матери, ее полового партнера, но и для родственников (13,7% из них пытаются оформить отказ от своего ребенка). Естественно, что социальная и психологическая неподготовленность к осуществлению обязанности матери не позволят женщине создать положительную эмоциональную среду, необходимую для формирования глубокой привязанности между матерью и ребенком [Орел В. И., 1991]. Юных, и более старших, но эмоционально незрелых матерей в прошлом подвергали депривации, их отвергали родители или воспитывали в неблагополучных семьях. Они могут быть инфантильными, эгоцентрически сосредоточенными на своих делах, неспособными к любви и справедливым

отношениям между людьми. При появлении ребенка у них не хватает теплоты и нежности при обращении с ним, понимания его основных потребностей. Эти матери не способны установить прочные отношения и с отцами своих детей, создать благоприятную эмоциональную атмосферу в семье, что также затрудняет благополучное развитие детей. Помехой возникновению благоприятных отношений в системе «мать—дитя» может быть неразвившаяся гестационная доминанта, то есть недостаточная готовность и решимость стать матерью [Добряков И. В., 1996]. Нелюбимый или нежеланный ребенок не вызывает к себе положительных эмоций, которые так необходимы для формирования привязанности, чувства безопасности, уверенности в своем благополучии и дальнейшего развития. Отказ матери от кормления грудью или невозможность этого лишает младенца естественной хорошо усвоиваемой пищи, снабжающей всем необходимым для физического развития и укрепления иммунитета. Однако, отсутствие лактации у матери — нередко признак перенесенных ею тяжелых или неоднократных стрессов, а также того или иного заболевания. Все эти изменения у матери могут индуцировать у ребенка эмоциональные нарушения, усугубляющиеся недостаточным телесным контактом из-за того, что ребенка не прикладывают к груди. По некоторым данным только 5% матерей осведомлены о том, что грудное вскармливание укрепляет психологический контакт в системе «мать—дитя». Много доказательств было приведено в пользу того, что недостаточная эмоциональная и сенсорная стимуляция ребенка раннего возраста, особенно при отделении от родителей, обязательно вызовет серьезные нарушения в его эмоциональном и, в конечном итоге, в общем психическом развитии. Не отделение от матери, а неправильный уход, не обеспечивающий любовь, внимание и безопасность более вредны для ребенка [HowellsJ.G., 1970].

Психологическое состояние современных матерей, имеющих детей до 3-х лет, далеко от стабильности. В одном из исследований было показано, что 40% из них конфликтует с мужьями, 35% не довольны своей работой, 30% испытывают страх одиночества. У половины из этих матерей ребенок оказался нежеланным, а у трети — после рождения ребенка ухудшились отношения между родителями. В результате нежеланные дети отстают по своим показателям психомоторного.развития и способностям адаптации к социальному окружению [Редозубова О. В., 1996]. Еще больше трудностей появляется, если мать страдает неврозом или психозом [Langmeier J., Matejcek Zd., 1984]. Особенно сложно осуществлять заботу женщинам, у которых после родов развивается депрессия. Способность реагировать на потребности ребенка требует значительных психических и физических ресурсов, которых у депрессивных женщин недостаточно. Полагают, что число таких матерей значительно и колеблется между 26 и 40% [Richman N., 1976]. Наиболее частым последствием воспитания матерями со стойким патологически сниженным настроением оказывается нарушение взаимоотношений в диаде, приводящее в дальнейшем к измененному эмоциональному реагированию: эмоциональной неустойчивости, страхам, высокой сепарационной тревожности [Скобло Г. В.,

Циркин С. Ю., 1995]. Все эти расстройства в большинстве случаев у детей раннего возраста проявляются соматическими, а по существу, психосоматическими расстройствами: нарушениями сна, пищевого поведения, болевыми симптомами и т. д.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Психосоматические расстройства у младенцев встречаются достаточно часто, так как индивид в этом возрасте реагирует на трудные обстоятельства почти исключительно органами и системами тела. В этом периоде жизни полностью еще не сформировались механизмы личности, способные ответить на стресс психопатологическими симптомами. Проявления психосоматических расстройств у детей раннего возраста разнообразны. Часть этих расстройств представляют моносимптомные нарушения (младенческая колика, метеоризм, регургитация, срыгивание, аэрофагия). Другие более сложны по своей клинической картине (анорексия, синдром нарушения развития неорганического генеза, сепарационная тревога), так как представляют собой уже совокупность симптомов. Третьи, по-видимому, являются началом расстройств, которые полностью сформируются в последующие периоды жизни (невропатия). Однако всех их объединяет то, что среди этиологических факторов наиболее весомый — эмоциональное напряжение, возникшее вследствие трудных для ребенка обстоятельств. Диагностика этих расстройств, как правило, нелегка, что связано с их относительно неяркой и бедной симптоматикой, а также с тем, что возникающие соматические нарушения могут практически не отличаться от аналогичных расстройств другого происхождения. Для того чтобы избежать ошибок в их распознавании, приходится не полагаться только на клинические исследования, но и использовать психологический и социально-психологический анализ случая. В этом разделе приводится большая часть встречающихся в раннем детском возрасте психосоматических расстройств. Помимо описываемых ниже, к соматическим расстройствам стрессорного происхождения относят также приступы нарушения дыхания, яктацию (ритмичное раскачивание тела или головы), спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

### Младенческая колика (колика трехмесячного ребенка)

**В** первые 3—4 месяца жизни у ребенка могут внезапно появляться приступы с сильными криками, явно связанные с физической болью и переживаниями дистресса. Как правило, эти приступы возникают во второй половине дня без

очевидной причины и продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Они наблюдаются как при грудном, так и при искусственном вскармливании. У 2/3 детей колики начинаются еще в родильном доме. В 85% случаев эти симптомы наблюдаются уже в первые две недели жизни, средняя продолжительность — 9,5 недель. Как правило, эти расстройства у детей исчезают к концу 3-го или 4-го месяца. Колики проявляются продолжительным громким криком, плачем, покраснением лица, двигательным беспокойством, во время которого ребенок то сильно прижимает нижние конечности к животу, то энергично разбрасывает их, мышцы всего тела напрягаются, закрываются глаза, кожа лба наморщивается, отмечается срыгивание, вздутие живота.

**Аэрофагия**

При этом расстройстве у жадно сосущих детей происходит заглатывание воздуха. Воздух может проходить в желудок или оставаться в пищеводе и вызывать ощущение давления. Иногда воздух вырывается изо рта с громким звуком (отрыжка) или проходит через кишечник и выходит из прямой кишки. В отличие от обычно поглощаемого небольшого количества воздуха в процессе еды, при аэрофагии воздух заглатывается безотносительно к приему пищи или жидкости. Поступление большого количества воздуха может привести к растяжению желудка, что нередко осложняется нарушениями ритма дыхания, сильными болями и рвотой. Отрыжка наблюдается чаще у девочек, чем у мальчиков. Громкие отрыжки меняются в своей частоте и интенсивности. Они могут появляться приступами и перемежаться большими перерывами.

**Срыгивание**

Извержение относительно небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, называется срыгиванием. Наиболее часто оно наблюдается в возрасте 4-18 месяцев в связи с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи, быстрого сосания при слишком большом или слишком малом количестве высасываемого молока. О привычном срыгивании приходится думать в тех случаях, когда при отсутствии нарушений техники кормления отмечается беспокойство, сосание пальцев, нарушение сна, плаксивость.

**Регургитация (жвачка, мерицизм)**

При этом расстройстве переваренная пища несколько раз отрыгивается, а затем многократно жуется. При нормальном жевании, отличающемся от мерицизма, пища уходит изо рта ребенка легко, без предварительных усилий. В то же время при жвачке отрыгивание, пережевывание и повторное проглатывание пищи происходит без тошноты и чаще всего как приятный для ребенка процесс. Это видно из того, что ребенок это делает охотно. Нередко Ребенок, для того чтобы изрыгнуть пищу, глубоко засовывает палец в глотку

или устанавливает в виде желоба язык при широко открытом рте. Большинство детей, отрыгивающих значительное количество пищи из желудка и пытающихся затем ее вновь проглотить, выплевывают часть содержимого желудка, попавшего в рот, в результате появляется риск недоедания. Развивающаяся вследствие регургитации гипотрофия может привести к значительной потери массы тела и даже к смерти. У пассивных детей, незаметно теряющих килограммы массы тела, это не замечается вовремя, и ребенок оказывается в угрожающем положении. Если мать недостаточно внимательна, то положение усугубляется еще больше. Гиперактивные дети могут истощаться вследствие регургитации не меньше. Докармливание младенцев после рвоты нередко приводит к возобновлению жвачки. Это относительно редкое явление и наблюдается почти исключительно в течение первых двух лет жизни. Диагностическими критериями регургитационных и жевательных расстройств [Кощавцев А. Г., 1996] являются:

- повторяющаяся регургитация без тошноты и гастроинтестинальной патологии, как минимум, один раз в месяц, следующая за периодом нормального функционирования желудочно-кишечного тракта;
- потеря массы тела.

### Потеря младенцем массы тела

Недостаток прибавки массы тела (синдром нарушения развития неорганического генеза) — состояние, при котором масса тела младенца резко уменьшается без проявлений заболевания. Наиболее часто это расстройство начинается в 3-12 месяцев. Отставание прибавки массы тела по мере роста малыша сочетается с многими признаками недостаточной эмоциональной и/или сенсорной депривации, а также истощения при достаточном поступлении пищи. Это явление связывают с пренебрежением ребенком и недостаточной заботой о нем. Чаще отмечают не столько отвержение ребенка, сколько нарушение взаимоотношений между ним и его матерью. Иногда постоянное притеснение и побои малыша приводят к остановке его физического развития. Это случается тогда, когда родители пытаются разрешить свои житейские трудности, связанные с алкоголизмом, эмоциональными расстройствами или с бедностью, вымещая свое недовольство судьбой на ребенке. Другим примером может быть длительно не восполняющаяся после родов большая потеря массы тела недоношенным новорожденным у матери, которая переживает не складывающиеся отношения с отцом ребенка, бытовую неустроенность. Никакими медицинскими средствами не удается увеличить массу тела у младенцев. Отсутствие соматических нарушений органического генеза у ребенка и обнаружение тревожных или депрессивных состояний у матери позволяет констатировать эмоциональные нарушения в диаде. В этих случаях нормализация в психосоматической системе «мать—дитя» достигается посредством психотерапевтического воздействия на мать при стабилизации у нее аффективного состояния. Результатом улучшения эмоциональности матери становится изменение соматического состояния другой части диады. Ребенок не-

уклонно набирает соответствующую его возрасту массу тела [Листопад Т. Н., Левин А. Н.,1985].

**Младенческая нервная анорексия**

Отсутствие аппетита встречается у 76,1% младенцев с нарушениями пищевого поведения психосоматического происхождения [КощавцевА. Г., 1996]. Частые беспорядочные кормления, однообразная пища, принуждение к кормлению могут вызвать у ребенка снижение и даже утрату влечения к пище или ее отвержение. Нарушения аппетита нередко возникают у младенцев с невропатическими проявлениями: чрезмерно подвижных, с нарушениями ритма сна и бодрствования, раздражительных и плаксивых. Если эти дети воспитываются неправильно, оказываются оторванными от матери, других близких или переносят какой-либо другой стресс, у них может возникнуть отказ от груди или искусственного кормления. Встречаются как активные, так и пассивные формы анорексии. При активном отказе ребенок отворачивает голову в сторону от груди или от бутылочки с молоком или питательной смесью, не открывает рот, не сосет, не глотает. Новая пища принимается с недоверием или даже с протестом. При этом он часто плохо жует, требует, чтобы всегда кормил один и тот же человек и в неизменных условиях. Пассивный отказ проявляется отвращением к той еде, которую ему предлагают, требованием необычной для своего возраста пищи. Психогенная анорексия — довольно частое явление у младенцев.

Выделяют несколько форм нарушения пищевого поведения:

- дистимический вариант анорексии с раздражительностью, плаксивостью, немотивированным беспокойством (дистимией), возникающими во время еды;
- регургитационный вариант с немотивированным срыгиванием во время кормления или сразу после него, значительным объемом регургитированной пищи, отсутствием вторичного заглатывания и пережевывания;
- смешанные варианты младенческой нервной анорексии с большой выраженностью нарушений питания.

Дети с потерей аппетита психогенного происхождения отличаются от тех, У кого анорексия вызвана определенными заболеваниями: у них не страдает общее физическое состояние, нет никаких других нарушений кроме отказа от еды. При этом отвержение пищи зависит от времени приема, вида или состава предлагаемой пищи, посуды, в которой ее предлагают, оттого, кто кормит ребенка. Некоторые дети, утрачивая аппетит в трехмесячном возрасте, страдают в продолжение всего дошкольного периода.

**Поедание несъедобного (извращение аппетита, симптом pica)**

Это расстройство характеризуется:

- повторяющимся поеданием несъедобных предметов (как минимум 1 раз в месяц);

- отсутствием психических расстройств, которые могли бы вызвать это нарушение пищевого поведения (детский аутизм, шизофрения, умственная отсталость).

Обычно извращение аппетита начинается на 2—3-м году, но может встречаться и во 2-м полугодии жизни. Младенцы тянут в рот ворс с одежды, волосы. Более старшие дети употребляют в пищу несъедобные вещества: фекалии животных, окурки, насекомых, песок, гальку, уголь, глину, золу, краску, землю, бумагу, штукатурку, сор. Большинство детей без расстройств пищевого поведения тянут в рот многие несъедобные предметы, но почти никогда не глотают их или делают это редко. Чаще всего это дети, лишенные достаточного ухода, отстающие в развитии, слабовидящие, то есть те, кто не способен разобраться что можно есть. Как правило, этот симптом безвреден, но иногда он приводит к серьезным последствиям. Поглощение краски приводит к отравлению, а свалявшиеся мотки шерсти — к кишечной непроходимости. Поглощение фекалий может стать причиной токсоплазмоза. Так как выраженное извращение аппетита встречается, как правило, у отвергаемых родителями детей, воспитывающимися без соответствующего присмотра в дисгармоничных семьях, они часто худы, бледны и страдают желудочно-кишечными расстройствами. Симптом pica часто наблюдается у тяжело умственно отсталых детей и продолжается в течение дальнейшей жизни. Сохранение этого симптома у детей с нормальным психическим развитием после 4 лет — свидетельство глубоких поведенческих нарушений или даже тяжелого заболевания.

**Тучность**

Существует точка зрения, что тучные дети не способны переживать чувство удовлетворения от еды. Они лишены жадного стремления к пище, но принуждают себя есть почти насильственно, чтобы достичь чувства уверенности, прочности и устойчивости. Для тучных это означает наполнить себя, а постоянное поглощение пищи имеет подсознательный смысл защиты от саморазрушения. Основная фантазия ребенка — необходимость поддержать себя. Защитные механизмы, приводящие ребенка к ожирению, являются имитирующими, скрывающими стремление к всемогуществу. Для младенца, который позже станет тучным, отделение его от матери при отлучении от груди означает потерю части себя. Сохранение же связи с матерью позволяет не утратить ни одной части своего «Я» и таким образом предотвратить повреждение. Переедание — это попытка ребенка воссоздать непрочную или разрушающуюся связь со значимой фигурой. Получается так, что имитирующая фантазия не строит «Я», а только помогает ребенку выжить, но затем, если идентичность «Я» достигается, она легко может быть расстроена, так как «Я» в этом возрасте еще очень хрупкое. Эти пациенты нуждаются в нахождении заместителей «Я», которые могут иногда включать механизмы художественного творчества [Gaddini P. B., 1977].

### Запор

При запоре кал долго остается в кишечнике и выходит в виде плотных, иногда твердых и засохших комков. Запор встречается примерно у 7% детей и несколько чаще у девочек, чем у мальчиков. Задержка стула приводит к тому, что малыш во время дефекации сильно напрягается и часто испытывает боль, особенно при наличии трещин и геморроидальных узлов. При обследовании живота кал прощупывается в виде твердых круглых образований чаще всего в подвздошной области. Нередко отмечаемые при этом расстройстве колики в животе во время дефекации свидетельствуют о спазмах кишечника, другие симптомы отсутствуют. Иногда отмечаются дискомфорт, беспокойство или апатия, ощущения озноба и головная боль. Начало — обычно в раннем возрасте. Почти в 40% случаев матери датируют начало запора у ребенка в младенчестве или в раннем дошкольном возрасте.

### Энкопрез

Непроизвольное выделение кала может появиться у детей в возрасте, когда контроль за работой анального сфинктера уже должен был сформироваться. К возрасту 4-х лет энкопрез должен оцениваться как расстройство функций, а не вариант развития или неправильного воспитания. Недержание может быть постоянным или появляться как элемент регрессии, то есть поведения, соответствующего более младшему возрасту и появляющемуся при тяжелых заболеваниях. В 25% случаев в основе недержания кала лежат психогенные факторы. Энкопрез обычно связывают с недостатком родительской любви, отрывом от матери, с доминирующей придирающейся матерью и сверхтребовательными родителями. У некоторых детей, впервые помещенных в стационар, круглосуточные ясли, детский сад, детский дом, может развиться недержание кала, однако, оно обычно прекращается после привыкания ребенка к новому окружению.

### Сепарационная тревога

Сепарационная тревога проявляется постоянным беспокойством ребенка по поводу «возможного» отделения его от матери или другого лица, к которому он наиболее сильно •привязан. Сепарационная тревога выражается в страхе исчезновения этого человека, боязни быть потерянным или похищенным. Возникают вспышки раздражения с плачем, требованиями не покидать его, не оставлять одного дома. Ребенок боится выходить из дома, расставаться с семьей. Всегда есть симптомы соматических расстройств: нарушается сон, появляются головные боли, тошнота, рвота, нарушается аппетит, отмечается потеря массы тела.

### Синдром депривационной предречевой ретардации

Нарушения взаимоотношений в системе «мать—дитя», полная депривация могут привести к недифференцированному крику-плачу, отставанию в

развитии модулированных вокализаций (гукания, гуления, лепета, двуслогового лепета), снижению или отсутствию звуко- или слогоимитации. Этот синдром может быть в более легком или более тяжелом вариантах. При последнем наряду с предречевыми нарушениями имеются проявления анаклитической депрессии: отсутствие положительных эмоций, зрительного и слухового сосредоточения, двигательная заторможенность, регресс поведенческих навыков, патологические привычные действия [Микиртумов Б. Е., Гречаный С. В., 1996; Гречаный С. В., 1998].

**Невропатия**

Этот синдром — недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного смешанного происхождения. В последнем случае в патогенезе невропатии большую роль играет эмоциональное напряжение ребенка, вызванное нарушенными взаимоотношениями в диаде «мать—дитя» или в семье в целом. К их числу можно отнести неадекватные условия режима, вскармливания и ухода, искажение материнского отношения. Невропатия составляет 10,1% от общего числа пограничных психических расстройств в младенчестве. Патологическое соматовегетативное реагирование наблюдается чаще и может встречаться еще до 6—7 месяцев. В дальнейшем формируются расстройства эмоционально-волевых реакций, нарушения внимания, психомоторики, расстройства коммуникативных функций. К 1,5 годам синдром невропатии приобретет отчетливые клинические черты. Появляются элементы личностных реакций в виде повышенной чувствительности к внешним и внутренним раздражителям. Симптоматика невропатии складывается из расстройств сна: изменений его продолжительности, глубины, нарушений засыпания и пробуждения, инверсии сна и бодрствования, двигательных феноменов во сне (вздрагиваний, бруксизма, яктаций, сосания пальцев), общей возбудимости, желудочно-кишечных расстройств, нарушений инстинктивной деятельности (аппетита). Позже могут присоединиться различные страхи, реакции пассивного протеста, невротические реакции даже на незначительные трудности и соматические недомогания. Дети, страдающие невропатией, отличаются очень выраженной привязанностью к матери, затруднениями в общении с другими людьми, необычной заторможенностью в новой обстановке. Они плохо включаются в ситуацию, активность при контактах незначительна, отвечают тихо или вовсе отказываются от общения. Двигательная активность при выполнении тестовых заданий легко затормаживается, моторика производит впечатление неловкой. Неврологических симптомов не обнаруживается, интеллектуальное развитие без отклонений.

# ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Обследование желательно начинать с опроса родителей. Беседу с ними следует проводить в отсутствии сына или дочери, так как даже детей раннего возраста это может обеспокоить. Самим родителям также будет трудно сосредоточиться, их все время будет отвлекать состояние и поведение ребенка. В этой ситуации им сможет помочь кто-либо из близких родственников, занимаясь с ребенком во время разговора с врачом. Желательно начинать беседу с жалоб, предъявляемых родителями. Знание того, что их беспокоит, сосредоточит обследующего на обстоятельствах, которые могли быть наиболее вероятными факторами, участвовавшими в возникновении определенных расстройств. В числе обсуждаемых тем должна быть семья ребенка: генетические, психологические характеристики, соматическое здоровье, возраст, профессиональные вредности отца и матери и многое другое, что сможет прояснить особенности семейных взаимоотношений, а так же модус воспитания ребенка. Следующая тема — течение беременности и все вредности, которые перенесла будущая мать в это время: психотравмирующие факторы, болезни, физические и химические воздействия, а также возможные осложнения вынашивания плода. Особого внимания заслуживают особенности течения родов и послеродового периода. Личный анамнез ребенка, отражающий темп психосоматического развития ребенка, должен быть дополнен оценкой состояния психического и соматического здоровья матери и ее взаимоотношений с отцом младенца. Важно не только учесть возможные соматические расстройства и отклонения в развитии, но и отметить психологические трудности, возникавшие на коротком жизненном пути малыша (передача на воспитание другому лицу, частые разлуки с матерью, раннее помещение в детское учреждение, госпитализация, постоянные ссоры родителей, беспокойная домашняя обстановка). У проводящего обследование должно сложиться представление о темпераменте (врожденных особенностях психики) ребенка. Оценка активности, ритмичности психосоматических проявлений, степени адаптивности, реагирования на новизну, порогового уровня раздражителей, интенсивности реакций, качества настроения, отвлекаемости и объема внимания позволит врачу и психологу понять поведение ребенка в конкретной обстановке семьи или учреждения. Кроме того, знание темперамента ребенка необходимо для правильного прогноза его приспособления к социальной среде и для назначения необходимых мер психологической и социальной поддержки. Обследование самого ребенка должно проводиться при соблюдении ряда условий: в оптимальное для него время, вместе с близкими ему людьми, в процессе взаимодействия с матерью (кормление, пеленание, общение, игра). Желательно пользоваться теми или иными стандартными формами обследования. Для полного представления о ребенке необходимо изучить его социальные возможности, эмоциональное развитие, когнитивный уровень, сформированность речи, двигательную умелость, уровень физического развития, темперамент, характер привязанности к родителям. С этой целью используют:

1) анамнестические сведения, полученные от родителей, других лиц участвующих в воспитании ребенка;
2) результаты наблюдений за взаимоотношениями родителей с ребенком во время игр;
3) итоги наблюдений за взаимоотношениями ребенка с врачом, психологом или педагогом в процессе выполнения тестовых или не тестовых заданий;
4) оценка психомоторной зрелости ребенка по какой-либо методике [Bayley Scales of Infant Development, 1969; Denver Development Screening Test, 1971; Revised Development Screening Inventory, 1980; ZwienerK., 1982; Пантюхина Г. В., Печера К. Л., Фрухт Э. Л., 1983; Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1995];
5) результаты наблюдений за реакцией ребенка на разлуку с родителями и их возвращение;
6) история болезни (амбулаторная карта), карта новорожденного, заключения психолога, характеристика педагога.

Диагноз психосоматического расстройства ставят на основании результатов обследования семьи и ребенка. Самое существенное для выявления психосоматического расстройства — наличие жизненных трудностей в семье ребенка в целом, у матери, отца, самого ребенка или других членов семьи, эмоционально тесно связанных с родителями. Могут потребоваться значительное время, дополнительные исследования и большое терпение в работе с родителями, которые не всегда умеют, а иногда и не хотят сотрудничать с врачами. Характер трудностей, способных вызвать обсуждаемые расстройства у детей, описан выше. Следует также учитывать многие другие факторы, участвующие в возникновении (патогенезе) психосоматических расстройств (наследственную предрасположенность, функциональную или анатомическую слабость пострадавших органов или систем, особенность психики и нейродинамических сдвигов ребенка и др.). Для систематики диагностированных психосоматических расстройств у детей раннего возраста можно пользоваться Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также Руководством по диагностике и статистике психических болезней Американской психиатрической ассоциации с разделом по детской психиатрии (DSM-IV).

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Лечение психосоматических расстройств у детей является сложной задачей в связи с комплексным патогенезом. Оно определяется этиологией, характером симптомов, особенностями психики ребенка, эмоциональным состоянием родителей и общей ситуацией в семье. Особенного внимания

заслуживает тот факт, что младенец — часть диады «мать—дитя», а потому лечебное вмешательство может быть прямым или косвенным через мать (других близких людей, воспитывающих ребенка).

**Непосредственное терапевтическое воздействие**

1. Индивидуальное или групповое когнитивное или сенсомоторное стимулирование.
2. Уход за ребенком.
3. Лечение соматических симптомов.
4. Воздействие на эмоциональное состояние ребенка.
5. Госпитализация или посещение дневных стационаров.
6. Помещение в детское учреждение.
7. Круглосуточное пребывание в детском учреждении.
8. Воспитание вне семьи.

**Косвенное (через родителей) терапевтическое воздействие**

1. Индивидуальное или групповое консультирование, обучение родителей, руководство ими.
2. Лечение родителей у психотерапевта или психиатра.
3. Проведение организационных и превентивных мер.

**Терапевтическое воздействие на диаду «мать—дитя»**

1. Терапия семьи.
2. Лечение диады по специальным программам.
3. Ролевое моделирование, моделирование с использованием обратной связи.
4. Организация лечения на дому.

Обследование, диагностику и лечение детей раннего возраста с психосоматическими расстройствами осуществляют совместно педиатр и детский психиатр, пользуясь поддержкой психолога и психотерапевта. При лечении детей с психосоматическими расстройствами желательно иметь в виду несколько положений.

1. Симптомы этих расстройств не подвластны сознанию ребенка, они не являются ни плодом симуляции, ни игрой капризного ребенка. Возникающая боль и нарушения функций реальны.
2. Педиатру, предположившему наличие психосоматического расстройства, до начала лечения следует проконсультировать ребенка у детского психиатра. Обычно это случается, когда при заболевании, воспринимаемом как серьезное, не обнаруживают его причину.
3. До начала терапевтического вмешательства необходимо объяснить родителям роль отрицательных эмоций в происхождении обнаруженных нарушений.

4. Как правило, дети нуждаются в психотерапии, которая должна проводиться одновременно с медикаментозным и другим лечением.
5. Семье и ребенку следует помогать жить нормальной жизнью и защищаться от психотравмирующих ситуаций.
6. Приходится учитывать возможность связи психосоматических расстройств родителей с болезнью ребенка [Forman M., Hetznecker W. H., DunnJ. M., 1983].

Глава 6

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

## ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ

Постоянно увеличивающаяся распространенность сердечно-сосудистых заболеваний зависит от многих вредностей. На первом месте стоят социально-экономические факторы: развитие современной цивилизации, резко перестроившей образ жизни людей за счет возросшего населения городов, внедрения электричества и продуктов бытовой химии, интенсификации трудовых процессов, усложнения учебных программ, информационных перегрузок, транспортных трудностей, изменившегося питания и других психосоциальных стрессов. Имеет также значение и наследственная предрасположенность к болезням органов кровообращения, однако ее невозможно рассматривать как основную причину, так как резкое увеличение заболеваемости и смертности от этих болезней произошло за столь короткий период времени, за который у человека невозможны генетические сдвиги.

Перечисленные вредности действуют на личность и организм ребенка и подростка. Из-за трудных житейских обстоятельств нередко у детей расстраивается деятельность нервной системы, ее вегетативного отдела, ответственного за совместную, согласованную активность органов и систем всего организма. Нарушение вегетативной регуляции может проявиться в форме вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД). Она наблюдается почти у всех детей, начиная с младенчества. В разных возрастных периодах степень ее выраженности и характер проявлений изменяется. Среди обращающихся к врачу детей с неинфекционными заболеваниями 50—75% составляют больные с ВСД [Белоконь Н. А. и др., 1987]. В возрасте 1—2 лет, в препубертатном и пубертатном периодах отмечается увеличение этих больных. Некоторое преобладание девочек среди детей с ВСД наблюдается в препубертатном и пубертатном возрастах. Функциональные, то есть обратимые, а подчас и не очень грубые отклонения в здоровье, проявляются в форме различных телесных заболева-

ний, вводя в заблуждение и врачей и родителей. Необходимость знакомства с проявлением ВСД диктуется тем, что многие психосоматические расстройства (ишемическая и гепертоническая болезни, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нейродермит и др.) берут свое начало в детстве и их первичными проявлениями оказываются вегетативные нарушения.

Причинами возникновения ВСД могут быть в первую очередь наследственные особенности нервной системы, проявляющиеся определенным типом реагирования при попадании в трудные ситуации; неблагоприятное течение беременности и родов, препятствующее формированию клеточных структур ЦНС, однако последствия этих причин обнаруживаются далеко не сразу. Большие компенсаторные возможности нервной системы нормализуют ее деятельность, поэтому следы от ее ранних повреждений проявляются лишь при воздействии дополнительных, приобретенных позже, вредностей.

К последним следует отнести травматические повреждения ЦНС, инфекции, отравления. Личностные особенности ребенка (чувствительность, пугливость, внушаемость, замкнутость) иногда в большей мере, чем своеобразие травмирующей ситуации, определяют тип болезненной реакции. Имеют значение также предшествующий опыт и эмоциональное состояние ребенка, на фоне которого развертываются психотравмирующие события. Острые и хронические, общие инфекционные и неинфекционные заболевания могут быть и причиной, и провоцирующими факторами. Уже возникшие психосоматические расстройства, такие как язвенная болезнь, нейродермит и другие, по мере формирования реакции личности ребенка на болезнь поддерживают проявления ВСД и даже утяжеляют ее течение. Нарушения гормонального равновесия в связи с эндокринными заболеваниями или дисбаланс в период полового созревания могут облегчить возникновение и поддержать симптомы уже сформировавшейся ВСД. Таким образом, ВСД может быть первичной или вторичной, появляющейся в ходе развития соматического заболевания.

### Проявления вегетососудистой дистонии

Наиболее легко обнаруживаемые признаки ВСД — изменения кожных покровов. Кожа меняет цвет, сосудистый рисунок, расстраивается деятельность потовых и сальных желез. Могут появляться высыпания типа крапивницы, отеки, зуд, экзема, нейродермит. Расстройство обмена веществ и эндокринные нарушения при ВСД проявляются либо в уменьшении массы тела, либо в ее увеличении, в неравномерном распределении подкожной жировой клетчатки (в области бедер, ягодиц, грудных желез), наличии угрей, чрезмерной пигментации кожи. Может также ускориться половое созревание, что более характерно для девочек, или замедлиться, что чаще наблюдается у мальчиков. У девочек возможны нарушения менструального цикла.

Характерные симптомы постоянных или приступообразных вегетативных нарушений — расстройства терморегуляции, проявляющиеся в неустойчивости температуры тела в течение дня и необъяснимых ее подъемах.

Нарушения регуляции функций органов дыхания выражаются в появлениии «одышки» при отсутствии расстройства деятельности сердца и легких, глубоких «вздохов», неустойчивого ритма дыхания, характеризующегося чередованием частых дыхательных движений с замедленными или нормальными приступов спазматического «нервного» кашля или приступов «стонущего дыхания».

При ВСД часто встречаются функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: ухудшение или реже усиление аппетита, повышение или снижение слюноотделения, тошнота или рвота, запоры или поносы, нарушения деятельности желчевыводящих путей, приступы болей в животе, ощущение кома в горле или боли за грудиной. С возрастом у детей характер жалоб меняется. На первом году жизни отмечаются срыгивания, колики; от 1 года до 3 лет — запор и понос; в 3—8 лет — периодически повторяющаяся рвота. В 6-12 лет — боли в животе, гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей.

Нейроциркуляторная дистония (НЦЦ) — вариант ВСД, проявляющийся преимущественно расстройствами сердечно-сосудистой системы. В одних случаях преобладает повышение, в других — понижение артериального давления, в третьих — нарушается регуляция деятельности сердца. Могут быть также формы, при которых наблюдается сочетание и сосудистых и сердечных расстройств.

## НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Частота гипертонических состояний у детей колеблется в широких пределах, в пре- и пубертатном возрасте — 10-15% [Юрьев В. В., 1999]. Почти у 40% детей эта форма дистонии возникает вследствие эмоционального напряжения, которое сопровождает длительную умственную нагрузку в школе или нарушенные взаимоотношения с окружающими. В семьях этих детей часто бывают разводы родителей, пьянство одного из них, смерть члена семьи. Многие родители любыми путями стремятся заставить ребенка добиться успехов в учебе, на музыкальных занятиях, в хореографии или на спортивной площадке. Нередко требования превышают возможности ребенка. Не справляясь, он переживает свою несостоятельность, боится огорчить родителей или опасается их гнева. Возникает конфликтная ситуация, являясь серьезным стрессом для ребенка. Обстоятельства могут усугубиться из-за того, что в школе такой ученик, стремясь любыми путями оказаться на первом месте, вступает в конфронтацию со сверстниками, а иногда и с учителями. В то же время дома постоянные высокие требования далеко не всегда сочетаются с пониманием нужд ребенка, его душевного состояния и возможностей преодолеть заданные нагрузки.

Изучение наследственности выявило отягощенность седечно-сосудистыми заболеваниями в более чем в 50—75% случаев у родственников матери и в 50—65% у родственников отца. Существенное значение имеет фактор неблагополучного течения беременности, отмеченный у 62—95% женщин, дети которых в дальнейшем заболели ВСД по гипертоническому типу.

В возникновении НЦД принимают участие также инфекционно-токсические факторы, среди которых на первом месте хронический тонзиллит, черепно-мозговая травма, переохлаждения, перегревания и др.

### Клинические проявления нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу

Основные жалобы — постоянная головная боль или периодические ее приступы, нередко сопровождающиеся тошнотой или рвотой и наступающие чаще вечером при переутомлении. Боль обычно охватывает всю голову или лоб. Реже бывают обмороки, головокружения. Некоторые жалуются на неприятные ощущения и боли в области сердца, сердцебиение и одышку при физической нагрузке. Эти дети отличаются повышенной раздражительностью, неуравновешенностью, легкой утомляемостью, жалуются на плохое самочувствие и нарушенный сон. Для них характерно расхождение между частотой жалоб и умеренностью объективных признаков болезни. Примерно у 25-37% детей жалобы могут отсутствовать вовсе. При измерении артериального давления (АД) у них выявляют повышенные цифры систолического АД при нормальных цифрах диастолического. Величины АД изменяются в течение суток, особенно в связи с эмоциональными проявлениями. Реже наблюдается стойкое повышение АД. При обследовании обнаруживают увеличение частоты сердечных сокращений, несоответствующую реакцию на физическую нагрузку, вегетативную лабильность, потливость, красные пятна на коже, похолодание конечностей. В 50% случаев отмечается избыточная масса тела, преобладает макросоматический тип конституции. Более чем у половины детей в анамнезе встречаются хронические и острые психотравматические обстоятельства (домашние конфликты, разводы родителей, гибель от несчастных случаев или смерть родителей от болезней). Дети, как правило, осознавали и переживали психотравмирующую ситуацию. У них развивалось нервно-психическое напряжение, аффективное неприятие ситуации и нередко агрессия (чаще вербальная). Почти половина детей (46,2%) воспитывалась в духе повышенной моральной ответственности. Соматическая патология нередко сочетается с невротическими реакциями или со стойкой невротической симптоматикой, которые в 3 раза чаще наблюдаются у детей препубертатного возраста по сравнению с детьми 7—9 лет. С возрастом у этих детей развиваются личностные изменения, они становятся нетерпеливыми, напряженными, реактивными, легко возбудимыми, раздражительными, несобранными, у 79,5% из них повышены показатели реактивной тревожности. Почти все они социально адаптированы, устремлены к лидерству, но не всегда добросовестны и исполнительны [Белоконь Н. А., 1989]. Выявлен очень высо-

кий уровень корреляции между личностными особенностями ребенка и величинами АД. Было обнаружено два типа психотравмирующих ситуаций, протекающих остро и хронически, которые играют важную роль в формировании клинической картины ВСД. Они могут быть ведущими пусковыми факторами развития предгипертонических состояний, гипертензионного синдрома и психовегетативных расстройств в сочетании с изменениями личности [Исаев Д. Н., Ефремов К. Д., 1983; Ефремов К. Д., Пукшанская С. М, 1985]. Отношение к болезни у больных 7-9 лет более чем в трети случаев адекватное (заболевание оценивают реально, верят в положительный результат лечения), или неопределеннное (38,9%), когда дети не могут сформулировать свое отношение к болезни. Среди младших подростков число больных, неуверенных в успехе лечения, больше (41%), чем у детей 7-9 летнего возраста (30%). При этом $^{1}/_{3}$ подростков относится к болезни пренебрежительно, игнорирует ее, не беспокоится по поводу состояния своего здоровья, не хочет лечиться. Приведенные данные указывают на большую значимость социальных и психологических факторов в происхождении вегето-сосудистой дистонии [БатановаН.А., 1994].

Приводим пример нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу.

ПРИМЕР

Лена Ш., 10 лет 6 мес, ученица четвертого класса. В больницу поступила в связи с жалобами на головные боли, слабость, утомляемость, слезливость, раздражительность, покалывание в области сердца и затруднение вдоха при этом. Бабушка больна гипертонией. У матери — повышенное АД, она вспыльчива и раздражительна. Девочка развивалась благополучно, болела только острыми респираторными заболеваниями и ангинами. В школе учится хорошо, занимается в музыкальной школе, в бассейне. Со второго класса участвует в концертах, занимается музыкой, устает, уроки готовит до позднего вечера. В классе имеет много общественных нагрузок. В квартире, где живет девочка, конфликтные отношения с соседями. Переживает из-за матери: «неприятно», «раздражает», «все слышно», от этого не заснуть. Перед поступлениим в больницу впервые появились боли в сердце, головокружение, потливость, чувство жара. Постоянная головная боль усиливалась при наклоне тела. Исчезло чувство отдохновения по утрам после сна. Не получала удовольствия от пищи. Очень сильно уставала, «сами появлялись слезы», нередко возникали «истерики», во время которых громко рыдала. Возник страх, что не справится с школьной программой, музыкальными занятиями, спортивными тренировками. Несколько месяцев тому назад после перенесенного острого респираторного заболевания развилась стойкая слабость, усилилась головная боль, стала чувствовать свой пульс, повысившееся АД колебалось на высоких цифрах.

Особенность этого случая заключается в том, что возникновение НЦД по гипертоническому типу сочеталось у ребенка с выраженной неврастенией (слабостью, утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью, исчезновением аппетита, боязнью не справиться со своими обязанностями) и деперсонализацией (переживаниями неудовлетворенности сном, принимаемой пищей). Возникновение этих расстройств, в первую очередь, можно объяснить Длительно продолжающимся нервным напряжением, связанным с необходи-

мостью в течение нескольких лет хорошо выполнять учебную и общественную нагрузки в школе, успешно выступать на концертах и заниматься спортом. Это усугублялось волнениями из-за ссор родителей с соседями. Высокое чувство ответственности, впечатлительность и переживание за родителей делали испытываемый хронический стресс особенно болезненным. Возникновению НЦЦ благоприятствовала наследственная отягощенность гипертонической болезнью.

## НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Этот тип дистонии встречается реже предыдущего и составляет около 4% [Юрьев В. В., 1999]. У родственников детей, страдающих этим заболеванием, часто обнаруживаются болезни органов кровообращения. Так, по материнской линии их число составляет свыше 75%, а по отцовской — более 50%. Процесс родов при рождении этих больных осложняется чаще (60—70%), чем у больных предыдущей группы. Большее число больных дистонией по гипотоническому типу страдает невропатией (около 60%), что можно связать с последствиями перенесенных в родах гипоксии, нарушения кислородного гомеостаза матери и плода в условиях снижения АД. Это приводит к симпатоадреналовой недостаточности в родах, повреждению ЦНС и нарушению функций надпочечников, щитовидной железы, гипофиза. Роль психосоциальных факторов в происхождении этого типа дистонии может быть продемонстрирована высоким удельным весом больных из неполных семей, несоответствующим их потребностям, воспитанием в форме доминирующей гиперопеки и их высокой тревожностью, проявляющейся в страхах смерти, темноты, одиночества. Они чувствительны, не уверены в себе, застенчивы или напряжены, раздражительны, не довольны своим окружением.

### Клиническая картина нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу

Наиболее часты жалобы на интенсивные продолжительные головные боли в лобной, теменной или височной областях, чаще носящие давящий характер и возникающие, как правило, во второй половине дня. Кроме того, отмечаются утренняя слабость, быстрая утомляемость после физической и умственной нагрузок, головокружение после занятий в школе, при резкой перемене положения тела, склонность к обморочным состояниям. У половины детей имеются жалобы на острые, колющие боли в области сердца. АД у них снижено, причем у одних — самые низкие цифры по утрам, у других наблюдается заметный подъем к вечеру или колебания АД незначительны. Кожные покровы у боль-

ных бледны и холодны. В анамнезе этих детей часто отмечаются явления невропатии (61,4-62,2%), что в 4 раза чаще, чем у детей с гипертензионными симптомами. Нередко также наблюдаются хроническая очаговая инфекция (28,9%), аллергические реакции (34,2%), заболевания желудочно-кишечного тракта (17,1%)- Среди этих больных преобладали дети с мезосоматическим (59,2%) и микросоматическим (19,7%) типами конституции. У 57-60% детей с артериальной гипотензией отмечаются преимущественно хронические психотравмирующие ситуации (семейные конфликты, алкоголизм одного из родителей), у значительной части пациентов конфликтная домашняя ситуация становится патогенной без осознавания происходящего. Отмечены частые отклонения в процессе воспитания этих детей, заключающиеся в гиперопеке (48,7%), что сказывается на их способностях к социальной адаптации. Под влиянием психологических факторов у больных с артериальной гипотензией значительно расширяется круг жалоб. Эти дети часто бывают легко возбудимыми, неуверенными в себе, сенситивными, ранимыми, ипохондричными, зависимыми, чувствительными к угрозе, боязливыми. У них недостаточная социальная приспособляемость, показатели личностной тревожности повышены у 92% детей. У половины детей (48,9-51,3%) преобладает ипохондрическое отношение к болезни, они считают себя тяжело больными, тревожатся за свое состояние, не верят в успех лечения [Батанова Н. А., 1994].

Проиллюстрируем описанный тип дистонии.

**ПРИМЕР**

Андрей М., 12 лет, ученик пятого класса. Наследственность родственников матери и отца отягощена заболеваниями органов кровообращения. Мать страдает НЦД по гипотоническому типу. Мальчик — от третьей беременности, сопровождавшейся токсикозом, сосудистыми кризами и острым пиелитом. Развивался без особенностей. До года воспитывался родным отцом-алкоголиком. В дальнейшем (до 11 лет) в семье появился отчим, который ссорился с матерью, избивал ее и мальчика, в особенности после рождения сводного брата. После развода мать снова вышла замуж. Мальчик очень ревнует мать к младшему брату. Переживает свое положение в семье. До года перенес неясное инфекционное заболевание в тяжелой форме. В 2-летнем возрасте было отравление димедролом, осложнившееся судорогами. Перенес неоднократно острые респираторные заболевания, пневмонию, дизентерию. С 5 лет появились боли в области сердца, усталость, потливость. Наблюдался врачами по поводу функционального расстройства сердечно-сосудистой системы. С б лет — ночное недержание мочи. В 10-летнем возрасте перенес перелом позвоночника. По характеру не уверен в себе, ласков, доброжелателен, мнителен, внушаем, забывчив, рассеян, пассивен, медлителен, легко утомляем. Общителен, очень тревожен. Всегда были беспричинные страхи, легко портилось настроение. В настоящее время имеются нарушения поведения, убегает из школы, уносит из дома вещи.

Уже в дошкольном возрасте у мальчика появились жалобы на слабость, быструю утомляемость, раздражительность, боли в области сердца. Обнаруженные при обследовании глухие тоны сердца и снижение АД позволили выявить НЦД по гипотоническому типу. В этом же возрасте отмечен энурез. Несколько позже начал уходить из школы, бродяжничать, уносить из дома Деньги, портить вещи. Среди возможных причин дистонии, энуреза и откло-

нений в поведении на первое место следует поставить нарушенные взаимоотношения в семье. Возникновению ВСД способствовало и то, что у многих близких родственников были заболевания органов кровообращения. Кроме того, имели значение вредности внутриутробного периода (токсикоз, пиелит у матери) и раннего возраста (инфекционное заболевание, отравление), вызвавшие нарушения нервной деятельности. О стойкости и выраженности этих нарушений можно судить по данным электроэнцефалографии.

Материалы электроэнцефалографического исследования детей с ВСД как по гипотоническому, так и по гипертоническому типу выявляют наличие у них нейродинамических сдвигов. Например, из 60 обследованных только у 8 детей не удалось обнаружить никаких особенностей биоэлектрической активности мозга, у 12 были отмечены функциональные нарушения, а у 40 детей были более грубые изменения: высокоамплитудные асинхронные кривые со слабой ритмичностью (3), диффузные (10) и очаговые (3) органические нарушения биоэлектрической активности, преимущественно ирритативные изменения (7), у большинства (29) наблюдались нарушения биоэлектрической активности глубоких структур мозга на диэнцефально-мезенцефальном уровне [Иванова Г. А., 1990].

## НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ ПО КАРДИАЛЬНОМУ ТИПУ

Вегетативный отдел нервной системы участвует в регуляции сердечной деятельности. Расстройство этой регуляции может привести к возникновению нарушений ритма сердца, его ускорению или замедлению, приступов тахикардии, экстрасистолии. Могут появиться боли и неприятные ощущения в груди слева. Учащение (тахикардия) и замедление (брадикардия) регулярных сокращений сердца на 20—30 в 1 минуту и более по сравнению с нормой соответствующего возраста считают отклонениями. Тахикардия, возникающая в связи с бурными эмоциональными проявлениями (страхом, радостью), на высоте физической нагрузки, после приема пищи или в жаркую погоду не может рассматриваться как болезненное явление. Из нарушений ритма наиболее часто наблюдаются увеличение частоты сердечных сокращений при вдохе и урежение при выдохе — дыхательная аритмия. Она усиливается время от времени, особенно под влиянием волнений ребенка.

В возрасте, предшествующем половому созреванию, и у подростков дыхательная аритмия отмечается постоянно. Иногда у детей возникает экстрасистолия. Экстрасистолы могут появляться через разные интервалы времени или следовать регулярно, через одно, два и более нормальных сокращений сердца. Возникновение экстрасистол может не сопровождаться никакими жалобами, однако чаще отмечаются неприятные ощущения в груди в виде замира-

ния, остановки или толчка. Эти ощущения могут вызывать чувство страха. Наиболее часто этот вид нарушения ритма сердца встречается в предподростковом и подростковом возрастах. Частота экстрасистол меняется при перемене положения тела, физическом напряжении. Специально психологической характеристике детей с нарушениями ритма посвящена работа К. Д. Ефремова и В. И. Резник (1985). Они выделяют три варианта расстройств:

1) латентный;
2) клинически развернутые вегетодистонические расстройства;
3) психовегетативные синдромы с включением личностных реакций.

Для первого характерны субклинические нервно-психические расстройства: повышенный уровень тревоги и нейротизма, душевного дискомфорта, нарушения направленности личностного реагирования. При втором нервно-психические расстройства минимальны и чаще проявляются астено-ирритативными, астено-апатическими и субдепрессивными состояниями. Третьему варианту свойственно сочетание выраженных психовегетативных расстройств с личностными реакциями на фоне преморбидных отклонений характера. У этой группы больных очень высокий уровень невротизации. Большое значение для появления невротических расстройств имеют социальные факторы: гиперопека, дополнительные психические нагрузки (общественная работа, учеба в специальной школе), неблагоприятный психологический климат в семье и другие психотравмирующие обстоятельства. Приступы выраженной тахикардии (более 160—180 в 1 минуту), вызывают у детей неприятные ощущения в области сердца, чувство стеснения в груди, боли в верхней части живота. Могут также возникнуть головокружение, обморок, рвота. Появление этих приступов нередко провоцируется глубоко переживаемыми трудными жизненными ситуациями. Нередко у детей боли в сердце носят психогенный характер, то есть их появление определяется серьезным эмоциональным напряжением. Характер болей очень различен. Они могут быть ноющими, колющими, сжимающими, а по продолжительности — кратковременными или длительными. Они не связаны с физическими нагрузками.

Примером нарушения ритма сердечной деятельности может быть следующий случай.

ПРИМЕР

Уля С, 11 лет, ученица 4 класса. Поступила в больницу из-за приступов тахикардии до 200 ударов в 1 минуту, которые появлялись на фоне волнений, возникавших даже по самому незначительному поводу. Кроме того, жаловалась на головные боли и сильную утомляемость после занятий в школе. В раннем возрасте девочка развивалась без особенностей. До 5 лет переносила частые острые респираторные заболевания. В семье были постоянные застолья с большим количеством алкоголя. С девочкой родители не считались, ее желания не учитывали. Так, перевели в другой класс вопреки ее желанию. Она страдала от одиночества, с матерью доверительных отношений не было, с отцом постоянно конфликтовала. После острого респираторного заболевания во время большого эмоционального напряжения из-за отношений с родителями была впервые выявлена тахикардия. С того времени приступы стали повторяться, а затем участились. К моменту

госпитализации приступы тахикардии возникали даже при незначительных обидах, неприятностях и сопровождались легким головокружением и неприятными ощущениями в области сердца. Девочка по характеру впечатлительная, чувствительная, тревожная и обидчивая. Нарисованный ею рисунок семьи обнаруживает эмоциональную напряженность, отдаленность от родителей, их безразличное, а может быть, и неприязненное отношение к дочери. Изображение дерева выявляет черты непосредственности, творчества, внутреннее напряжение. Рисунок дома демонстрирует тревожность, личностную слабость, робость, трудности в попытке раскрыться перед близкими, чувствительность, потребность в эмоциональной теплоте со стороны окружающих лиц, незащищенность. По изображению человека можно судить о тревожности, незащищенности, напряженности, робости. Рисунок несуществующего животного отражает доброту, доброжелательность, одиночество больной. Она боится транспорта, темноты, стремится к общению с двоюродным братом, бывшим одноклассником, с друзьями. Девочка считает себя здоровой, потому что у нее только аритмия; счастливой, потому что у нее есть мама и папа.

Приступы тахикардии у девочки возникли на фоне астении в связи с острым респираторным заболеванием и под влиянием переживаний, вызванных неправильным воспитанием и отчужденностью от родителей. Созданию хронической стрессовой ситуации, приведшей к НЦД с нарушениями ритма сердца, способствовал тревожный характер девочки, ее впечатлительность и пугливость.

Приводим пример нейроциркуляторной дистонии с кардиалгией.

**ПРИМЕР**

Сережа З., 11 лет, ученик 4-го класса специальной школы-интерната. Жалобы на боли в груди слева. Родители матери страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями и от них умерли. Мать эмоционально возбудима, злоупотребляет алкоголем. Отец был алкоголиком, перенес инфаркт миокарда в молодом возрасте. Мальчик родился от беременности, осложненной токсикозом и пневмонией. Отставал в психомоторном развитии. В интернате с трудом осваивал учебную программу. Отношения со сверстниками не ладились, над больным смеялись, издевались. Попытки противостоять обидчикам безуспешны. По характеру мальчик мягкий, уступчивый, обидчивый. В процессе занятий легко утомлялся, чувствовал разбитость. По утрам жаловался на головные боли, головокружения. Сон был нарушен, отмечались кошмарные сновидения. Боится «мертвецов, духов». Свой дом не любит, предпочитает жить у бабушки. Совместно с другими детьми играть не умеет. Нюхал бензин, клей, летучие вещества. Появление болей в сердце связано с переживанием наказания в интернате, когда не был отпущен домой. Первый приступ болей продолжался несколько часов. Через несколько дней такой же приступ повторился. Затем они наблюдались неоднократно. При обследовании обнаружен функциональный шум в сердце. Других изменений в нем не отмечено.

Боли в области сердца, возникшие у мальчика на фоне астении (слабости, утомляемости, плаксивости, головных болей) и тревожных переживаний (дневных страхов и кошмарных сновидений), можно рассматривать как проявления НЦД. Возникновение последней связано с переживаниями ребенком наказания, полученного на фоне трудных взаимоотношений с детьми и неудачами в учебе. Серьезность этих переживаний для мальчика определялась его обидчивостью, пугливостью, неспособностью постоять за себя, слабым умственным развитием. Форма реагирования на стресс в значительной

мере была подготовлена наследственной отягощенностью (болезни органов кровообращения). Неправильное семейное воспитание не только лишило дом привлекательности, но и способствовало возникновению стремления к вдыханию летучих веществ, способных хотя бы отключить от переживаний трудно переносимых реальных событий. Возникновению нейроциркуляторной дистонии, невротических, речевых, интеллектуальных и поведенческих нарушений способствовало поражение ЦНС, вызванное осложнениями беременности и родов.

Особого внимания заслуживают дети, страдающие ВСД с неврозоподобными нарушениями. В клинической картине наряду с описаной выше патологией отмечаются нарушения сна (бруксизм, сноговорение, кошмарные сновидения, ночные пробуждения), чувство тревоги, страхи (темноты, одиночества), эмоциональная лабильность, тики, навязчивые движения. Нарушения внимания, повышенная психическая истощаемость выражены в большей степени, чем у больных без неврозоподобных расстройств. В связи с этим их успеваемость значительно хуже. Эти болезненные явления, как правило, носят сезонный характер, усиливаются при утомлении, напряжении, в стрессовых ситуациях. При психологически благоприятных условиях (во время каникул) выраженность описанной симптоматики уменьшается или она исчезает совсем. Обычно неврозоподобные нарушения нарастают постепенно и хронологически могут быть не связаны с психотравмирующими обстоятельствами. Возникновение неврозоподобных нарушений обычно объясняют устойчивыми неблагоприятными социальными или биологическими воздействиями (повышенной физической или психической нагрузкой, соматическими заболеваниями). Появление этих нарушений усугубляет основную симптоматику, связанную с ВСД. У этих детей еще более высокий уровень тревожности, чем у детей без неврозоподобной симпотматики. У них низкие показатели самочувствия, активности и настроения. Электроэнцефалографические исследования выявляют признаки дисфункции диэнцефальных структур, усугубляющиеся при гипервентиляции. По мнению М. В. Писевич (1998), у этих больных количество и степень выраженности высокоамплитудных веретенообразных комплексов альфа-тета-диапазона («ритма напряжения»), генерируемых лимбическими височными структурами (миндалина, гиппокамп), коррелируют с клиническими неврозоподобными проявлениями, психологическим дискомфортом и уровнем невротизации. Автор также полагает, что в развитии синдрома вегетативной дисфункции ведущую роль играет несостоятельность лимбико-ретикулярного комплекса, вследствие нарушения гемодинамики на уровне вертебро-базилярного бассейна, возникшего в результате воздействия пери- и постнатальных экзо- и эндогенных вредностей.

Как видно, даже функциональные заболевания, наблюдавшиеся в детском возрасте, способны не только нарушить соматическое и психическое здоровье детей, но и стать первыми проявлениями тяжелых болезней взрослых. Родители и со временем сами дети должны сделать вывод о серьезности любых сердечно-сосудистых расстройств в детстве и стремиться к раннему и эффективному их лечению.

# ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Достичь эффективности в лечении больных можно лишь при своевременной, адекватной, комплексной, длительной терапии, учитывающей формы и этапы заболевания. Лечебное вмешательство предполагает не только общее воздействие на организм и личность, но и на преобладающие болезненные проявления: гипертензию, гипотензию, аритмии, кардиалгии и т. д. При относительно не тяжелых проявлениях заболевания, имея в виду особенную чувствительность детей, можно рекомендовать немедикаментозные средства в комплексе с психотерапией и организационными мерами.

**Немедикаментозные методы лечения** предусматривают:

1. Включение в режим дня чередования умственной и физической нагрузок, прогулок (2-3 час), достаточного по продолжительности ночного сна (8—10 час), короткого дневного отдыха (15-20 мин.) и ограничение просмотра телепередач (1—1,5 час).
2. Занятия физкультурой, лечебной гимнастикой.
3. Соблюдение диеты. Ограничение соли, жирного мяса, мучных изделий, сладостей, увеличение солей калия и магния, потребление полиненасыщенных жирных кислот.
4. Лечебный массаж областей позвоночника, шейно-воротниковой зоны, сегментарный массаж, при гипотензии — нижних конечностей и живота.
5. Рефлексотерапия.
6. Физиотерапия. Процедуры назначаются в зависимости от типа ВСД (преобладания симпатикотонии, ваготонии или смешанного типа). Это могут быть гальванизация, диатермия синокаротидной зоны, электрофорез по Вермелю, по Щербаку, общее ультрафиолетовое облучение. Показаны также электросон, общие хвойные, радоновые, скипидарные, углекислые и сульфамидные ванны, душ Шарко, веерный и циркулярный душ [Шварков С. Б., 1991].

Психотерапию, как правило, проводят в сочетании с медикаментозным и другим лечением. Рекомендуется в начале лечения создание лечебно-охранительного режима и использование таких приемов, как предохранение, успокоение, отвлечение и переключение. У психически хорошо развитых детей возможно применение рациональной психотерапии. Можно применять условно- рефлекторную и игровую психотерапию. Накоплен большой опыт по использованию суггестивных методов. Большую эффективность от лечения следует ожидать при сочетании последнего с проведением семейной терапии.

**Медикаментозная терапия** проводится в сочетании с другими видами лечения и, в первую очередь, с психотерапией. Лекарственная терапия складывается из седативных средств (препараты валерианы, боярышника, пустырника, шалфея, багульника, зверобоя), транквилизаторов, нейролептиков,

антидепрессантов, психостимуляторов (настойка лимонника, женьшеня, заманихи, аралии, экстракт элеутерококка, экстракт родиолы, сиднокарб, малые дозы френолона, седуксена), адаптогенов, церебропротекторов (ноотропил, пиридитол, пантогам), препаратов, улучшающих микроциркуляцию (трентал, кавинтон, стугерон), витаминов $B_1$, $B_6$, Е и препаратов калия, фосфора, других лекарственных средств.

Еще более важно всем воспитывающим детей понять возлагаемую на них жизнью ответственность за сохранение душевного и телесного здоровья подрастающего поколения и предупреждения столь распространенных болезней цивилизации. С этой целью все работающие с детьми и подростками должны разрабатывать и осуществлять широкий комплекс мер по укреплению защитных сил развивающегося организма и формирующейся личности. Это — раннее выявление нервно-психических отклонений, курирование педиатром детей совместно с детским неврологом и психиатром, проведение широкого комплекса психогигиенических мероприятий, продуманная подготовка к посещению детских учреждений (детского сада, школы), обучение детей основным анатомо-физиологическим и психологическим знаниям о самом себе.

Глава 7

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Уже давно было отмечено, что имеется взаимозависимость между аллергическими реакциями и заболеваниями с одной стороны и особенностями личности, а также нервно-психическими расстройствами с другой. Было описано возникновение частых аллергических реакций и сочетание аллергических заболеваний с гипоталамическим синдромом. У здоровых подростков обнаружена «положительная корреляция психологических отклонений и феномена гиперреактивности бронхов», расцененная как психологический «преморбидный фон в формировании бронхиальной астмы» [Умарова З. С. и др., 1992]. При изучении психосоциальной этиологии аллергических реакций оказалось, что роль предшествующей действию аллергена сенсибилизации выполняют психотравмирующие жизненные события. Предполагается также, что другим примером связи между аллергической реакцией и психическим состоянием может быть сенная лихорадка. Это заболевание связано не только с вызываемой пыльцой гиперфункцией слизистой носоглотки, но и с интенсивной и длительной гиперемией и секрецией слизистой, которые вызываются другими «факторами агрессии». К ним относятся, например, ситуации конфликта и страха [Luban-Plozza B. et al. 1994].

Известно мнение Гиппократа, писавшего о возможности развития удушья у больного бронхиальной астмой под влиянием страха и эмоционального напряжения. Практически все изучавшие бронхиальную астму обращали внимание на роль психотравмирующих обстоятельств в ее формировании и обострении. Изменения личности были обнаружены у 82% детей с тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой, а у 10% были диагностированы нервно-психические расстройства [Зисельсон А. Д., Лапис Г. А., Поппе Г. К. и др. 1990].

Описаны сезонные нервно-психические расстройства в форме «астено-вегетативного синдрома» у больных с аллергией к пыльце [Братковский А. К., 1973; Зисельсон А. Д., 1989]. Известен также синдром нервно-психических нарушений (изменения поведения, гиперактивность, быстрая утомляемость, раздражительность, плохая концентрация внимания, диссомния), названный синдромом «утомления и напряжения», который возникает у детей с пище-

вой аллергией [Rowe A. H., 1970]. Нервно-психические нарушения нередко наблюдаются при аллергодерматозах [Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977; Калашников Б. С, 1985].

При медикаментозной аллергии описаны головные боли, эпилептические припадки, нарушения поведения [Купчинскас Ю. К. и др., 1972; Северова Е. Я., 1973].

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма характеризуется неоднократно повторяющимися приступами затруднения дыхания вследствие сужения бронхов даже самого мелкого калибра из-за спазма мышц воздухоносных путей, чрезмерного выделения слизи и отека слизистой оболочки. Происхождение этого заболевания связывают с необычно высокой чувствительностью бронхов к возбудителям инфекционных заболеваний дыхательных путей, загрязнителям воздуха, химическим веществам, которые как посредством извращенных иммунных механизмов, так и прямым действием вызывают нарушение вентиляции легких.

Распространенность бронхиальной астмы, самого частого в Российской Федерации хронического неспецифического заболевания легких составляет 9,7 на 1000 детей [Вельтищев Ю. Е., 1996]. Если учесть и случаи астматического бронхита (варианта бронхиальной астмы, при котором имеется приступообразный, преимущественно ночной, кашель), то частота этого заболевания будет больше. Наиболее часто бронхиальная астма встречается в регионах с повышенной влажностью воздуха и в крупных городах с неблагоприятной экологической обстановкой, где этим заболеванием страдают уже 24 на 1000 детей. В подавляющем большинстве случаев (до 90%) заболевание начинается в возрасте до 5 лет. У 25—30% детей бронхиальная астма имеет тяжелое течение [Балаболкин И. И., 1985], приступы удушья возникают у них еженедельно или чаще, признаки нарушения проходимости бронхов сохраняются почти постоянно. Именно в этой группе больных наиболее явными становятся нервно-психические нарушения, обусловленные социальной дезадаптацией, хронической Гипоксией, побочным действием медикаментов и другими факторами, связанными с основным заболеванием [Жбанкова Н. Ю., 1989; Иванова Н. А., 1989; Кутин В. А, 1988; Поппе Г. К., 1986; Kashani J. H. et al., 1988; Miller B. D., 1987].

## Этиология и патогенез

К аллергическим заболеваниям предрасполагают наследственность, гиперреактивность бронхов и атопия. Причину бронхиальной астмы видят в аллергии — повышенной чувствительности бронхов к бактериям, вирусам,

бытовым аллергенам, аллергенам животных, грибковым, пыльцевым, пищевым, лекарственным, химическим аллергенам. Заболеванию нередко предшествуют неоднократно повторяющиеся инфекции органов дыхания, которые делают их очень ранимыми и облегчают проникновение аллергенов в ткань бронхов. Аллергенами при этом могут быть домашняя пыль ($^3/_4$ больных), пыльца растений ($^1/_3$ больных), шерсть и перхоть животных (примерно $^1/_3$ больных), пищевые продукты ($^1/_4$ больных), лекарственные препараты (менее $^1/_{10}$ больных), грибки — низшие споровые микроорганизмы (у $^1/_3$ больных), бактерии или вирусы. Чаще обнаруживаются аллергические реакции с несколькими аллергенами. Приступы могут вызываться физической нагрузкой, охлаждением, перегреванием, солнечным загаром, волнением, испугом, возбуждением, метеорологическими условиями (резкими изменениями температур, атмосферного давления, сильным ветром), загрязнением воздуха (табачным дымом, сернистыми и азотными соединениями, свинцом и т. д.), непереносимыми продуктами питания, лекарствами, вакцинами.

В основе возникновения и развития бронхиальной астмы лежит несколько механизмов.

1. Нарушение формирования иммунного ответа, который может быть обусловлен повышением уровня антител, недостатком иммуноглобулина — белка, участвующего в создании защитного ответа организма.
2. Нарушение барьерных свойств стенки бронхов, делающее их недостаточно защищенными от проникновения антигенов.
3. Изменение чувствительности нервных окончаний в бронхах к циркулирующим в крови веществам, что может привести к перекрытию просвета дыхательных путей при их воздействии на бронхи.

Наряду с этим имеется функциональная неустойчивость мозговых центров, управляющих дыханием. Последняя может быть связана с повреждениями ЦНС во время родов, травмами в дальнейшей жизни, нервно-психическими расстройствами и другими причинами. Существует и психодинамический взгляд на происхождение бронхиальной астмы. Полагают, что у большей части больных с расстройствами созревания в прегенитальной фазе развития существенную роль играет конфликт близости-дистанцирования. Доминирующая мать в раннем детстве больного устанавливает такие эмоциональные связи, которые проявляются в последующей амбивалентности (от привлекательности до отстранения). В дальнейшем пациенты стараются путем эмоциональных связей с окружающими людьми, которые остаются доминирующими в их межличностных отношениях, достичь такого уровня взаимосвязей, который уменьшал бы чрезмерную близость или чрезмерное дистанцирование. Выражением этого пролонгированного и противоречивого конфликта во взаимоотношениях с окружающими и соответствующего защитного поведения является склонность к реакциям страха, повышенная чувствительность, недоверчивость, педантичное упрямство, с одной стороны, и уступчивость с другой. Когда лабильное равновесие между близостью и дистанцией не поддерживается, наступает астматический приступ. Приступообразные состоя-

ния символизируют основной конфликт пациента между двумя эмоциональными опасностями: «сплавление с объектом» и «лишение объекта». Соответственно это является проявлением внутреннего протеста против угрожающего отделения от объекта и призывом к нему, а с другой стороны — возвратом к этому объекту с угрозой интенсивного приближения в направлении к соматическому уровню [Freyberger H., 1999].

## Клинические проявления

Развитию типичной клинической картины предшествует период предастмы. Обычно это аллергические реакции верхних дыхательных путей. Наиболее частым фактором, провоцирующим первый типичный приступ, оказываются острые респираторные инфекции, однако в 10-15% случаев ими являются психотравмирующие ситуации [Зисельсон А. Д., 1996]. Приступы бронхиальной астмы могут возникать остро или развиваться постепенно. Острые приступы обычно провоцируются вдыханием холодного воздуха, табачного дыма, свежей краски или контактом с аллергенами. Им предшествует период предвестников в виде кашля, насморка, приступообразного чихания и т. д. Период предвестников, как правило, сопровождается изменениями поведения, вялостью, плаксивостью, раздражительностью, расстройствами внимания, навязчивостями, энурезом, агрессивностью. Быстро возникающее препятствие для прохождения воздуха — чаще всего результат спазма мышц бронхов. Приступы, обязанные своим происхождением вирусным инфекциям дыхательных путей, развиваются в течение нескольких дней и выражаются в учащении и утяжелении кашля и одышки. Среди симптомов бронхиальной астмы — приступообразный кашель, свистящее дыхание, учащенные вдохи и выдохи, одышка с удлиненными выдохом и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры (живота, шеи, груди), цианоз кожных покровов, учащенное сердцебиение, боли в животе, перерастяжение грудной клетки. В промежутке между приступами симптомы астмы могут отсутствовать.

В развитии острого приступа психический фактор играет большую роль у всех больных. Его значение для «запуска» приступа особенно очевидно у детей с тяжелым течением болезни. Подтверждением роли психогенной провокации приступов астмы может служить успешное использование для их купирования суггестивной терапии или плацебо-эффекта. Другое убедительное доказательство — возможность вызвать приступ удушья гипнотическим внушением эмоционально значимой для больного ситуации. Все это, вместе взятое, представляется неплохим методом для отбора тех больных, которым показана психотерапия.

В случае непрекращающегося препятствия для прохождения воздуха при тяжелом течении заболевания развивается бочкообразная грудная клетка. Появление выраженной дыхательной недостаточности, то есть нарастание тяжести приступа, не поддающегося тому лечению, которое обычно действует благотворно, рассматривается как астматическое состояние. Таким паци-

ентам необходима госпитализация в отделение интенсивной терапии, где возможно любое экстренное вмешательство для преодоления этого опасного состояния. Упорно рецидивирующая бронхиальная астма приводит к хронической гипоксии, регулярному приему больших доз лекарственных препаратов, явной социальной дезадаптации, а иногда и к инвалидизации больных. Все это безусловно осложняется нарушениями со стороны нервно-психической сферы.

Проведенное психологическое и психиатрическое исследование 412 детей (7—15 лет) с упорно рецидивирующей бронхиальной астмой выявило у младших детей хроническую психическую и физическую астенизацию, симптомы минимальной мозговой дисфункции, двигательную расторможенность, раздражительность, инфантилизм, нарушения поведения. В трети случаев была выраженная невропатия. У 80% подростков отмечены неврастенические черты личности; у 5% детей наблюдались неврастения и невроз страха; у 55% детей — повышенный уровень тревожности; у 65% — страх возникновения тяжелого приступа, неизлечимости заболевания. Большинство детей страдали от нарушенных межличностных взаимоотношений (с родными, сверстниками и другими людьми). В 13—15 лет 25% детей обнаруживали психопатические черты, а у остальных были проявления лабильной, сенситивной или истероидной акцентуации [Поппе Г. К., Пукшанская С. М., 1988].

Особенности личности больных, страдающих бронхиальной астмой, оценивают различно. Во многих случаях не представляется возможным получить представление о предболезненном состоянии психики, так как дети очень рано заболевают бронхиальной астмой. Все же удалось установить, что среди личностных черт, наблюдавшихся до начала болезни, наиболее часто отмечались необычная чувствительность, тревожность, возбудимость, пугливость, эмоциональная изменчивость, склонность к развитию сниженного настроения, обидчивость, впечатлительность. Предполагают, что эти особенности не специфичны для бронхиальной астмы, хотя и могут достигать степени психопатических черт или акцентуаций характера.

Наиболее частыми типами реакций на заболевание были астенодепрессивный (в форме эмоциональной слабости и сниженного настроения) и фобический (в форме страха). У больных детей представление о болезни более отвлеченно, чем у больных с другими заболеваниями. Большинству больных детей, особенно девочкам, свойственно вытеснение своей болезни из сознания. Они не пытались понять и назвать причину своего заболевания. Только $^1/_3$ детей могли указать признаки бронхиальной астмы, они сообщали о том, что «задыхаются», «трудно дышать», «есть приступы». Подавляющее большинство детей о своей болезни говорили неопределенно, называли такие проявления заболевания, которые были не характерны для астмы («плохо», «слабость», «головная боль», «температура», «болит нога»). В их сознании слово болезнь нередко ассоциируется не с астмой, а с другими более «обычными» болезнями. При длительном и тяжелом течении бронхиальной астмы в переживаниях больных большее место занимают не телесные симптомы, а реакция на болезнь: сниженное настроение, страх, раздражение, чувство непол-

ноценности. Дети с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы озабочены не столько самой болезнью, сколько ее последствиями, например, невозможностью получить интересную специальность. По мере утяжеления заболевания мнение детей об его исходе становится все более пессимистическим, исчезают надежды на окончательное и быстрое выздоровление, дети меньше верят в эффективность лечения. Наиболее часто в это время встречается паранойяльное (нелепо преувеличенное, нереалистическое) и анозогнозическое (отвергающее болезнь) отношение к заболеванию. При легкой выраженности бронхиальной астмы наиболее часто наблюдается гармоничный тип отношения к болезни, то есть правильное понимание проявлений болезни и степени их тяжести. У детей с бронхиальной астмой средней степени тяжести наиболее обычным оказывается эйфорически-анозогнозический тип отношения к болезни, при котором болезнь не только отрицается, но и настроение оказывается необоснованно приподнятым [Поппе Г. К., БроудеЛ. Б., 1990].

У подавляющего большинства больных бронхиальной астмой (83%), протекающей в тяжелой или среднетяжелой форме, обнаруживаются изменения личности, невропатические проявления: повышенная чувствительность, возбудимость, тревожность, пугливость, раздражительность, быстрая смена настроений с преобладанием сниженного, обидчивость, впечатлительность. Более выражены эти черты у девочек, у больных тяжелой формой бронхиальной астмы, а также у тех, кто болеет более 5 лет и яснее осознает свое заболевание. Большинству больных свойственны истероидные черты личности: демонстративное поведение, стремление завоевать внимание, незамедлительно получить желаемое, жажда иметь успех, переоценка собственной личности, впечатлительность и бурная эмоциональность. Значительно меньшее число детей подвержено частым депрессиям, у них легко возникают приступы пониженного настроения.

Определенную особенность представляют семьи детей, страдающих бронхиальной астмой. 30% этих семей были неполными. Разводы родителей в ряде случаев оказались непосредственной причиной или провокацией возникновения заболевания. В каждой четвертой семье родители злоупотребляли алкоголем. Очень велика доля родителей, имеющих своеобразные черты личности: претенциозность, подозрительность, ревнивость и др. Лишь в незначительном числе семей психологический климат был благоприятным. В подавляющем большинстве случаев родители в той ли иной степени обнаруживали несостоятельность как воспитатели, не умели устанавливать гармоничные взаимоотношения в семье.

Неблагоприятная семейная обстановка, особенности личности больных, трудности приспособления к детскому коллективу, тяжелое или среднетяжелое течение бронхиальной астмы — все эти и некоторые другие факторы приводят к тому, что у 10% больных детей возникают нервно-психические расстройства. Среди детей, лечившихся в стационаре, количество больных с этими осложнениями доходило до 63%. Наиболее частые проявления — невротические симптомы, отражающие переживания больных в связи с разоча-

рованиями и конфликтами, и астенические, вызванные как нарушением дыхания, так и другими воздействиями на организм. Когда поступление кислорода в ЦНС постоянно нарушается из-за препятствий при прохождении воздуха через дыхательные пути, создаются особенно благоприятные условия для возникновения нервно-психических расстройств. Дети становятся плаксивыми, раздражительными, у них нарушается память, утяжеляется усвоение школьной программы, в особенно тяжелых случаях стойко снижается настроение, могут появиться судорожные приступы, которые, как правило, провоцируются неприятными переживаниями.

Описание бронхиальной астмы можно проиллюстрировать следующей историей болезни.

**ПРИМЕР**

Яна Л., 9 лет. Жалобы на легкие приступы удушья, повторяющиеся каждую ночь и редкие (более тяжелые) дневные. Мать — спокойная, сдержанная. Отец — страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, раздражителен, настойчив. У бабушки со стороны матери — лейкоз. Девочка от первой беременности. Роды преждевременные (на 8-м месяце). На грудном вскармливании была до трех месяцев. Первые месяцы была беспокойной. Развивалась без отклонений от нормы. В 2,5 года стала часто болеть острыми респираторными заболеваниями, астматическим бронхитом. В 3 года поставлен диагноз бронхиальной астмы. Выявлена чувствительность больной (обнаружены аллергены) к микробам (стрептококкам, стафилококкам), домашней пыли, шерсти кошек. В это время у девочки было инфекционное заболевание мочевыводящих путей. Проведена гипосенсибилизация (снижение чувствительности) к домашней пыли. Санаторное, медикаментозное лечение и иглорефлексотерапия приводили лишь к временному улучшению. Переезд в сельскую местность также не дал эффекта. Девочка воспитывалась дома до 2,5 лет. Попытка отдать ее в ясли раньше окончилась неудачно. Каждый раз, когда девочку отводили в детское учреждение, она заболевала вирусными инфекционными болезнями. В дошкольном возрасте была общительной, нерешительной, раздражительной. В школе успевала удовлетворительно. Однако во втором классе изменилась: стала вспыльчивой, недоверчивой, менее общительной, упрямой, сосредоточенной на своих интересах, стремящейся показать себя с лучшей стороны.

Психологические исследования обнаружили замкнутость, обидчивость, отсутствие интуиции в межличностном общении, демонстративность в поведении (стремление казаться лучше, чем есть), эмоциональную незрелость (неразвитость нравственных чувств), завышенную оценку своей личности, отсутствие серьезных привязанностей к родителям и младшей трехлетней сестре. Девочка мечтает иметь собаку и не болеть. Выявлены трудности во взаимоотношениях с родителями. Девочка радовалась своему поступлению в больницу, так как считала, что там она поправится.

Анализ приведенного случая позволяет прийти к следующим выводам. Девочка воспитывается в своеобразной семье, где отец чаще обращается с вопросами о здоровье дочери, чем мать, которая не вызывает доверия из-за своей неискренности и невыполнения очень важных лекарственных назначений. Изучение психологических данных показывает, что у больной имеются большие трудности в отношениях с родителями. Если при ответах на соответствующие вопросы она ссылалась на то, что не знает, как оценить отца или мать, то в рисунках семьи она их не изображала. Лучше чувствует

себя вне дома. Начало заболевания можно связать с тем очень ранним возрастом (6 месяцев), когда ее хотели отдать в ясли, что привело к крайне выраженному тревожному состоянию и, в связи с этим, к снижению сопротивляемости к респираторным инфекциям. К моменту окончательного отделения от семьи у девочки сформировалась бронхиальная астма. Это заболевание появилось из-за наследственной предрасположенности (язвенная болезнь у отца), вредностей, действовавших в течение беременности и приведших к недоношенности, аллергической реакции на микробы, пыль и шерсть. Особую роль сыграло раннее отделение от матери и семьи, которое она пережила как тяжелое психическое потрясение. Наряду с обычными симптомами бронхиальной астмы (приступами удушья) сформировались истерические изменения личности. Девочка стала возбудимой, очень обидчивой, старалась казаться лучше, чем есть на самом деле, проявляла эгоцентричность (пренебрегала интересами окружающих), претендовала на исключительное внимание к себе.

В другом случае, который здесь приводится кратко, роль психотравмирующих обстоятельств видна еще более ясно.

ПРИМЕР

Паша Ж., 6 лет. Жалобы на одышку, кашель и редкие приступы удушья. Боялся остаться один, пугался телевизионных фильмов, непослушен, беспокоен. Наследственность отягощена туберкулезом легких у отца. Мальчик от второй беременности, во время которой мать перенесла грипп. В первые 2 недели после рождения перенес стафилококковый энтероколит. С четырех месяцев неоднократные воспаления легких. Однажды на высоте температуры развились судорожные явления. С двух лет появились повторные бронхиты. В 3 года вскоре после рождения брата появились приступы удушья. Была диагностирована бронхиальная астма. Мальчик посещает детский сад. В поведении очень нервен, непоседлив, агрессивен, любит делать другим больно. Увлекается рисованием, лепкой. Семья благополучная. За несколько лет до рождения Паши, ребенок, родившийся от первой беременности, умер на третьи сутки.

Возникновение бронхиальной астмы у этого мальчика связано с тяжелым для болезненного и физически ослабленного ребенка потрясением — фактом рождения брата. Даже при достаточной любви, внимании и уходе несамостоятельный трехлетний малыш может почувствовать, что им интересуются меньше, чем раньше. Мальчик, родившийся от осложненной гриппом беременности, перенесший судорожный приступ, мог оказаться особенно чувствительным к переживаниям своей отвергнутости родителями, что в действительности и произошло. Опасение оказаться покинутым сохранилось и в шестилетнем возрасте в виде страха одиночества, боязливости. В 3 года это переживание в сочетании с заболеваниями бронхов и легких, последствиями неблагополучного внутриутробного развития привело к возникновению бронхиальной астмы. Ребенок еще мал, однако у него уже появились некоторые нервно-психические симптомы: двигательное беспокойство, агрессивность, страхи. В следующем примере отчетливо видна роль семьи в происхождении психосоматического расстройства.

**ПРИМЕР**

Денис Ш., 12 лет, от четвертой беременности, протекавшей на фоне серьезных переживаний и обострения кишечного заболевания тридцатилетней матери. Родители хотели девочку, так как в семье уже был сын. В возрасте 20 дней Денис перенес крапивницу. В 3 и 4,5 месяца после прививок возникали аллергические реакции с повышением температуры тела до 39 °С в течение нескольких дней. До 5 лет был беспокойным, ночью кричал до получаса и более. В 1,5 года помещен в ясли, перенес это плохо — много плакал, стал болеть. В этом же возрасте перенес острый бронхит, осложнившийся бронхиальной астмой. Привык к детскому учреждению лишь к 4 годам. До школы был капризным, упрямым и своевольным. В семье доминирует мать, мальчика подвергают мелочной опеке. Он обязательный, с чувством большой ответственности. Настроение чаще ровное, авторитетен среди детей. Успевает хорошо, имеет увлечения. При эмоциональном возбуждении усиливается почти постоянно существующий кашель. При увлекательном занятии кашель успокаивается.

Психологическое исследование показало, что мальчик мягкий, чувствительный, изнеженный и зависимый. Он нуждается в поддержке. Его отличает неуверенность, высокая тревожность, боязливость, критическое отношение к себе, склонность к появлению чувства вины. Мальчик хотел бы иметь больший контакт с отцом и желал бы, чтобы мать была менее строгой, боится одиночества, страшится стать инвалидом или попасть под машину, быть укушенным змеей. Анализ рисунка семьи, сделанного самим ребенком, показывает, что он инфантилен, чувствует себя обделенным родительским вниманием, не объединенным с остальными членами семьи, тогда как они между собой тесно связаны. Судя по изображению несуществующего животного, мальчик нерешителен, заинтересован в своем положении в обществе, для него важно мнение окружающих о себе, у него низкая самооценка, боязнь активных действий, готовность к защите порядка, он тревожен и переживает неясную для себя опасность, склонен к самоанализу. Мальчик встревожен из-за своей болезни, считает, что она — следствие его непослушания, хотя и называет в качестве причины аллергию и простуду. Он оптимистично относится к исходу своего заболевания и к своему будущему. Понимает, что здоровье зависит от него самого, грустен и робеет перед врачами. Семья, как он думает, огорчена из-за его болезни и скучает по нему.

Мальчик рожден нежеланным, поскольку в то время мать болела. Эмоциональное напряжение матери расстроило иммунитет ребенка и способствовало возникновению аллергии (крапивницы) в раннем возрасте. Трудности приспособления к детскому учреждению, суровое и недостаточно теплое отношение к ребенку в семье, переживание отчужденности, с одной стороны, привели к инфантильности, чувству неполноценности, страхам, а с другой, — стали одним из факторов в происхождении бронхиальной астмы. В итоге у ребенка развились невротические черты личности: тревожность, боязнь активных действий, нерешительность, чувствительность, склонность к самоанализу и чувству вины, которые не только затруднили приспособление, но и усугубили течение бронхиальной астмы, провоцировали ее приступы. Невротичность ребенка сделала переживание им болезни более серьезным.

# ПОЛЛИНОЗ

Клиническая картина поллиноза разнообразна. Чаще всего у детей встречается риноконъюнктивит (96-98%). У 20% детей к этому проявлению поллиноза присоединяется трахеобронхит. У 39% детей аллергическая реакция на пыльцу дает клинические проявления бронхиальной астмы, а у 14% — симптомы аллергодерматоза. В 20% случаев соматические проявления обострения поллиноза у детей сочетаются с нервно-психическими расстройствами [Зисельсон А. Д., 1989]. Взрослые при аллергии на пыльцу страдают нервно-психическими расстройствами чаще (74%), чем дети [Братковский А. К., 1973]. Поллиноз — заболевание сезонное, его обострения совпадают с периодом цветения растений. Для каждого больного время обострения индивидуально — оно совпадает со временем опыления тех растений, на пыльцу которых возникает аллергическая реакция. Очень характерно ухудшение состояния больного вне помещения, особенно в сухую ветренную погоду. Не является редкостью возникновение аллергических реакций не только на пыльцу, но и на пищевые продукты растительного происхождения (орехи, яблоки, вишни, мед, дыни, подсолнечное масло, помидоры и др.).

А. Д. Зисельсон (1989) наблюдал при поллинозе у детей функциональные нарушения ЦНС. Клинические проявления включают головную боль, нарушения сна и бодрствования, раздражительную слабость, расстройства внимания и памяти. При объективном обследовании отмечаются нарушения вегетативной реактивности с преобладанием парасимпатического звена: гипергидроз, артериальная гипотензия, тахикардия, стойкий розовый дермографизм. Очевидно, большая часть из указанных сипмтомов неспецифичны и обусловлены, в первую очередь, постоянным дискомфортом, связанным с упорными мучительными проявлениями аллергического воспаления слизистых оболочек глаз, носоглотки, бронхов, с кожным зудом, сопровождающим кожные поражения при поллинозе. В то же время у части больных астеновегетативные нарушения оказываются на переднем плане, что свидетельствует о возможной первичности специфического поражения структур вегетативной нервной системы. Опубликованы описания случаев неоспоримо свидетельствующих о сенсибилизирующем действии аллергенов пыльцы на структуры головного мозгагНаблюдались больные с сезонной эпилепсией, у которых причинная связь с аллергенами пыльцы была доказана [Порошина Ю. А, 1965; Бойко А. Н., 1976]. Описаны также случаи пыльцевого коркового энцефалита [Бекламишев Н. Д. с сотр., 1985].

# ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Под этим названием понимают аллергические заболевания связанные как с иммунной, так и с неиммунной повышенной чувствительностью к пищевым продуктам. Пищевая аллергия проявляется разнообразными симптома-

ми, но наиболее часто аллергодерматозом, расстройствами функций пищеварительной или дыхательных систем. У детей раннего возраста эти аллергические заболевания наблюдаются чаще, чем у взрослых. Аллергенами могут быть любые пищевые продукты или их составные части, используемые для приготовления блюд. Фактически повышенная чувствительность возникает к молоку, яйцам, рыбе, шоколаду, цитрусовым, землянике, малине, меду и т. д. Иногда не сами пищевые продукты, а применяемые пищевые добавки (красители, консерванты) приводят к аллергическим реакциям. У детей, страдающих этими заболеваниями, были выявлены разнообразные симптомы поражения центральной нервной системы: головная боль, расстройства сна, заикание, нарушения поведения, гиперактивность, быстрая истощаемость, навязчивости, импульсивность, агрессивность, депрессия. У них отмечаются рассеянность, снижение памяти [Воронцов И. М., Маталыгина О. А., 1986]. Перечисленные симптомы, возникающие у детей, страдающих от пищевой аллергии, этиологически связаны с действием аллергенов. В пользу этого заключения свидетельствуют улучшения, наступающие у больных под влиянием гипоаллергической диеты. В то же время отмечается прогрессирование перечисленных и других симптомов при непрекращающемся потреблении пищи, от которой возникает аллергическое состояние. Эти симптомы могут появиться даже при провокационных пробах, когда аллерген назначается единовременно. Систематическое применение гипоаллергенных диет и противоаллергенной фармакотерапии в первую очередь приводит к стойкому улучшению симптомов поражения ЦНС, и лишь позже уменьшаются соматические проявления аллергии. Помимо нервно-психических расстройств, входящих в симптомокомплекс пищевой аллергии, существуют также и психогенные формы пищевой аллергии. В некоторых семьях поиск химически чистой еды становится самодовлеющей активностью. Родители чрезмерно тревожатся из-за опасности аллергизации, полагают, что причина расстройств здоровья у них самих и детей — аллергия к нитратам, салицилатам и другим химическим веществам, входящим или случайно попавшим в пищу. В связи с этим у детей возникают пищевые фобии, которые нередко нелегко отграничить от истинных заболеваний аллергического генеза. Ошибочное введение строгих диет может привести к нарушению развития. Наличие психологической установки на непереносимость тех или иных пищевых продуктов нередко отражается на результатах провокационных тестов. Родители детей первых лет жизни, охваченные страхом пищевой аллергии, иногда способны обнаруживать отсутствующие проявления аллергизации. В некоторых случаях только «слепые» провокационные тесты (замаскированное назначение пищи с предполагаемыми аллергенами) способны помочь установлению правильного диагноза.

Указанные факты позволяют утверждать, что в происхождении аллергических заболеваний у детей участвует несколько патогенетических факторов: наследственное предрасположение, особенности функционирования вегетативной нервной системы, те или иные нарушения деятельности ЦНС, искажение иммунного ответа на некоторые аллергены, своеобразие личностного реагирования, влияние семейного окружения и психотравмирующие обстоя-

тельства. В клинической картине наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний у детей имеет место тесная патогенетическая связь между алергическим воспалением и нервно-психическими расстройствами. В связи с этим для более эффективного лечения следует рекомендовать совместное ведение детей с аллергическими заболеваниями педиатром-аллергологом и детским психоневрологом, знающим детскую психологию и владеющим психотерапией.

Глава 8

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Заболевания желудочно-кишечного тракта отрицательно сказываются на здоровье детей, а при несвоевременном выявлении и нерегулярном лечении утяжеляются, приводя с возрастом к серьезным осложнениям.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Распространенность гастроэнтерологических заболеваний составляет 79 на 1000 детей в возрасте до 14 лет [Мазурин А. В. и др., 1989]. Однако постепенное, часто незаметное, начало заболевания, течение с малым числом симптомов позволяет предполагать, что истинная их частота значительно больше, чем об этом можно судить по обращаемости детей в лечебно-профилактические учреждения. Так, при массовых осмотрах детей в школах и детских садах заболевания органов пищеварения выявляются у 25-30% детей [Теребенчук Г. М., Ироденко И. А., 1986]. 34% обследованных детей страдают функциональными заболеваниями пищеварительного тракта: 20% жалуются на боли в животе, 3,7% страдают неврогенным поносом, 10,3% — психогенными запорами [Thompson W. G., Heaten K. W., 1980]. Рост заболеваемости в последние годы связывают с ухудшением окружающей среды, нарушением условий жизни в семьях, с аллергическими заболеваниями, улучшением диагностики болезней.

Наиболее поражаемой областью желудочно-кишечного тракта являются желудок и двенадцатиперстная кишка ($^2/_3$ больных). Удельный вес язвенной болезни среди желудочно-кишечных заболеваний у детей — от 5,8 до 13,5%. Отмечен рост распространенности язвенной болезни за 10 лет с 1,2 до 3,4% [Ялышева Г. Т., 1983].

По мнению Н. Г. Зернова и др. (1989), заболевания органов пищеварения особенно распространены в возрасте 5-6, 9-10 и 12 лет. Самый высокий уровень показателя заболеваемости отмечается в 6 лет (11,8%). Это дает основа-

ния считать, что формирование неинфекционных заболеваний органов пищеварения происходит в старшем дошкольном возрасте (5—6 лет). В дальнейшем повышенная вероятность возникновения заболеваний падает на препубертатный период (9—12 лет). Основной пик заболеваемости мальчиков отмечается на год раньше (5 лет), чем у девочек (6 лет). В препубертатном периоде картина меняется — наивысший подъем показателя заболеваемости у девочек на год раньше (9и 12 лет), чем у мальчиков (10 и 13 лет). Если выявленный факт половых различий распространенности заболеваний ЖКТ у детей в преддошкольный период требует дополнительного анализа, то возрастно-половые своеобразия в препубертатном периоде объясняют более ранней нейрогормональной перестройкой у девочек, чем у мальчиков.

Распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта девочек оказалась в целом существенно выше, чем мальчиков (соответственно 96,3 и 61,8 на 1000). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки среди детей до 14 лет встречается у мальчиков несколько чаще, чем у девочек. Аналогичное соотношение отмечено по заболеваемости функциональными расстройствами желудка (у мальчиков 0,6 и у девочек 0,3 на 1000).

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Согласно современным представлениям, хронические неинфекционные заболевания органов пищеварения — заболевания, связанные с многими причинами. Выделяют следующие факторы: наследственная предрасположенность, осложнения во время родов, раннее искусственное или смешанное вскармливание, нарушение ритма питания, перенесенные заболевания органов пищеварения (острые кишечные инфекции, глисты), нервно-психическое напряжение и др.

Большое значение придают отягощенной наследственности. При обследовании детей с болезнями органов пищеварения в 30—75% случаев обнаруживали аналогичные заболевания у близких родственников, в то время как в группе детей без этих заболеваний — в 8-19% случаев [Баранов А. А., 1985].

У Уз больных с гастритом, язвенной болезнью и у здоровых с отягощенной наследственностью обнаружено более раннее проявление заболевания у детей, чем у взрослых родственников [Гоцуляк О. Ф., 1988]. Наследственность у 38,7% детей с язвенной болезнью отягощена гастритом и язвенной болезнью по отцовской линии.

В группе предъязвенных состояний, включающих функциональные расстройства желудка и хронический гастрит с увеличением секреции желудочного сока, отягощенная наследственность по язвенной болезни выявлена у 20% обследованных. Отягощенная наследственность по психосоматическим заболеваниям, включающим такие заболевания, как вегетативно-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, аллергические за-

болевания кожи, тиреотоксикоз и сахарный диабет, в группе больных с язвенной болезнью отмечена у 90% больных, в группе предъязвенных состояний — у 77% больных, а с учетом наличия у родственников язвенной болезни отягощенность по психосоматическим заболеваниям возрастает соответственно до 92% и 80%. Неблагоприятная наследственность по нервно-психическим заболеваниям (неврозы, психические заболевания, неврозоподобные состояния, алкоголизм) выявлена у 34% больных язвенной болезнью и у 31 % больных с предъязвенными состояниями.

Соотношение влияния врожденных и внешних факторов в различные возрастные периоды различно. Возникновение язвенной болезни в дошкольном возрасте прежде всего обусловлено наследственной отягощенностью. В старшей возрастной группе при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта провокатором проявления болезни может быть комплекс внешних факторов [Дмитриева И. В. и др., 1985, 1988]. К факторам риска относятся поражение ЦНС вследствие внутриутробной гипоксии, нарушения внутриутробного развития, родовой черепно-мозговой травмы. Одним из проявлений функциональных или органических поражений ЦНС являются двигательные расстройства в виде спазма сфинктера Одди, гипотонии и гипертонии желчного пузыря, гастроэзофагальный и гастродуоденальный рефлюкс. У 15% больных язвенной болезнью выявлены неврологические симптомы, отражающие недостаточность глубинных структур мозга, в том числе гипоталамуса, и являющиеся проявлениями поражения мозга до и после рождения [Комаров Ф. И. и др., 1985]. Перинатальные вредности токсикоза беременности, угрозы прерывания беременности, заболевания и стрессы, перенесенные матерью во время беременности, родовые травмы отмечены у 32% больных с язвенной болезнью и у 62% с предъязвенными состояниями. Ю. Ф. Антропов (1999), исследуя 205 детей с поражением пищеварительной системы, у 84,7% из них обнаружил резидуально-органическую недостаточность. Большое значение придают раннему искусственному и смешанному вскармливанию, неправильному питанию (белковые и жировые перегрузки, нарушение режима питания). В группе больных, обследованных Л. И. Тульчиной, раннее искусственное вскармливание без сочетания с другими неблагоприятными факторами не оказывало существенного влияния на возникновение заболевания; нарушения режима питания выявлены практически у всех больных.

Психосоматическая патология желудочно-кишечного тракта у детей и подростков выражается в эмоциональных нарушениях, проявляющихся в локализованных вегетативно-висцеральных (реакции, состояния, заболевания) и аффективных (субдепрессия, скрытая депрессия и средневыраженная депрессия) расстройствах. Она возникает, как правило, в раннем детстве при функциональном перенапряжении пищеварительной системы и/или конституциональной предрасположенности к гастроэнтерологическим расстройствам [Антропов Ю. Ф., 1999].

H. Freyberger (1999) причину язвенной болезни видит в прегенитальных расстройствах развития, которые приводят к формированию псевдонезависимой или зависимой личности. У одних формируется конфликт зависимос-

ти независимости, у других — конфликт близости-дистанцирования. Для проявления клинической картины язвенной болезни имеет значение подавление сознательных или подсознательных желаний зависимости. Подавление агрессивных реакций разочарования во избежание развития страха потери объекта приводят к стимулированию секреции желудочного сока и переносу состояния равновесия между агрессивными и защитными факторами в желудочно-дуоденальную область.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Первые проявления болезни, как правило, возникают с первого класса, что можно объяснить как неудовлетворительной организацией школьного питания, так и функциональными нарушениями нервной системы учеников, впервые включившихся в учебный труд в новых для себя условиях. Это особенно касается детей, начавших обучение в 6 лет, и связано с тенденцией к росту частоты случаев функциональных нарушений нервной системы уже к концу первого полугодия обучения [Гоцуляк О. Ф., 1988].

Одним из распространенных факторов риска считают перенесенные гельминтоз, лямблиоз, острые кишечные инфекции, пищевые отравления. По наблюдениям Л. И. Тульчиной заболевания органов пищеварения в анамнезе имели 42% больных с язвенной болезнью и 58% — с предъязвенными состояниями. Проявления хронического гастроэнтерологического заболевания у детей, имевших в прошлом перечисленные болезни, существенно не отличались от симптоматики, наблюдавшейся у детей без отягощенного анамнеза.

Участие нервно-психических факторов в этиопатогенезе ряда хронических заболеваний органов пищеварения является общепризнанным. Необходимо учитывать комплекс психосоциальных влияний, включающих особенности личности больного, условия воспитания, психотравмирующие ситуации.

Установлено, что 75% детей с хроническим энтероколитом были из неполных семей, у 44,4% в анамнезе имелись указания на тяжелые конфликтные ситуации дома или в организованном коллективе. Среди семей, имеющих детей с гастродуоденальной патологией, удельный вес неполных семей был в 1.4 раза выше, чем в контрольной группе, а нездоровый в психологическом отношении климат в семьях больных гастродуоденитом встречается в 1,8—2.5 раза чаще, чем в семьях контрольной группы [Лапин Ю. Е., 1976]. Среди взрослых больных с желудочно-кишечными расстройствами 40% воспитывались в неполных семьях. Установлено, что у многих в детстве были признаки невропатии: капризность, раздражительность, упрямство, нарушение сна, снижение аппетита, частые срыгивания, повышенная сенситивность, трудности адаптации в детском коллективе [Коркина М. В., Марилов В. В., 1984].

Их личность до болезни характеризовалась тревожностью, мнительностью, ранимостью, обидчивостью, тоскливостью, непереносимостью отрицательных эмоций, неуверенностью в себе, неумением осмысливать свои проблемы, потребностью в защите и социальной поддержке, сниженной самооценкой. У 10% обследованных до начала желудочно-кишечного заболевания отмечались немотивированные колебания настроения, у 25% — невротические реакции. Профиль личности у взрослых с язвенной болезнью характеризовался тревожно-ипохондрическими тенденциями, склонностью к замкнутости, повышенной тревожностью, особенно личностной.

По мнению О. Т. Жузжанова (1985) для больных язвенной болезнью характерны преобладание паранойяльных, психастенических и шизоидных черт; педантического, дистимического и застревающих типов акцентуации.

Подростки и юноши, больные язвенной болезнью, отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью, и большей частотой эмоционально-лабильного и лабильно-истероидного типов акцентуаций. Это свидетельствует о повышенной вероятности возникновения в их жизни стрессовых ситуаций, чрезмерной впечатлительности и повышенной чувствительности к отношению и оценкам окружающих. Кроме того, часто встречаются психастенические личности, с возрастом увеличивается число юношей с астено-невротическими особенностями характера [Калитиевская Е. Р., 1986].

В противоположность приведенным мнениям В. А. Ананьев (1988) считает, что нет единого специфического личностного профиля, свойственного больным с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Психологическую дезадаптацию он объясняет проявлениями эмоциональных расстройств в виде тревожного и сниженного настроения. «Избегание неуспеха», характерное для этих больных и сочетающееся с тревогой, формирует пассивно-оборонительные стереотипы эмоционального реагирования на трудные жизненные обстоятельства.

Для исследования роли психосоциальных влияний в возникновении язвенной болезни и предъязвенных состояний Л. И. Тульчиной были обследованы 156 детей в возрасте от 8 до 12 лет. Программа психосоциальных исследований включала опросник для родителей, направленный на выявление особенностей воспитания ребенка, отношений в семье, характерологических особенностей ребенка в раннем возрасте и в момент обследования, наличие конфликтных ситуаций в семье или детском коллективе, характера отношений в семье и со сверстниками, а также психологические методики.

Психотравмирующие ситуации в семье были у $^{2}/_{3}$ больных детей в сравнении с $^{1}/_{3}$ здоровых. Среди причин, создающих неблагоприятные условия жизни в обеих группах обследованных, на первом месте были конфликтные неприязненные отношения между родителями, на втором — воспитание в условиях неполной семьи, на третьем — воспитание в семье с отчимом или мачехой. У 8 больных была выявлена острая психотравма (смерть близких людей), непосредственно предшествовавшая началу заболевания, во всех остальных случаях психотравмирующие обстоятельства носили хронический характер. Все дети с хроническими заболеваниями органов пищеварения нахо-

лились в условиях несоответствующего нуждам ребенка воспитания, в то время как в группе здоровых детей неправильные типы воспитания отмечены у $^2/_3$ обследованных. В обеих группах преобладало воспитание по типу повышенной моральной ответственности, в равной степени отмечена гипер- и гипоопека, реже встречалась смена типов воспитания и противоречивое воспитание.

Психотравмирующая ситуация в школе была у 25% больных и у 17% здоровых детей. В группе больных наиболее частыми конфликтными ситуациями были неприятие коллективом, конфликты с учителями, напряжение, связанное с несоответствием способностей ребенка требованиям специализированной школы, безразличное отношение со стороны сверстников и учителей, смена школьного коллектива. У здоровых детей психотравмирующие ситуации носили хронический характер и имели те же причины, что и у больных. Однако у здоровых не было несоответствия способностей ребенка и предъявляемых к нему школьных требований. Тот факт, что больные дети в 2 раза чаще, чем здоровые, имели дополнительные нагрузки в виде различных специализированных школ, кружков и секций, также подтверждает чрезвычайно напряженные условия их жизни. 60% детей в обеих группах посещали детские учреждения с раннего возраста. В группе больных каждый второй ребенок с трудом приспосабливался к условиям детского учреждения, в группе здоровых трудности адаптации отмечены только у двоих.

Характерологические особенности детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и предъязвенными состояниями в абсолютном большинстве случаев выражались в повышенной тревожности, эмоциональной чувствительности, замкнутости, неуверенности в себе, зависимости от окружающих, повышенной возбудимости. Здоровые дети характеризовались независимостью, уверенностью в себе, общительностью, благоразумной направленностью поведения. Только у 16,6% здоровых детей отмечалось повышение тревожности, возбудимости, эмоциональной чувствительности.

Причинные вредности, способствующие развитию язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и предъязвенных состояний, изученные с помощью факторного анализа, позволили выявить три наиболее значимых фактора.

**Первый фактор** характеризует предшествующее болезни соматическое состояние и включает отягощенную наследственность по психосоматическим и нервно-психическим заболеваниям, наличие отклонений во время беременности и родов.

**Второй фактор** характеризует личность больного и включает показатель общительности, эмоциональной чувствительности, тревожности, понимания норм поведения в обществе.

**Третий фактор** характеризует семейные условия и включает психотравмирующие обстоятельства, дополнительные нагрузки, условия воспитания, социальное положение семьи (профессия и образование родителей, культурный уровень, круг интересов).

Корреляционный анализ показал, что для возникновения язвенной болезни и предъязвенных состояний необходимо взаимодействие нескольких фак-

торов и показателей. Так, выявлена высокая корреляция психотравмирующей ситуации в семье с отягощенной наследственностью по психосоматическим и нервно-психическим заболеваниям, с отклонениями во время беременности и родов, с условиями воспитания. Такие личностные характеристики как замкнутость, эмоциональная чувствительность, тревожность коррелируют с возникновением психотравмирующей ситуации в школе, неправильными условиями воспитания. Общественное положение семей находится в обратной зависимости с отягощенной наследственностью по нервно-психическим заболеваниям.

Приведем пример для иллюстрации участия психосоциальных факторов в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

ПРИМЕР

Алеша Г., 10 лет, ученик 4 класса массовой школы, поступил в детское гастроэнтерологическое отделение с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье натощак, выраженные диспептические явления (тошнота; рвота, приносящая облегчение; изжога, отрыжка кислым или горьким, плохой аппетит), утомляемость, невозможность справиться со школьной нагрузкой, частые головные боли, беспокойный сон со «страшными» сновидениями. Физическое развитие без особенностей, питание пониженное, бледен. Систолический шум функционального характера. При прощупывании живота отмечена умеренная болезненность в эпигастрии. При исследовании функции желудка выявлено значительное повышение кислотообразования, при эндоскопическом исследовании обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом, угрозой прерывания. Мать ребенка находилась в постоянном эмоциональном напряжении. На грудном вскармливании был до шести месяцев, развивался в соответствии с возрастом. В раннем возрасте часто болел простудными заболеваниями. Детские ясли посещал с полутора лет, привыкал очень плохо, много плакал. Отказывался идти в детский сад. Когда мальчику было 3 года, родители развелись, и с этого времени он отца не видел. С раннего возраста впечатлителен, повышенно возбудим, обидчив, раним. С 3 лет наблюдался невропатологом в связи с ночным энурезом, с 7 лет — в связи с ВСД, пониженным АД и приступообразными головными болями.

Наследственность отягощена нервно-психическими заболеваниями (бабушка по линии матери страдает шизофренией, у матери невроз). Воспитывался в условиях постоянных конфликтов между бабушкой и матерью, противоречивых требований к ребенку. Впервые боли в животе появились за 3 года до поступления в больницу. Последний приступ был спровоцирован семейной ситуацией, когда возникла угроза второго замужества матери.

Выделяют основные звенья развития язвенной болезни: расстройство деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки (психосоматические и гормональные расстройства), изменения слизистой оболочки, нарушения кровообращения в желудке и двенадцатиперстной кишке на фоне наследственной и личностной предрасположенности. Конечным звеном в механизме развития язвенной болезни как у взрослых, так и у детей является воздействие агрессивных факторов (пепсина, соляной кислоты, желчных кислот) на участок слизистой двенадцатиперстной кишки. Им противостоят защитные факторы, противодействующие повреждению слизистой оболочки (слизистые

вещества). Таким образом, к образованию язвы приводит нарушение этого равновесия в пользу агрессивных факторов. Ведущая роль в реализации снижения защитных и усиления агрессивных факторов при развитии язвенной болезни принадлежит нервной и гуморальной системам.

## Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта

К числу психосоматических расстройств наряду с язвенной болезнью относят функциональные расстройства желудка и хронический гастродуоденит, полагая, что функциональные и органические психосоматозы желудочно-кишечного тракта имеют единый тип развития. Этот тип определяется сходством личностных особенностей, однотипностью реагирования на стресс, стереотипностью развития психопатологических расстройств, формированием особых психогенно-соматогенных циклов, которые и определяют хронизацию патологического процесса [Коркина М. В., Марилов В. В., 1987]. Некоторые авторы считают, что язвенная болезнь в своем развитии проходит три стадии: функциональные расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит и язвенное поражение [Закомерный А. Г. и др., 1987; Лебедев В. П., 1987].

Превращение хронического антрального гастрита в язвенную болезнь происходит в 13,9% случаев, хронического гастродуоденита — в 12,9%, функциональных расстройств желудка — в 6,5% [Новик А. В., 1985]. Это согласуется с общей схемой механизмов развития психосоматических заболеваний, включающей нарушения формирования личности, психотравмирующие ситуации и патофизиологическую дезорганизацию организма [Гарбузов В. И., 1985]. Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов (1988) считают, что переход функциональных расстройств в органические нарушения маловероятен, так как функциональные нарушения — особая группа заболеваний, которые протекают на невротическом уровне и проявляются гуморально-вегетативными нарушениями, в связи с чем необходимо четко разграничивать понятия функционально-непсихотического, как стадии органического заболевания, и функционально-невротического.

Логичнее придерживаться мнения об этапном развитии язвенной болезни в результате взаимодействия различных неблагоприятных влияний. На этапе предъязвенных состояний влияние психосоциальных факторов имеет большее значение, чем на стадии язвенного процесса. В этом убеждают выявленные зависимости болевого и диспептических синдромов от микросоциальных условий, тогда как при язвенной болезни эти корреляции несущественны.

В развитии язвенной болезни преобладает роль предшествующих соматическому заболеванию нарушений деятельности ЦНС. Об этом свидетельствует связь болевого и диспептического синдромов с неврологической патологией, которая при предъязвенных состояниях незначительна.

# Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — хроническое, периодически рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию с вовлечением в болезненный процесс других органов системы пищеварения и развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Проявления обострений язвенной болезни у детей весьма разнообразны. Особенным многообразием отличаются субъективные симптомы. Типичный суточный ритм болей, связанный с едой, наблюдаемый у взрослых, встречается только у $^1/_3$ больных детей. У большинства детей младшего возраста боли носят разнообразный характер (схваткообразные, разлитые, с локализацией около пупка), у более старших — в верхней части живота. Болевой синдром сочетается с более или менее выраженными диспептическими явлениями (тошнотой, изжогой, рвотой). При объективном исследовании на фоне хорошего питания может быть обнаружена выраженная болезненность по всему животу (у детей младшего возраста) или в его верхней части (у детей старшего возраста). Исследование секреторной функции желудка в 82% случаев выявляет повышение кислотообразования, в 91% — повышение ферментообразования, в остальных случаях кислото- и ферментообразующие функции в норме или снижены.

В последние годы все чаще появляются сообщения о существовании эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, однако сведения о частоте, структуре и исходах эрозий неоднородны и разноречивы. Эрозии представляют собой поверхностный, не проникающий в мышечный слой, дефект слизистой оболочки. Они относятся к разряду язвенных поражений. В их происхождении определенное значение придается воспалению, аллергии, циркуляторным расстройствам, стрессам [Василенко В. Х., Требнев А. А., 1981; Водолагин В. Д. и др., 1983].

Сходство с клинической картиной язвенной болезни проявлений функциональных расстройств желудка, хронического гастрита и хронического гастродуоденита с повышенной секрецией, а также признание рядом авторов стадийности язвенной болезни позволяет объединить эти заболевания термином «предъязвенные состояния» [Левин Г. Л., 1985]. В клинической картине заболеваний у детей с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью присутствуют общие симптомы — голодные и ночные боли; боли после еды, отличающиеся продолжительностью и интенсивностью с изжогой, отрыжкой кислым; склонность к запорам. При пальпации живота определяется выраженная болезненность преимущественно в верхней части живота и правом подреберье. Основные показатели желудочной секреции характеризуются повышением кислотообразующей функции желудка у 67% больных с предъязвенными состояниями и у 47,4% с язвенной болезнью. В связи с этим возрастает значение эндоскопического обследования, позволяющего достоверно установить диагноз. У 98% больных при эндоскопии язвенный дефект обна-

суживается в луковице двенадцатиперстной кишки, у 2% — во входном отделе желудка. Чаще встречаются единичные язвы, но могут быть и множественные.

Наряду со специфическими признаками соматического заболевания у гастроэнтерологических больных отмечаются различные нарушения ЦНС в виде невротических расстройств (66,8%) и некоторых форм акцентуаций личности (73,2%).

К). Ф. Антропов (1999), изучавший детей с гастродуоденитом, выявил у них болевой синдром в 80,9—100% случаев, психосоматические реакции и состояния, раннее начало заболевания (средний возраст 5 лет), среднюю длительность заболевания продолжительностью в 5 лет, акцентуированные черты личности — в 86,5% случаев, резидуально органическую недостаточность — в 75,3%, преобладание тонуса парасимпатической системы — у 71,7% больных. У этих больных преобладала субдепрессия в 87,6% случаев, скрытая депрессия — в 3,4%, средневыраженная — в 9%. По своему происхождению снижение настроения у них подразделяется на эндогенную депрессию (4,5%), психогенную (78,65%), соматогенную (16,9%). Астенический вариант депресии был у 22,5% больных, тревожный — у 41,6%, тоскливый — у 2,2%, астено-тревожный — у 27% и тревожно-тоскливый — у 6,7%.

При язвенной болезни у 73% больных отмечен психовегетативный синдром, являющийся следствием остаточных внутриутробных и послеродовых поражений мозга. Он характеризуется ипохондрическими и тревожно-депрессивными чертами личности и вегетативными расстройствами. Наибольшая выраженность психовегетативных сдвигов отмечена в осенний и весенний периоды с некоторым преобладанием осенью. При обследовании детей с повторяющимися болями в животе невротические реакции выявляют у 65% больных [Papatheophilon R., Jeavons P. M., Disney M. E., 1972].

При сравнительном исследовании нервно-психической симптоматики у детей с язвенной болезнью и предъязвенными заболеваниями установлено, что у первых имеется преимущественно астеническое состояние с ипохондрическими, фобическими и депрессивными проявлениями [Исаев Д. Н. и др.,1990; Скумин В. А., 1989]. У 16% детей в анамнезе отмечено сотрясение головного мозга, у 4,4% детей на фоне язвенной болезни выявлены тики, у 3,1% —заикание, которыми они страдали до начала заболевания. При электроэнцефалографическом исследовании (ЭЭГ) обнаружены симптомы судорожной готовности, нарушения деятельности неспецифических структур ствола мозга и др.

У больных с предъязвенными состояниями нервно-психическая симптоматика была более разнообразной. У 46% обследованных выявлено астеническое состояние, у 6,5% — нарушения сна, у 8,9% — тики, у 8% — заикание, У 6,5% — энурез, у 3,2% — мигрень. Сотрясения головного мозга были у 3,2% больных.

В обеих группах отмечена взаимосвязь между выраженностью болевого и диспептического синдромов с нервно-психическими проявлениями, которые в одних случаях являются фоном для развития гастроэнтерологического заболевания, а в других — его следствием. Доказательством того, что нервно-

психическая симптоматика формируется в до- и послеродовом периоде, является корреляция между этими показателями в обеих группах.

У больных с язвенной болезнью изменения на ЭЭГ встречались чаще и имели органический характер, у больных же с предъязвенными состояниями регистрировались изменения преимущественно функционального характера.

Имеется много указаний на своеобразие личности больных, страдающих язвенной болезнью и предъязвенными состояниями. Эти больные отличаются конфликтностью, эксцентричностью поведения, что осложняет их лечение, так как они ссорятся со сверстниками или персоналом лечебного учреждения, нарушают режим и диету, считаются «трудными» пациентами [Рябова Л. П., Масевич Ц. Г., 1975]. Эти больные имеют ряд общих черт характера: замкнутость, повышенную ранимость, тревожность, «гиперсоциальность», неуверенность в себе. Еще М. В. Черноруцкий (1949) отмечал повышенную возбудимость, склонность к тревоге, страху, внешнюю сдержанность, непереносимость этими больными неудач и трудностей. Были также описаны мнительность, склонность к ипохондрии [Лорие И. Ф., 1958], тенденция к зависимости, склонность к самопожертвованию, безсознательный конфликт «зависимости-независимости» [Dunbar H. F., 1959]. Больных язвенной болезнью считают «чрезмерно реагирующими личностями», отмечают у них преобладание шкал невротической триады [Губачев Ю. М. и др., 1978], а также неспособность этих больных преодолеть внутренний конфликт, который у них заложен с детского возраста [Schwudler M., 1973]. Обращают внимание на сочетание астенических черт личности с прямолинейностью, на склонность язвенных больных к депрессии [Freuberger H., 1973].

В последнее время выделены разнообразные типы личности среди язвенных больных [Luban-Plozza B. et al., 1994]. Для понимания этих типов предложена **модель психологии неврозов.**

1. Психически «здоровый» язвенный больной (личности с хорошей функцией «Я»).
2. Язвенный больной с неврозом характера (с формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами).
3. Социопатический язвенный больной (пассивно-зависимые больные, с чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов).
4. «Психосоматический» язвенный больной (невыразительные личности, с полной пустотой отношений).
5. «Нормопатический» язвенный больной (больные, чрезмерно ориентированные на нормативность поведения, необычно адаптивные, с выраженной тенденцией отрицания).

На течении заболевания отражается не только глубина функциональных и органических изменений, но и отношение больного к своему заболеванию. Исследование Н. Б. Фельдман (1988) показывает, что преобладают эргопатический (47,5%), анозогнозический (32,5%), сенситивный (27,5%), ипохондрический и гармонический типы (по 10%). Наблюдения Л. И. Тульчиной сви-

детельствуют о том, что отрицательные эмоции, связанные с заболеванием, в большей степени выражены у детей с язвенной болезнью, чем у больных с предъязвенными состояниями, и очень зависят от продолжительности заболевания, высокой личностной тревожности. Среди причин, неблагоприятно влияющих на болезнь, дети обеих групп чаще всего отмечали ограничения в режиме питания, невозможность заниматься спортом. Дети с язвенной болезнью в 2 раза чаще высказывались пессимистично относительно своего выздоровления.

Исследования показали, что именно психические, а не физические нарушения обусловливают во многих случаях социальную неприспособленность детей. Используется даже особый термин — «необъяснимая инвалидизация», когда утрата работоспособности, возможности успешного обучения в школе не могут быть связаны с тяжестью соматического состояния, а определяются психологическими причинами [Herzog D., Harper G., 1981].

Приводим случай, иллюстрирующий реакцию дезадаптации, вызванную психологическими причинами.

ПРИМЕР

Сергей Э., 10 лет. Поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на кратковременные схваткообразные боли в животе без определенной локализации и связи с приемами пищи, ухудшение аппетита, иногда тошноту. Болен в течение трех месяцев. Наследственность отягощена неврозом матери. Мальчик от вторых срочных осложненных родов. Выписан из родильного дома на 10-й день, так как слабо сосал грудь и несвоевременно восстановил потерю веса. До 3 лет наблюдался невропатологом по поводу энцефалопатии, которая выражалась повышенной возбудимостью, нарушением сна, фебрильными судорогами, некоторым отставанием в психомоторном развитии. До 7 лет воспитывался в домашних условиях матерью и отцом в системе мелочной опеки. В 7 лет стал учиться в школе, неплохо приспособился к школьным условиям, успеваемость была хорошей. Успешно занимался в музыкальной школе. Отношения в семье были нормальными. Когда мальчику было 10 лет, из семьи неожиданно ушел отец. Это сопровождалось бурными скандалами, во время одного из них у мальчика впервые появились острые боли в животе, по поводу которых он был направлен в хирургическое отделение, где был исключен острый аппендицит. Одновременно осложнились отношения с одноклассниками и учителями: мальчик стал очень обидчивым, взрывчатым, на любое замечание отвечал грубостью, дрался со сверстниками, стал хуже учиться. Мать не могла оказать сыну поддержку, поскольку в связи с семейным конфликтом у нее появились боли в сердце, колебания артериального давления, депрессивно-ипохондрические проявления, и она была госпитализирована в клинику неврозов, а мальчик, в связи с повторяющимися болями в животе, направлен в гастроэнтерологическое отделение.

Соматический статус питание пониженное, бледен, тенденция к гипотензии, небольшая болезненность в верхней части живота и правом подреберье при пальпации. Диагностированы функциональные нарушения желудка гиперсекреторного типа, дискинезия желчевыводящих путей на фоне реакции дезадаптации, вызванной психологическими причинами.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В связи с тем, что течение язвенной болезни и предъязвенных состояний у детей не всегда соответствует классическим представлениям, часто сопровождается невротическими проявлениями, необходимо отличать их от нарушений функции желудочно-кишечного тракта у больных неврозами. В отличие от неврозов, психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта всегда достаточно четко локализованы. Их проявления определяются, главным образом, функциональными нарушениями и не содержат многообразной симптоматики, свойственной неврозам. Психосоматическим заболеваниям предшествует период депрессии, желудочно-кишечный тракт является «слабым местом» с раннего возраста. Дифференциальный диагноз между психосоматическими заболеваниями органов пищеварения и неврозами нередко представляет большие трудности, требует тщательного анализа анамнестических данных, клинического, лабораторного и эндоскопического обследования, изучения личности и условий жизни больного.

Приводим пример дифференциального диагноза функциональных расстройств желудка и невротической рвоты.

**ПРИМЕР**

Алеша Ж., 12 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на кратковременные слабые боли в животе без определенной локализации, связи с приемами пищи, тошноту, рвоту, сниженный аппетит в течение нескольких месяцев.

Соматический статус: правильное телосложение, удовлетворительное питание; живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Секреторная функция желудка в пределах нормы, данные фракционного зондирования двенадцатиперстной кишки свидетельствовали о спазме сфинктера Одди, пилороспазме. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки патологии не выявило. Наследственность: мать страдает ВСД с гипотензией.

История развития, проявления болезни, лабораторные и эндоскопические данные позволяют установить наличие функциональных расстройств желудка, дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Мальчик от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, родился доношенным. Развивался в соответствии с возрастом. До 3 лет часто болел простудными заболеваниями. Посещал детский сад с 3 лет, к коллективу приспособился удовлетворительно. С раннего возраста ребенок характеризовался как впечатлительный, ранимый, капризный. До 7 лет воспитывался в условиях мелочной опеки, с первого класса школы родители стали предъявлять к сыну повышенные требования, но он не радовал их школьными успехами. У мальчика рано проявились способности к спорту, и он был переведен в спортивную школу, где вскоре возник конфликт с учительницей по математике, которая унижала мальчика за отсутствие способностей. Во время очередного конфликта у ребенка возникла рвота, которая стала повторяться на каждом уроке математики и даже при случайной встрече с учительницей в школе, позднее появились незначительные боли в животе, на которых сосредоточили свое внимание родители и педиатры. Уточнение истории жизни и болезни, выявление психологического конфликта позволили установить диагноз: невротическая рвота.

Гастроэнтерологические психосоматические реакции у детей младшего возраста рекомендуется купировать антидепрессантами и седативными препаратами растительного происхождения [Лавренова Г. В. и др., 1993]. Не очень тяжелые абдоминальные боли поддаются препаратам мяты перечной или цветков ромашки. При сильных болях показаны антидепрессанты (амитриптилин), азафен, транквилизаторы (элениум, реланиум, феназепам), малые нейролептики (терален, хлорпротиксен). Рецидивирующую рвоту лечат сбором из мелиссы, мяты, ромашки, мебикаром, феназепамом или в тяжелых случаях этаперазином. Традиционный терапевтический подход при лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки сводится к назначению щадящей диеты, лечебно-охранительного режима и медикаментов, снижающих секрецию желудочного сока, расслабляющих мускулатуру, болеутоляющих, стимулирующих процессы восстановления поврежденной слизистой оболочки. Однако у детей, как предполагают, может быть самостоятельное заживление язвы. Отмечается их податливость психотерапии, благоприятное воздействие помещения в больницу, что связывают с изоляцией от обычных раздражителей домашней и школьной обстановки, нормализацией сна, режимом питания [ЗерновН. Г. и др., 1989].

Все же медикаментозная терапия язвенной болезни у детей оказывается необходимой, и методики применения соответствующих средств (антациды, селективные М-холинолитики, $H_2$-гистаминоблокаторы, антагонисты гастриновых рецепторов, пленкообразующие простогландины) в настоящее время разработаны очень подробно [Шабалов Н. П., 1999].

Необходимо включать в традиционную терапию психотропные средства и психотерапевтические методы лечения, иначе лечение больных с нервно-психическими проявлениями может быть неэффективным [Гамерова Г. С, Быстрое В. Н., 1987]. Рекомендуется назначать психотропные средства в зависимости от нервно-психической симптоматики в небольших дозах, но длительными курсами; успокаивающие, снижающие тревогу транквилизаторы, нормализующие настроение антидепрессанты, нейролептики.

В связи с тем, что у детей некоторые психофармакологические препараты вызывают токсическое действие на органы пищеварения, аллергизацию, привыкание, следует более широко использовать психотерапию.

Для психотерапевтического воздействия предлагают внушение наяву, гипносуггестию по методике В. А. Скумина (1986), гипноз, аутотренинг, рациональную, косвенную, семейную психотерапию и другие методы [Рожнов В. Е., Драпкин Б. 3., 1980; Филатов А. Т. и др., 1983]. Основными задачами психотерапии являются снятие и предупреждение психических нарушений; усиление действия и опосредование лечебных процедур, проводимых по поводу основного заболевания; воздействие на отдельные симптомы соматического заболевания (боли, диспептические явления, нарушения сна и т. д.); психологическое приспособление детей к условиям больницы, санатория; форми-

рование у больного установки на борьбу с болезнью и выполнение врачебных назначений. Психодинамически ориентированные психотерапевты при психотерапии язвенной болезни и других психосоматических расстройствах желудочно-кишечного тракта рассчитывают на торможение агрессивных влияний на слизистую оболочку и поддержку защищающих слизистую факторов [Freyberger H., 1999] или на возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача, что уменьшит внутренний стресс [Luban-Plozza B. et al., 1994].

Для иллюстрации приводим одно из наблюдений.

**ПРИМЕР**

Владислав З., 12 лет, находился в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: язвенная болезнь в стадии обострения, язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Поступил с жалобами на постоянные боли в верхней части живота и правом подреберье, усиливающиеся натощак; выраженные диспептические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога). Боли в животе впервые появились в четырехлетнем возрасте и носили неопределенный характер. В последние 2 года боли усилились, приобрели регулярный характер. Состояние ухудшилось с началом учебного года и сменой школьного коллектива в связи с переездом на новое место жительства.

Мальчик — от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания в ранние сроки, родился доношенным, развивался в соответствии с возрастом. Наследственность отягощена: у бабушки по материнской линии язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Соматический статус: удовлетворительное питание, язык умеренно обложен, выраженная болезненность в правом подреберье. Исследование желудочного сока выявило значительное повышение кислото- и ферментообразования. При эндоскопическом исследовании обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Была назначена традиционная терапия, включающая диету, средства, снижающие кислото- и ферментообразование, болеутоляющие и противовоспалительные препараты. В связи с сохранением болевого и диспептического синдромов через 10 дней терапия была усилена назначением $H_2$-гистаминоблокаторов (гастроцепин), стимуляторами восстановления слизистой оболочки желудка. Однако клинически и эндоскопически положительная динамика не отмечена.

Упорное течение заболевания, неэффективность терапии, своеобразие личности больного заставили врачей обратить внимание на психосоциальные условия развития заболевания. Мальчик из полной семьи. Мать — медсестра, добрая, замкнутая, подчиняемая. Отец — военнослужащий, волевой, властный, деспотичный; по отношению к сыну проявляет жестокость, применяет физические методы воспитания. Со старшей сестрой (студенткой) у мальчика теплые, доверительные отношения. В школе с начала учебного года сложились конфликтные отношения, так как ребенка не приняли в новом коллективе, ежедневно били. Успеваемость резко ухудшилась. Родители знали о ситуации в школе, но отец считал ее обычной и требовал от сына самоутверждения. Психологическое обследование обнаружило высокую тревожность, эмоциональную чувствительность, неуверенность в себе, недостаточную общительность, высокий самоконтроль. После выявления психотравмирующей ситуации и объяснения родителям ее роли в возникновении заболевания было принято решение о возможности домашнего обучения. Через две недели больной был выписан домой с зарубцевавшейся язвой.

# ПРОФИЛАКТИКА

Зная основные причины и механизмы развития язвенной болезни и предъязвенных состояний, можно составить систему мер, имеющих целью предупреждение возникновения заболевания, увеличение продолжительности ремиссии, профилактику нервно-психических нарушений, сопровождающих соматическое заболевание.

Для первичной профилактики язвенной болезни и предъязвенных состояний необходимо определять группу риска, включающую детей с отягощенной наследственностью по психосоматическим и нервно-психическим заболеваниям, перенесших внутриутробные, родовые и послеродовые травмы и вредности, имеющих функциональные или органические поражения ЦНС, испытывающих психическое напряжение в связи с неблагоприятными семейными условиями или неблагополучием в учебном заведении.

Профилактика также предусматривает создание соответствующих условий для развития ребенка — режима, питания, оптимальных условий жизни. Психологический аспект профилактики включает создание гармоничных отношений в семье и школе, психологическую подготовку личности к переживанию стрессов, развитию способности личности приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам жизни.

Вторичная профилактика направлена на стабилизацию улучшения и уменьшение числа обострений. С этой целью психосоциальные методы должны входить в программу обследования больных с язвенной болезнью и предъязвенными состояниями. Система профилактических мер включает нормализацию режима питания, регулирование физических и психических нагрузок. Учитывая выявленную высокую связь клинических проявлений язвенной болезни, необходимо строго оценивать физические и интеллектуальные возможности ребенка, выбирать оптимальные соотношения труда и отдыха. Рекомендуется особую роль отводить психотерапевтическим методам, препятствующим обострениям, направленным на психокоррекцию личности, устранение психотравмирующих обстоятельств, нормализацию микросоциальных (семейных, школьных) условий. Устранение неблагоприятных влияний не только увеличивает продолжительность периода улучшения между обострениями предъязвенных заболеваний, но и способствует предупреждению трансформации их в язвенную болезнь.

Успешное лечение этих состояний требует своевременного распознавания и совместных терапевтических усилий педиатра и психолога или психотерапевта. Такой подход к лечению больных язвенной болезнью и предъязвенными состояниями позволит предотвратить превращение начальных невротических и неврозоподобных психических нарушений в более тяжелые, такие как психопатическое развитие, соматогенный психоз и другие.

Глава 9

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Расстройства эндокринных органов и обмена веществ невозможно понять в отрыве от тесно связанных с ними нарушений вегетативной и соматической нервной системы. Эндокринные, или точнее нейроэндокринные, синдромы тесно связаны с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями. Многочисленность функций гипоталамуса, их зависимость от нейротрансмиттерного контроля, тесная двусторонняя связь с другими структурами лимбико-ретикулярного комплекса, его включение в церебральные системы нейроэндокринной, психовегетативной регуляции во многом определяют клинический полиморфизм нейрообменных-эндокринных синдромов [Вознесенская Т. Г., 1991]. Эти нарушения не только клинически разнообразны, они зависят от того, какие именно этиологические и патогенетические факторы принимают участие в их происхождении. В этой связи их очень трудно относить к тем или иным нозологическим формам. Доказана значительная и даже определяющая роль психических расстройств в возникновении нарушений месячного цикла [Гуревич Е. И., 1956; Свет-Молдавская Е. Д., 1957; Десятников В. Д., Сорокина Т. Т., 1981; Микиртумов Б. Е., 1988], диабета [Добжанская Т., 1973; ПечерниковаТ. П. и др., 1990; Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994; Елфимова Е. В., 1995], ожирения [Bruch W., 1939; Crisp A. H., 1982]. На связь между нейроэндокринными факторами и невротическими расстройствами удетей препубертатного возраста указывает В. С. Подкорытов (1986). Он полагает, что при неврозах нарушается регуляторная функция гипоталамуса, деятельность щитовидной железы. В настоящей главе эндокринные расстройства и нарушения

обмена будут рассмотрены в связи с тем, что в происхождении значительной их части принимают участие психическая патология или реакция личности на психотравмирующие обстоятельства, в то время как при анализе патогенеза и планировании лечения это в полной мере не учитывается. Необходимо отдавать себе отчет в том, что эти факторы хотя и могут быть драматическими в жизни больного, но не являются единственными. Патогенетическое их значение определяется тем, что в случае, например, биохимического дефекта гипоталамической регуляции, обычно наследственного генеза, гуморальные и нервные стрессорные факторы действуют на наиболее слабое место. При этом, по-видимому, имеют особое значение эндокринные сдвиги, возникающие в процессе защиты организма и личности от психотравмирующих обстоятельств. Под влиянием эмоциональных стрессов может возникнуть и другой механизм развития эндокринных синдромов. Этот механизм определяется сочетанием нервно-психических расстройств с лечением психофармакологическими препаратами.

## Распространенность эндокринных расстройств и нарушений обмена у детей и подростков

По отчетным данным (по обращаемости) за 1994 г., в городах Российской Федерации заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ и иммунитета на 1000 детей выявлено 9. Сама по себе эта цифра отражает значительное число больных этими серьезными заболеваниями, но более тревожный факт — рост заболеваемости по сравнению с 1990 годом почти в 2 раза (Государственный доклад 1994 г. «О положении детей в Российской Федерации»). Рост числа этих заболеваний, как впрочем и ряда других, объясняют возрастанием агрессивности факторов внешней среды и стрессовых нагрузок [Веселов Н. Г., 1996]. Эти эпидемиологические материалы свидетельствуют не только о большой распространенности обсуждаемой здесь патологии, но и о зависимости ее возникновения от тех трудностей жизни, в которых живет подрастающее поколение. В одном из районов Санкт-Петербурга болезни эндокринной системы, расстройства питания, обмена веществ занимают 4-е ранговое место (6%) в происхождении детской инвалидности всех возрастных групп. При этом уровень инвалидности с возрастом увеличивается: у детей школьного возраста этот показатель в 4,5 раза выше, чем у детей первых 3 лет жизни [Попова Т. В., 1995].

В этом разделе представлены те нейроэндокринные синдромы и нарушения обмена, в патогенезе которых эмоциональный фактор играет большую роль.

## Гипертиреоз

Гипертиреоз — усиленная функция щитовидной железы, часто развивающаяся в связи с сильными переживаниями, кратковременными или продолжительными жизненными трудностями на фоне наследственной предраспо-

ложенности и дисгармоничных семейных отношений в раннем детстве больного. Провоцирующими факторами этого заболевания могут быть смерть близкого человека, несчастный случай, разрыв отношений, переживание потери. Следствием увеличенной секреции гормонов щитовидной железы являются двигательное и внутреннее душевное беспокойство, легкая возбудимость и раздражительность. Необычная возбудимость и чувствительность длительное время создают повышенный уровень деятельности индивида.

### Личность больного

Больные, страдающие гипертиреозом, проявляют постоянную готовность перевыполнять свои задания. У многих из них в детстве создавалась ситуация, которая вынуждала к большой степени самостоятельности (ранняя утрата матери, развод родителей, участие в родительских конфликтах в раннем возрасте или воспитание младших братьев или сестер). Эти больные проявляют личностную зрелость, однако, они не при всех жизненных обстоятельствах оказываются на высоте, иногда с трудом скрывают слабость и страх перед половой жизнью взрослых, расставанием или собственной ответственностью или даже просто перед необходимостью выжить. Их фантазии заполнены умиранием и смертью [Luban-Plozza B. et al., 1994J. Больной с гипертиреозом — человек, «пытавшийся выдержать длившуюся всю жизнь борьбу со своим страхом» [Alexander P., 1951]. Стремление к успеху в обществе, труду и ответственности у этих больных, вероятно, выполняет роль успокоителя. «Контрафобические черты» развиваются более чем у $^2/_3$ больных. Отрицание и вытеснение страха — у $^1/_3$ пациентов. У подавляющего большинства больных стремление выдвинуться наблюдается в течение всей жизни. При этом трудовые и общественные достижения нередко доводят их до полного изнеможения [Brautigam W., Christian P., 1988].

### Лечение

Наряду с соматическим лечением с успехом используют стабилизирующую психотерапию с фокальной переработкой конфликтных пусковых ситуаций.

## Диффузный токсический зоб

Диффузный токсический зоб — заболевание, проявляющееся гиперфункцией и диффузным увеличением щитовидной железы, повышенным обменом веществ и изменениями в других органах. Чаще всего наблюдается в возрасте полового созревания. У детей развивается в 3—4 раза реже. Девушки страдают примерно в 5-8 раз чаще, чем юноши. Диффузный токсический зоб — аутоиммунное заболевание, развитию которого предшествуют инфекции или психотравмирующие обстоятельства [Строев Ю. И., 1999]. Выявлена патогенетическая зависимость возникновения диффузного токсического зоба

от предшествующего невроза с вегетативными симптомами, так называемой нейроциркуляторной дистонией [Баранов В. Г., 1977]. В начале заболевания, которое развивается постепенно и протекает с ремиссиями и обострениями, возникают нервно-психические расстройства. Больные становятся астеничными, утомляемыми, эмоционально лабильными, плаксивыми, раздражительными, возбудимыми, иногда даже агрессивными. Увеличивается их двигательная активность, затрудняется овладение школьной программой. Эти симптомы сопровождаются дрожью в теле, тремором пальцев, головными болями, потливостью, тахикардией, сердцебиением, болями в области сердца, мышечной слабостью, частым стулом. Увеличенный аппетит не приводит к нарастанию массы тела, а иногда и сочетается с явной худобой. Щитовидная железа увеличивается, появляется экзофтальм, блеск глаз, широкие глазные щели, тремор век, отставание верхнего века при взгляде вниз, нарушение конвергенции, редкое моргание.

## Острая недостаточность надпочечников

Острая недостаточность надпочечников — нарушение функции коркового слоя надпочечников. Наиболее часто ее возникновение связано со стрессами у детей, имевших латентную гипофункцию коры надпочечников [Мощич П. С, 1977]. В патогенезе острой надпочечниковой недостаточности играют роль ряд процессов: бактериальная инфекция, поражение сосудов, нарушение свертываемости крови, расстройство микроциркуляции, некроз ткани надпочечников. Выпадение кортикостероидной функции лишает организм возможности защищаться от вредоносных воздействий при стрессовых ситуациях с помощью формирования адаптационного синдрома. Клиническое состояние обычно тяжелое, оно характеризуется адинамией, слабым пульсом, падением артериального давления, мраморностью кожи, петехиальными кровоизлияниями, олигурией, анурией.

## Сахарный диабет

Сахарный диабет — заболевание, характеризующееся нарушением всех видов обмена и, в первую очередь, углеводного вследствие абсолютной или относительной недостаточности инсулина. Это самое частое эндокринное заболевание, встречающееся у подростков. На детский возраст приходится от 0,5 до 8% от общего числа заболевших людей. Пик заболеваемости приходится на возрастные группы 3–4 лет и 6–8 лет, а также подростков 11 — 14 лет. В происхождении диабета принимают участие многие факторы. Важнейший из них — наследственный. Возникновению заболевания способствуют инфекционные болезни, психотравмирующие обстоятельства, травмы головы. Доказано, что эмоциональный стресс через усиленную симпатико-адренэргическую стимуляцию может привести к повышению уровня сахара в крови и выделению его с мочой. В то время как у здоровых людей гормогликемия вскоре восстанавлива-

ется, при диабете этого не происходит. По мнению B. Luban-Plozzaetal. (1994), существуют психофизиологические связи, проявляющиеся увеличением выброса катехоламинов во время психической и физической нагрузки и торможением высвобождения инсулина из бета-клеток поджелудочной железы, что может так изменить обмен углеводов, как это происходит при диабете. До развития клинических признаков диабета наблюдаются астеноневротические, невротические, аффективно-шоковые и депрессивные реакции [Вечканов В. А., 1973]. Вероятно, во многих случаях они являются механизмом, запускающим нарушения обмена. К типичным клиническим симптомам явного сахарного диабета относятся жажда, сухость во рту, полиурия, никтурия, похудание. Учащается число мочеиспусканий. У младших детей появляется ночной и даже дневной энурез. Нередко возникает полифагия, которая быстро исчезает. В последующем присоединяются недомогание, повышенная утомляемость, нарастающая слабость, сухость кожи. Часто развиваются пиодермия, фурункулез, грибковые поражения, кожный зуд, заеды в углах рта. У девочек может появиться зуд в области половых органов, вульвит и вульвовагинит. Диагноз подтверждается обнаружением сахара в моче (1—8%), иногда ацетона и гипергликемией — 11,0-16,0 ммоль/л (200-300 мг%) и выше.

Сахарный диабет нередко осложняется кетоацидотической (диабетической) комой, чему способствует неорганизованность больных, несоблюдение режима диеты и инсулинотерапии, отказ от самоконтроля и наблюдения эндокринолога, психотравмирующие ситуации, инфекции, интоксикации.

Иногда возникают диабетические нейровегетопатии, которые проявляются тахикардией, упорной диареей, ортостатическим коллапсом. Диабетическая невропатия у детей осложняет основное заболевание в 10-60,6% случаев и проявляется поражениями центральной и периферической нервной системы. Возникновение этих нарушений зависит от степени тяжести диабета [Чукова-БожиноваТ. и др., 1975].

## Личность больного сахарным диабетом

M. Bleuler (1975) полагает, что для личности больных юношеским диабетом характерны шизоидные черты, что при трудностях она реагирует негативно или очень избирательно. Взрослые больные синтонны, имеют тенденцию к маскированной депрессии и депрессивным реакциям на трудные житейские ситуации. B. Luban-Plozza et al. (1994) считают, что больной с диабетом, осознавая свое заболевание, переживает чувство неуверенности. Хроническое заболевание может отрицательно повлиять на всю жизненную стратегию больного. Часто он организует всю жизнь вокруг своего страдания, испытывает чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности. F. Alexander (1950) констатирует наличие у больных с диабетом сильных желаний заботы о себе и активного стремления к зависимости от других. Они чувствительны к отказам в удовлетворении этих (оральных) желаний. Многие авторы в то же время соглашаются с тем, что не существует какого-либо определенного типа личности, свойственного больным с диабетом. Однако пси-

хические факторы серьезным образом влияют на течение болезни и терапию. Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом, искажается отрицательным эмоциональным отношением к заболеванию и его лечению. Она характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящими к формированию «комплекса отличия» от здоровых детей. Внутренняя картина болезни определяется тяжестью течения заболевания и событиями в ходе его развития, родительскими установками в отношении болезни. Внутренняя картина болезни у детей формируется по гипернозогнозическому (48,3%), гипонозогнозическому (24,1%) и прагматическому (27,6%) типу. Как преувеличение переживаний в связи с болезнью, так и игнорирование болезни с пренебрежением лечения затрудняют адаптацию ребенка, мешают активному осознанному контролю над уровнем сахара в крови [Зелинский С. М., 1993].

**Нервно-психические расстройства при сахарном диабете** разнообразны. У больных, страдающих диабетом, наблюдаются изменения настроения с преобладанием депрессии, молчаливость, апатия, мнительность, подозрительность, несдержанность, недостаточная мотивация поступков и конфликты с окружающими. Отмечаются заторможенность, снижение умственных способностей. Дети отстают в интеллектуальном развитии, хуже здоровых успевают вшколе [SochaJ., 1969]. У некоторых больных описывают галлюцинации. При резком уменьшении содержания сахара в крови может возникать неадекватное поведение, которое завершается обеднением сознания и комой. Почти у всех больных наблюдается астеническое состояние различной выраженности: утомляемость, снижение работоспособности, ослабление внимания, головные боли после нагрузок, склонность к гиперемии, диссомния и др. Выраженность астении зависит от степени тяжести диабета, усиливаясь при его декомпенсации. У 17% детей проявления астении стойкие, утомление у них вызывается малейшим напряжением, сопровождается головными болями, сонливостью, заторможенностью, явной раздражительной слабостью или гиперестезической слезливостью. Выделяют 3 варианта диабетической энцефалопатии: астенический, эксплозивный и апатический. Эти нервно-психические проявления нередко сочетаются с различными пароксизмальными состояниями. Развитию энцефалопатии способствуют частые гипогликемические состояния, гипогликемические комы и кетоацидоз. Наиболее часто встречающиеся симптомы энцефалопатии: стойкая церебрастения, легко возникающая истощаемость, раздражительная слабость, снижение памяти, ослабление внимания, инертность, вегетативно-вестибулярная дисфункция. Преобладающая в клинической картине аффективная взрывчатость и наличие эпилептоидных или истерических черт личности расценивается как эксплозивный вариант. Апатический вариант характеризуется сужением круга интересов, слабостью побуждений, пассивностью, замедлением психических процессов и нивелированностью личностных черт. У детей с минимальной органической недостаточностью сахарный диабет провоцирует обострение скрытых и компенсированных аффективных расстройств (депрессию или тревогу). Более чем у 50% детей имеют место сверхценные страхи темноты, высоты, открытого пространства, несчастных случаев с родителями или самими

больными, осложнений основного заболевания, комы, смерти, госпитализации, школы и т. д. Почти у $^1/_3$ больных — ночные страхи. Иногда встречаются фобии животных (собак), инъекций, ответа перед классом, одиночества. У 10% детей наблюдаются навязчивые действия и движения в форме онихофагии, напряжения крыльев носа, покашливаний, обнюхивания, втягивания воздуха. Личностные реакции с преимущественными нарушениями поведения в форме психопатоподобных состояний возбудимого или истероидного типа констатируют еще примерно у 10% больных. У многих больных усилены характерологические реакции: протеста, отказа, компенсации. У 30% эти реакции — патохарактерологические, а у значительной части из них обнаруживается тенденция к патохарактерологическому развитию личности [Зелинский С. М., 1993].

Лечение

Медикаментозное лечение следует сочетать со стабилизацией психического состояния, что облегчает нормализацию соматического состояния. Рекомендуется внушать больному чувство уверенности с тем, чтобы он, несмотря на ограниченные заболеванием перспективы, мог развивать свой творческий потенциал и жить полноценной жизнью. Оправдывает себя включение этих больных в центрированную по болезни групповую терапию или стационарное начало курса психотерапии, проводимого далее в амбулаторных условиях. Семейная психотерапия особенно эффективна у детей больных с диабетом. В семьях могут быть серьезные трудности преодоления болезни и нарушения общения, которые нередко становятся причиной обострения диабета у детей [Minuchin S. et al., 1983].

## Ожирение

Ожирение возникает как следствие нарушения энергетического баланса и обычно сопровождается повышением аппетита. Оно может быть вызвано психовегетативным стимулированием структур гипоталамуса, отвечающих за удовлетворение голода и насыщения. Патологическое обжорство является выражением повышенного чувства голода и/или уменьшением чувства насыщения. Перекармливание ребенка в грудном возрасте — диспозиция для увеличения жадности в потреблении пищи в дальнейшей жизни. При этом причина перекармливания младенца может быть различной. В одних случаях — это дань традициям, в других — нарушения взаимоотношений в диаде «мать-дитя». Если мать неправильно оценивает потребности ребенка в пище вследствие отрицательных невротических эмоций, неблагополучной семейной ситуации, постоянно повторяющихся стрессов, то она, компенсируя тревожное напряжение, перекармливает ребенка, полагая, что доставляет ему удовольствие и успокаивает его. Питание у многих лиц, страдающих ожирением и

расстройствами созревания в препубертатном и пубертатном возрасте, служит защитой от чувства утраты, особенно при депрессивных переживаниях или расстройствах. При этом невозможность преодоления утраты объекта заменяется поиском заменителя объекта, которым становится пища, удовлетворяющая и успокаивающая пациента. Он чувствует себя душевно уравновешенным, иногда даже становится эйфоричным [Freyberger H., 1999]. Страдающие ожирением часто отрицают как факт повышенного аппетита, так и объективную тяжесть своей излишней массы и диспластичности и нередко убеждают себя и окружающих в необходимости «немного поесть». Среди многих форм ожирения приведем еще один, механизм возникновения которого включает эндокринные расстройства.

## Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

Пубертатно-юношеский диспитуитаризм — нейроэндокринный синдром, проявляющийся дисфункцией гипоталамуса, гипофиза и других эндокринных желез. В его происхождении существенное значение имеют инфекции, васкулиты, ранняя сексуальная жизнь и другие вредности, в то же время развитию болезни способствуют стрессы. Среди клинических проявлений — ожирение, гинекомастия; стрии на животе, бедрах и плечах; могут быть также жажда, зябкость, выпадение волос, головные боли, запоры, гипергидроз ладоней, нарушение менструального цикла у девушек. Больные высокого роста, на вид старше своего возраста, ускорено половое развитие. У некоторых больных появляется булимия или анорексия. Они эмоционально неустойчивы, легко аффектируются, чувствительны к обидам. Значительная часть из них замкнута, нелюдима, плохо осваивает школьную программу, отличается плохой памятью.

### Психотерапия

Назначаемое врачами диетическое питание больные используют по собственному усмотрению и потому, как правило, недостаточно успешно. В связи с этим целесообразно включать больных в группы самопомощи, работающих под девизом «следи за весом» и проводить один из вариантов поведенческой терапии. Во время проведения последней больной при приеме пищи учитывает постоянный и явный контроль со стороны. Это делает возможным с помощью интенсивных тренировок достичь сдерживания потребности в приеме пищи.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК

## Психосоматический континуум в гинекологии

Для современного этапа развития гинекологии характерно формирование нейроэндокринологического направления, которое соединяет психоневрологию и гинекологию для изучения функционального состояния нервной системы и гормональной регуляции. Основным звеном в организации системы регулирования психофизиологических соотношений являются церебральные интегрирующие механизмы, формирование которых осуществляется также на физиологическом (орган), психологическом (личность) и социально-психологическом уровнях. Многоуровневый характер системы регулирования не позволяет расценивать психопатологические явления при соматических заболеваниях как непосредственное следствие соматических нарушений, даже если первичные сдвиги возникли на одном из физиологических уровней [Березин Ф. В., 1985]. Психосоматические и соматопсихические нарушения образуют последовательный ряд — психосоматический континуум, отражающий системность организации регуляции. Кольцевая взаимосвязь психического и соматического факторов составляет основную патогенетическую ось патологии [Вейн А. М., 1985]. Следует отметить, что, по сравнению с психосоматической патологией, клиническая картина и патогенез соматопсихических нарушений детского возраста изучены далеко не полно. Сложившееся положение отражает недостаточный уровень исследования взаимосвязи между физическим, биологическим, эмоциональным и психическим развитием подростков. Между тем, ряд данных подтверждает важность этой проблемы. Известно, например, что менструальный цикл влияет на уровень физической и умственной работоспособности девушек. В свою очередь, интенсификация физического развития влияет на становление менструальной функции. Мало изучено состояние нервной и психической систем при патологии репродуктивной функции в пубертатном возрасте.

Основными формами нарушений репродуктивной функции в пубертатном возрасте являются функциональные расстройства менструального цикла, составляющие в структуре гинекологической заболеваемости детей и подростков около 25%. К ним относятся ювенильные кровотечения — маточные кровотечения различной интенсивности и продолжительности; альгодисменорея — приступы схваткообразных болей внизу живота, сопровождающиеся вегетативно-сосудистыми, обменными и эндокринными расстройствами (головные боли, озноб, полиурия, отеки, зуд и др.); психогенная аменорея и опсоменорея — нарушение ритма менструаций от 2 до 6 месяцев. Согласно современным представлениям их патогенез связан с нарушениями циклической деятельности в системе гипоталамус—гипофиз—яичники—матка, что

сопровождается изменениями эстрогенной активности. При альгодисменорее играют роль изменения порога болевой чувствительности в результате повышения синтеза простагландинов. В этиологии, наряду с особенностями конституции, инфекционными и вирусными заболеваниями, патологией антенатального периода, имеют значение и психогенные факторы. Сведения об их роли сводятся к констатации того факта, что психические травмы могут непосредственно предшествовать менструальным расстройствам.

При изучении психического состояния девушек с нарушениями репродуктивной функции выявляется ряд проблем, требующих системного подхода — исследования биологических, психологических и социальных характеристик в их общей взаимосвязи. Комплексный подход, включающий психологические и психопатологические аспекты, позволяет подойти к решению вопросов психогигиены периода полового созревания и становления менструальной функции, психопрофилактики ее нарушений, отношения больных к расстройствам менструального цикла и изменений при них нервной системы. Отсутствие физиологических представлений о менструациях нередко приводит к развитию тревожного отношения девочек к кровотечению или приступам боли, «ассоциации менструаций с болезнью и возможностью смертельного исхода».

Подготовка девочек к специальному гинекологическому обследованию также требует психологического подхода. Определенное положение при осмотре не является, как считают, естественным для девочек. Обследование вызывает психическое напряжение, острое чувство стыда, страх, боли, а иногда, как мы наблюдали, опасения «утраты девственности» с возможными препятствиями при вступлении в брак.

Проблемы пола стоят в одном ряду с такими конфликте генными факторами, как потеря родителей или глубокие расхождения между желаниями и действительностью. При словесном тесте у девушек наблюдаются наиболее явные изменения ЭКГ и ЭЭГ на словесные эротические раздражители. Высокая субъективная значимость сексуальных переживаний лежит в основе патологического формирования характера у подростков с тяжелыми урологическими заболеваниями и первичным гипогонадизмом. В последнем случае гормональный фактор оказывает не прямое, а опосредованное влияние, облегчая или затрудняя овладение формами поведения, традиционно связанными с мужской или женской половыми ролями.

Изучению состояния нервной системы при расстройствах репродуктивной функции в пубертатном возрасте посвящены лишь отдельные исследования. При таких формах, как ювенильные кровотечения, дисменорея и аменорея, изменения нервной системы встречаются практически у каждой больной. У значительной части из них эти изменения, как считают, носят органический характер с преобладанием диэнцефальной и стволовой симптоматики. У меньшей части нарушения протекают по типу вегетативно-эндокринной дисфункции с менее выраженной органической патологией. При первичной альгодисменорее экстрагенитальная патология проявляется вегетососудистой дистонией. Отмечают также значение особенностей личности,

от которых зависит характер субъективного восприятия болезненных ощущений. Нельзя при этом не учитывать влияние матери, которая может внушить своей дочери, что все женщины испытывают боли при менструациях. Предменструальный синдром у матери также может способствовать возникновению патологического рефлекса боли при менструациях у дочери.

Психопатологические аспекты нарушений репродуктивной функции в подростковом возрасте по существу не исследованы. Этот пробел отражает существующую избирательность выбора при изучении психосоматических и соматопсихических нарушений детского и подросткового возраста. Значительная часть исследований направлена, преимущественно, на решение проблемы психосоматических соотношений и лишь некоторые из них — соматопсихических. Необходимость значительного расширения психопатологических исследований в детской и подростковой гинекологии имеет непосредственное отношение к выполнению важной задачи охраны материнства и детства.

## Психогенные факторы при нарушении репродуктивной функции

Этиологическое значение имеют как острые, так и хронические психогении. Среди острых преобладают семейные конфликты, смерть одного из родителей, тревога за их здоровье, опасения за свое здоровье, угроза для жизни при попытке насилия, реже — наказания и несчастные случаи. Среди хронических — нарушения гармонии семейных отношений и условий воспитания, конфликты со сверстниками и педагогами, напряжение при учебных перегрузках. Острые психогении в сравнении с хроническими встречаются реже (40% и 60%) и отмечаются, как правило, на фоне хронических конфликтных ситуаций. Патогенное значение имеет не столько сила воздействия, сколько повторный характер субъективно значимых переживаний на всем протяжении пре- и пубертатного периодов (психические травмы «медленного накопления»). В процессе созревания нарастает избирательная чувствительность репродуктивной системы к психологическим факторам, что значительно повышает уровень их патогенности.

Психические реакции на трудности отличаются значительным полиморфизмом — от острой тревоги до рецидивирующих невротических расстройств, затяжных субдепрессивных состояний и нарушений поведения. При повторении реакций нарастает их тяжесть от субневротического до невротического уровня реагирования. Состояние хронического эмоционального напряжения вызывает расстройство эмоционально-вегетативного реагирования, снижает адаптацию и способствует нарушению центральных регулирующих функций гипоталамуса.

## Характерологические особенности больных с нарушениями репродуктивной функции

В структуре характера выступает ряд определенных черт, таких, как доходящая до крайности изменчивость настроения (лабильный тип), повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондрии (астено-невротический тип), нерешительность, повышенная ранимость и чувство собственной неполноценности (сенситивный и психастенический типы). По своей выраженности эти свойства не достигают уровня психопатии, представляя крайние варианты нормы, акцентуированные черты.

Несколько реже выступают черты истероидного типа с характерной капризностью, эгоцентризмом и стремлением привлечь к себе внимание; неустойчивого типа — со стремлением избегать трудностей и повышенной тягой к развлечениям; циклоидного и гипертимного типов — с циклическими колебаниями настроения; еще реже эпилептоядного типа — с крайней эмоциональной напряженностью, аффективной взрывчатостью и шизоидного — с заммкнутостью и отгороженностью от окружающих.

Типологические особенности характера свойственны значительному большинству больных (свыше $^4/_5$), что составляет достоверное различие по сравнению с частотой акцентуированных типов общей популяции.

Как можно видеть, отсутствуют достаточные основания для выделения специфического типа личности больных с нарушениями репродуктивной функции. Следует, однако, отметить, что среди всех типов акцентуаций характера (по классификации А. Е. Личко, 1977) достоверно преобладают лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический и истероидный — более, чем у $^2/_3$ обследованных. При всем различии характерологических черт, у них наблюдаются общие особенности эмоциональности — повышенная возбудимость и раздражительность, лабильность, тревожность и сенситивность. Экспериментально-психологические исследования эмоциональности по методикам Спилбергера, Люшера и Айзенка коррелируют с этими данными и показывают у испытуемых повышенный уровень тревожности, эмоциональной и вегетативной лабильности.

Такие особенности эмоциональности являются одним из внутренних условий для развития эмоционального напряжения, так как именно они определяют характер личностных реакций на конфликтные ситуации, кататимную (тревожную и сенситивную) переработку доминирующих переживаний.

## Типы отношения к болезни

В системе личностных ценностей ведущую роль играет не столько клиническая, сколько субъективная оценка симптомов болезни. В пубертатном возрасте на формирование оценки себя как представителя женского пола влияет Развитие репродуктивной функции организма. При функциональных рас-

стройствах менструального цикла субъективное значение симптомов, таких как маточные кровотечения, приступы болей или прекращение менструации, определяется прежде всего их отношением к репродуктивной функции. Представления о возможном ее нарушении и сомнения в своей способности к рождению детей обладают выраженным эмоциональным воздействием. Формируется комплекс собственной малоценности с относительно специфическими чертами. В его основе лежат как мысли о неполноценности генеративных органов, так и сомнения в возможности семейной жизни.

В структуре конфликтных переживаний выявляются рудиментарные проявления так называемой скоптофобии — стыда за свою болезнь, стремление скрыть ее и избежать огласки. Это влияет на взаимоотношения со сверстниками обоего пола, препятствует развитию привязанностей и увлечений.

«Я не могу дружить с мальчиком, — говорит одна из больных 14 лет, — вдруг он узнает, что я болею. Что он подумает обо мне? Выходит, что я обманываю его, что-то скрываю». Другая больная, 15 лет, прямо сказала, что не может ни с кем дружить, так как она «... не такая как все... неполноценная как девушка», и закончила, плача: «... а зачем я ему такая... Я и замуж не могу выходить».

Психогенетические механизмы комплексных переживаний связаны преимущественно с кататимно-личностной, а не с логической переработкой. В структуре кататимного мышления преобладают эмоциональные связи тревожной направленности, которые оказывают прямое влияние на отношение к реальности. Возникшие под влиянием болезни переживания малоценности приобретают патогенное качество и становятся одним из внутренних механизмов, определяющих отношение к ней.

Для эмоционального отношения к болезни характерны значительная переоценка больными тяжести своего состояния, реже — его недооценка или адекватное отношение.

Достаточно объективная оценка (нозогнозический тип) и стремление к выздоровлению встречается примерно у каждой четвертой больной с нарушениями репродуктивной функции.

Недооценка тяжести состояния (гипонозогнозический тип) наблюдается у каждой шестой больной. У одних — отсутствует беспокойство по поводу болезни (анозогнозическии вариант). Расстройства менструального цикла, по их мнению, не являются болезнью. К своему положению относятся с недовольством, не считают себя настолько больными, чтобы обращаться за врачебной помощью. У других больных недооценка своего состояния связана с попыткой «рационального» объяснения возможных причин расстройства цикла (рационализирующий вариант). Они указывают на свойственную им «излишнюю впечатлительность», «повышенную чувствительность к боли» или «расшатанные нервы», потребность «в отдыхе». В основе всех объяснений, по-видимому, имеют значение защитные личностные механизмы.

Переоценка тяжести своего состояния (гипернозогнозический тип) встречается у большинства больных (более чем у $^{2}/_{3}$), в различных вариантах, но для каждой больной характерна высокая субъективная значимость симптомов болезни.

**Тревожный вариант**

Постоянное беспокойство и тревога за свое здоровье возникают в связи с длительными маточными кровотечениями («вытечет вся кровь, и я умру»). Появляются опасения возможной потери способности к деторождению («могу не стать матерью»). Тревожное ожидание приступов боли перед началом регул наблюдается при альгодисменорее. Во время приступа болевые ощущения воспринимаются как сигнал внезапного ухудшения здоровья («такое ощущение, что вот-вот умру»).

**Ипохондрический вариант**

Все внимание больных сосредоточивается на болезненных ощущениях. При нарастании их интенсивности — мучительных ощущениях жжения, рези, стягивания и давления, появляются мысли о тяжелом заболевании («рак матки, приступ гнойного аппендицита»), возможности смерти.

**Меланхолический вариант**

Больные мучаются постоянными сомнениями в своей способности к рождению детей, размышляют о собственной малоценности («я не такая как другие девочки»). В поведении появляются все свойственные им раньше стремление к одиночеству, задумчивость, плаксивость. Проскальзывает мысль об обреченности, безысходности, иногда — нежелание жить («я как выжатый лимон... ничего не хочу»).

**Неврастенический вариант**

Характерно проникнутое унынием отношение к своему положению. Больные склоняются к тому, что не следует обнадеживать себя. Легко обижаются, плачут. С раздражением жалуются, что «им не повезло в жизни». В их недовольстве проглядывает растерянность, потребность в утешении, участии.

**Сенситивный вариант** является относительно частым в отношении девочек с менструальными расстройствами. Достаточно сказать, что нередко проходит не одна неделя, прежде чем больные обращаются за помощью к детским гинекологам. Обостренная стыдливость и опасение возможной огласки принуждают скрывать болезнь в ущерб здоровью. Тягостные переживания собственной неполноценности в той или иной мере захватывают почти каждую из больных. Однако в выраженной форме — доминирующих или сверхценных идей — сенситивный вариант встречается лишь у части из них.

**Апатический вариант** выявляется лишь у отдельных больных, в основном при рецидивирующем течении заболевания. Они не проявляют беспокойства и озабоченности за исход болезни, не интересуются результатами обследования, безразличны к лечению. Смиряются со своим положением. Апатия сопровождается снижением активности, ограничением общения со сверстниками, потерей интереса к учебе.

## Осведомленность больных о физиологии репродуктивной функции и отношение к болезни

Элементарная осведомленность о физиологии репродуктивной функции является одним из условий завершения формирования полового самосознания у девушек в пубертатном периоде. Такой подход отвечает требованиям воспитания — соответствие его объема и направления определенному возрастному периоду.

Уровень и объем элементарных понятий о беременности и родах достаточно полно соответствует возрасту практически у каждой из девочек и отвечает их заинтересованности в получении этого рода сведений. В то же время их осведомленность о менструальном цикле недостаточная. Практически все девочки имеют представления о периодичности и длительности менструаций, но не все связывают это с функцией матки. Элементарные понятия о циклических изменениях в матке в объеме пособия для учащихся школы отсутствуют примерно у каждой третьей девочки. По мнению одних — «выходит лишняя кровь», другие говорят о «старой», третьи — об «отслужившей», а некоторые даже о «гнилой» крови. Естественно, что сведений о центральной регуляции репродуктивной функции не имеют почти все девочки (91-96%). В то же время почти каждая из них правильно понимает физиологическое значение менархе как начала созревания репродуктивной функции женского организма. Таким образом, по меньшей мере каждая третья не может адекватно оценивать физиологические изменения организма.

При объективной оценке тяжести своего состояния (нозогнозия) больные, как правило, располагают достаточными физиологическими сведениями, и, что важно, некоторые из них вполне понимают преходящий характер нарушений.

При гипонозогнозии девочки имеют необходимые гигиенические сведения, но половина из них не осведомлена о характере физиологических изменений в матке («выделения бывают при ее расширении»). Возможно, это является одной из причин недооценки тяжести состояния, так как они не связывают расстройства регул с патологией матки. О достоверности этого предположения можно было бы говорить лишь при условии исключения влияния защитных психологических механизмов.

Значительное преувеличение тяжести своего состояния (гипернозогнозия) наблюдается как у тех, кто имеет достаточные сведения ($^2/_3$ больных), так и тех, у кого они неполные ($^1/_3$). Первые из них, опираясь в какой-то мере на свою осведомленность, приходят к мысли, что изменения в матке могут привести к нарушениям нормальных условий для вынашивания плода. Эти мысли поддерживают их сомнения в своей способности к деторождению. Так же рассуждают и вторые. Хотя они и не могут разобраться в характере своего заболевания, тем не менее приходят к мыслям о бесплодии.

Таким образом, наличие или отсутствие элементарных физиологических сведений не имеют решающего значения для формирования отношения к болезни.

### Влияние преморбидных свойств характера на отношение к болезни

Эмоциональное отношение к болезни зависит от влияния определенных характерологических свойств — глубоких колебаний настроения (лабильный тип акцентуации), склонности к ипохондрии (астеноневротический тип), повышенной впечатлительности (сенситивный тип), реже — стремлением привлечь к себе внимание (истероидный тип). Эмоциональная лабильность, тревожность и сенситивность предопределяют кататимный характер мышления - тревожную направленность в оценке тяжести менструальных расстройств и их возможных последствий. Эти черты на переднем плане у больных, преувеличивающих тяжесть болезни. При ее недооценке не отмечается преобладания каких-либо типов акцентуации, а объективное отношение встречается преимущественно у больных без акцентуаций характера.

## Нервно-психические расстройства при функциональных нарушениях менструального цикла у девушек в пубертатном возрасте

Основные формы психических нарушений относятся к пограничным соматогенно обусловленным состояниям и выражаются астеновегетативными (27%), аффективными (41%), ипохондрическими (27%) и обсессивно-фобическими (5%) расстройствами. Эти состояния отражают неглубокий невротический уровень психического реагирования.

**Астеновегетативные проявления** как общие расстройства наблюдаются практически у каждой больной, но в качестве ведущего симптомокомплекса выступают лишь у части из них. Динамика развития синдрома выражается в последовательной смене стадий астении в зависимости от степени постгеморрагической анемии или тяжести общего состояния при длительном прекращении менструаций.

При легкой форме преобладают гиперстенические проявления, сопровождающиеся вегетативнососудистыми расстройствами симпатического или смешанного типов ($^2/_3$ больных). Настроение легко меняется от спокойного до подавленного, раздражительного и тревожного. За вспыльчивостью, грубостью, которые часто заканчиваются слезами, видна растерянность. Больные ее скрывают и, не зная, как наладить отношения, чувствуют обиду, замыкаются. Повышенная возбудимость сопровождается постоянной слабостью. Однако больные неохотно жалуются, пытаются скрыть ухудшение самочувствия. Раздражительная слабость сочетается с вегетативнососудистой лабильностью — головокружением, головной болью, тошнотой, изредка рвотой и обмороками.

При состояниях средней тяжести и в отдельных случаях при тяжелой форме наблюдается переход во II стадию с преобладанием гипостенического ком-

понента ($^1/_3$ больных). В настроении преобладает угнетенность, нарастают вялость и апатия. Относительно глубокий уровень нарушений характеризуется предобморочными и обморочными состояниями вазовагального типа, ортостатическим синдромом, транзиторными гипопатическими и психосенсорными расстройствами. При гипопатии восприятие окружающей реальности не сопровождается эмоциональными переживаниями (симптом дереализации), носит неяркий, неочерченный характер. Например, больная 14 лет время от времени видит предметы, людей «как будто через пленку., смутно... люди двигаются как тени». С тревогой спрашивает — «не нарушилось ли у нее зрение».

При утрате субъективного компонента эмоциональных реакций у больных появляется мучительное чувство опустошенности, безразличия (симптомы психической анестезии). Больная 14 лет жалуется, что стала «равнодушная, как робот... все делаю как во сне... перестала радоваться встречам с матерью». Добавляет с горечью: «Раньше я не была такая».

Нарушения психосенсорного синтеза проявляются в искажении восприятия формы, массы, частей собственного тела, оптико-вестибулярных расстройствах («голова тяжелая, большая... под ногами плывет пол, качается»).

**Аффективные расстройства** проявляются тревогой и страхом, астенодепрессивным и депрессивно-дистимическим явлениями.

Структурно-динамический анализ тревожного симптомокомплекса выявляет тенденцию его развития от субклинических нарушений типа повышенной тревожности до клинических расстройств синдромального уровня. При формировании тревожных реакций содержание определяется интерпретацией таких субъективно значимых симптомов, как продолжительные маточные кровотечения. Тревога за свое здоровье сопровождается опасениями последствий болезни — бесплодия.

Интенсивность тревожных переживаний нарастает по механизму кумуляции. Начальные формы трансформируются в патологическое образование. Аффективный компонент тревоги начинает значительно преобладать над вербальным, что находит свое выражение в тревожно окрашенном оживлении, суетливости. Этим закономерностям соответствует и динамика соматовегетативных проявлений — их преимущественно парасимпатическая направленность и пароксизмальная форма течения. Вагоинсулярные кризы проявляются понижением артериального давления, брадикардией, сердечными болями, неприятными ощущениями в эпигастрии, тошнотой, повышенным слюноотделением, ощущением жара, гиперемией, гипергидрозом. На высоте их развития наблюдаются синкопальные состояния в виде обморочных реакций или обмороков вазовагального типа. Активация симпатической и парасимпатической систем на этапе перехода к патологическим формам тревоги отражает нарушение центральных механизмов вегетативной регуляции.

В структуре симптомокомплекса наблюдается ряд относительно патогномоничных симптомов. Среди них следует отметить маточную гипералгезию, повышенную чувствительность к маточной боли. Для болевых реакций ха-

рактерно преобладание эмоционального компонента — чувства страдания, иногда отчаяния, страха. Как известно, между болью и страхом возникают двусторонние ассоциации. Их взаимное усиление по механизму «эмоциональной лавины» приводит к значительной интенсификации боли, причем последняя становится независимой от ее первоначальной основы. При определенном уровне ее интенсивности наблюдается интериоризация болевых ощущений. Характерны, например, представления о боли как о «раскаленном сгустке», перемещающемся в разные стороны от низа живота с непереносимым ощущением жжения, резания, разрывов.

Среди других симптомов выделяется повышенная чувствительность к таким специфическим сенсорным раздражителям, как цвет кровоотделений. Хроматические цвета, особенно оттенки красного, обладают выраженным аффективным воздействием. Эмоционально-зрительные ассоциации связывают тревожное состояние со зрительным восприятием теряемой крови. При анализе содержания сновидений больных наблюдается доминирование специфических образов — «разбитая голова с текущей из раны кровью», «залитое кровью лицо». Характерна гиперестезия слизистых оболочек половых органов и иллюзорная интерпретация ощущений при отхождении сгустков крови («льется струей»).

Повышенная чувствительность к запахам — характерная особенность обоняния у женщин в период полового созревания. При ювенильных кровотечениях отмечается гиперосмия и избирательная непереносимость различных запахов — красителей, табака, пота, чеснока, сыра и др. Наряду с этим характерна гиперосмия к запаху кровяных сгустков. Иллюзорная интерпретация этих ощущений лежит в основе сенситивных идей отношений. Некоторые из больных «замечали», как окружающие отворачивались от них, возмущались, давали понять, что они подозревают, от кого исходит запах.

**Синдром страха** характерен для больных с альгодисменореей и возникает, как правило, приступообразно. В продромальном периоде у больных наблюдается тревожное ожидание боли перед началом менструаций. С появлением приступа страх перед болью трансформируется в тревожные переживания угрозы жизни. Острая боль воспринимается не только как раздражитель, связанный со всем комплексом ощущений при менструациях, но в большей степени — как сигнал опасности — внезапного ухудшения здоровья. В субъективном восприятии острой боли аффективный компонент преобладает над сенсорным. С трудом перенося приступы, больные испытывают чувство страдания, стонут, кричат от боли. Страх перед последней по механизму взаимной индукции повышает чувствительность к ней.

В структуру приступа входят пароксизмальные вегетативные расстройства, характерные для страха — чувство сжатия в груди, перебои сердцебиений, тошнота, озноб, головокружение, «позывы на низ», слабость.

На высоте приступа боли развивается страх смерти. Он появляется в результате вторичной тревожной переработки всей первичной перцепторнои симптоматики — патологических ощущений, парестезии, гиперестезии, гипералгезии. Преобладание тревоги в эмоциональном восприятии боли вли-

яет на интенсивность, длительность и качество болевых ощущений. Боль включается в патологический процесс, резко его усиливая. Страх смерти выражается в виде неопределенного чувства, переживания угрозы для жизни — «такое ощущение, что вот-вот умру».

Болевые раздражители порождают страх в связи с непосредственным воздействием на защитную инстинктивную активность организма. Ввиду этого они в полной мере не осознаются. Их значение связывается больными с прямой угрозой для жизни. Граница между нормальным и патологическим страхом при пограничных состояниях относительная. Среди патологических признаков выделяют частоту, интенсивность, длительность, связь с ситуациями и объектами, обычно не вызывающими страха.

**Астенодепрессивный синдром** наблюдается преимущественно при продолжительном прекращении менструаций. В начальной стадии основное место занимают астеновегетативные расстройства с выраженными колебаниями настроения. При нарастании продолжительности и глубины эмоциональных нарушений на первый план выходит гипотимия с преобладанием депрессивного аффекта. В сознании больных доминируют представления о собственной малоценности и ненужности. Постоянные сомнения в своей способности к деторождению вызывают тягостные переживания о тяжелой участи, ожидающей их в будущем — обреченности на бездетность и одиночество. Мысль о том, что их никто не полюбит, наполняет жизнь горечью. К тоскливым переживаниям добавляется чувство жалости к себе. Некоторые больные высказывают мысль об утрате смысла жизни. Характерна прямая зависимость между глубиной гипотимии и тяжестью астеновегетативных расстройств. При выраженной депрессии преобладает гипостенический компонент астении с парасимпатической направленностью вегетативных нарушений.

**Депрессивно-дистимический синдром** отмечается в основном при альгодисменорее. Для динамики синдрома характерна определенная закономерность — по мере генерализации и нарастания интенсивности болевых ощущений симпатическая тонизация сменяется компенсаторной активностью парасимпатической системы. Снижается мышечный тонус, появляются тошнота, жар, предобморочное или обморочное состояния.

На фоне общего упадка сил снижается настроение. От жалости к себе девочки часто плачут. Размышляя о своей участи, думают об обреченности, безысходности. Иногда возникают мысли о нежелании жить. При общении больные легко раздражаются. Просят оставить в покое. В то же время тяготятся одиночеством. Испытывают потребность в поддержке — «хочется видеть кого-нибудь рядом с собой... подержать за руку».

Для настроения больных характерны колебания от подавленности, опустошенности, усталости и апатии до повышенной раздражительности, мрачности, обостренного чувства недовольства. Эпизодически отмечаются тревожные реакции, связанные с опасениями при появлении внезапных болей в сердце, ощущения перебоев, недостатка воздуха.

Приводим описание типичного случая из практики.

**ПРИМЕР**

Больная М., 13 лет, направлена для обследования и лечения в гинекологическую клинику в связи с острыми болями в правом боку, с рвотой в первые дни менструаций.

Анамнестические сведения. После 8 лет совместной жизни родители развелись из-за пьянства отца, мать воспитывает дочь вместе с бабушкой. Мать по натуре сдержанная требовательная. Бабушка также строга, внучка не скрывает своей неприязни к ней («не дает прохода»), однако при матери сдерживается. К отцу безразлична.

Родилась от первой беременности с тяжелым токсикозом на всем протяжении, недоношенной (масса тела — 1570 г), была помещена в кувез. С раннего возраста повышена эмоциональная и двигательная возбудимость, боязливость. Сосала палец, обкусывала ногти. Не выносила шумных игр, отходила в сторону, садилась на корточки, закрывала уши руками. В школе так уставала, что к концу дня ложилась на парту и закрывала глаза. Эпизодически наблюдались обмороки в духоте, при виде крови, после испуга. Уставая, легко раздражалась. Строгое отношение к себе считала «придирками», «систематическим издевательством».

Менархе в 13 лет, менструации по 5-6 дней, нерегулярные. За 2-3 дня до начала — острые боли внизу живота, особенно в правом боку, с рвотой. Боли настолько сильные, что каждый раз вызывали «скорую помощь», дважды госпитализировали.

Психическое состояние. Жалуется на сильное головокружение, пошатывание. При резком изменении положения тела «все плывет перед глазами, подкашиваются ноги». Кожные покровы бледные, глаза «ввалились». Повышенная утомляемость, «в груди постоянно кипит раздражение на всех». В настроении перепады от вялого безразличия к «взвинченной» раздражительности и с трудом подавляемой озлобленности. Тяжело переживает свою болезнь: «Ни на что не надеюсь... понимаю, что вряд ли мне помогут». Не может удержаться от слез. Всхлипывая, говорит, что «всем с ней тяжело., никому она не нужна... никто ее не любит». С неожиданной ожесточенностью добавляет — «ну и пусть, мне никто не нужен... и, вообще, ну умру и умру». Потом просит не верить ей — «это я от обиды на себя... но мне одной тяжело».

Сомато-неврологический статус. Сухожильные и периостальные рефлексы неравномерные, справа выражены больше. Инфантильный тип сложения. На рентгенограмме черепа — признаки повышения внутричерепного давления. На ЭЭГ — умеренные изменения биоэлектрической активности, свидетельствующие о повышенной активности срединных структур. Умеренная эстрогенная насыщенность.

Акцентуация характера по астеноневротическому типу. По шкале самооценки Спилбергера: показатель личностной тревожности — 52, реактивной — 49. По опроснику Айзенка: показатель ЭИ — 9, эмоциональной стабильности-нестабильности — 14, неискренность — 4.

В процессе психотерапии снизилась интенсивность болевых ощущений, изменилось отношение к своему заболеванию, появилась уверенность в хорошем исходе.

Катамнез. Окончила в.классов. Менструальный цикл нерегулярный, приступы альгодисменореи редуцировались, настроение лабильное с преобладанием раздражительной угрюмости. Отношения с близкими неровные, особенно с бабушкой. Депрессивные переживания не выявляются.

В представленном наблюдении на всех этапах психического развития выступали проявления резидуально-органическои психической недостаточности. В раннем возрасте — в виде невропатии, осложнившейся церебрастенией и вегетативнососудистыми расстройствами с вазовагальными обмороками. В препубертатном периоде отчетливо выступали черты психического инфантилизма с истериформными реакциями. Поведенческие нарушения частично были связаны с воспитанием в условиях повышенной требовательности.

Острые приступы альгодисменореи сопровождались гипотимией. В структуре депрессии преобладали астенический и дистимический компоненты, пароксизмальные вегетативнососудистые расстройства парасимпатического типа. Достаточно глубокий уровень аффективных нарушений, преобладание дистимии, пароксизмальность вегетативных расстройств свидетельствуют о значительных изменениях церебральной реактивности, развивающейся на резидуально-органической основе. На это указывают и диффузно-органические изменения биоэлектрической активности мозга, а также преморбидные особенности характера астеноневротического типа. Пограничные нервно-психические нарушения и приступы альгодисменореи имеют, по-видимому, общие патогенетические механизмы, связанные с нарушениями центральной регуляции вегетативной и эндокринной функций.

**Ипохондрические расстройства** проявляются тревожно-ипохондрическим, сенестопатически-ипохондрическим, депрессивно-ипохондрическим и дисморфофобически-дисморфоманическим синдромами.

Тревожно-ипохондрический синдром наблюдается при ювенильных кровотечениях. В начале заболевания представления больных о последствиях кровопотери не достигают, как правило, уровня чрезмерного страха за свое здоровье. После обращения за помощью у большинства из них появляется уверенность в возможности хорошего исхода болезни. При отсутствии изменений или нарастании тяжести общего состояния и тем более после внезапного ухудшения наблюдается интенсификация тревоги.

Формирование тревожно-ипохондрической структуры базируется на относительно глубоком уровне тревоги, во время которой возникает ипохондрическая переработка сенсорной и перцепторной симптоматики. Это прежде всего разнообразные по локализации патологические ощущения, парестезии, связанные с повышенной болевой чувствительностью к маточной боли, и реже — сенестопатии. В отличие от парестезии последние имеют неопределенную локализацию, но по характеру болевых ощущений сходны с ними. Внимание больных сосредоточено и на болезненных ощущениях при пароксизмальных вегетативных расстройствах: боли в эпигастрии, сжатие в груди, ощущение «камня на сердце», онемения конечностей. Имеет значение и иллюзорное восприятие запаха кровоотделений как запаха гнили или интерпретация ощущений при отхождении сгустков крови как усиления кровотечения.

В результате доминирующие опасения за свое здоровье превращаются в сверхценный страх смерти от кровотечения, протекающий по типу острого приступа. По механизмам развития синдром относится к сенсогенному варианту ипохондрии, при котором сенсорные расстройства являются первичными по отношению к ипохондрическим представлениям.

Сенестопатически-ипохондрический симптомокомплекс наблюдается при альгодисменорее. В структуре синдрома ведущее значение имеют нарушения висцеральной чувствительности — прежде всего перестезии и сенестопатии, которые возникают на фоне выраженной тревоги. Сенестопатии проявляются в форме болевых ощущений с постоянно меняющейся локализацией и

выраженной чувственной окраской. Для парестезии также характерен чувственный компонент — ощущение стягивания, рези, жжения и давления, с определенной локализацией на кожной поверхности живота, поясницы, крестца или бедер. Механизм их возникновения связан с повышенной болевой чувствительностью кожных рецепторов на участках тела, соответствующих зонам Захарьина—Геда при болезнях половых органов.

В результате сверхценной интерпретации патологических ощущений развиваются вторичные ипохондрические переживания. В их основе лежат конкретные мысли о тех или иных болезнях генеративных органов, например, об опухоли матки, ее «разрыве», эндокринных болезнях и др. Постоянной ипохондрической фиксации внимания на состоянии здоровья способствуют парасимпатические пароксизмы с полиморфными болевыми ощущениями. Эти расстройства — еще один источник сенестопатии и ипохондрических опасений за свое здоровье. Тревожные переживания вызывают транзиторные нарушения сенсорного синтеза и рудиментарные гипопатические расстройства («перед глазами как будто стоит легкая дымка... я почти не чувствую своего тела, как будто оно из пластмассы»).

При значительной интенсивности циклически протекающих приступов альгодисменореи происходит обострение симптоматики — тяжести сенестопатии, глубины тревоги и ипохондрических опасений. Напротив, при купировании болей, снижении интенсивности вегетативных и других расстройств отмечается сначала уменьшение чувственного компонента сенестопатии, а затем и их постепенное исчезновение, а также смягчение ипохондрических переживаний.

Депрессивно-ипохондрический синдром наблюдается преимущественно при рецидивирующем течении ювенильных кровотечений. На начальной стадии эмоциональные нарушения проявляются тревогой с выраженным ипохондрическим компонентом. При повторных обострениях интенсивность тревоги снижается и отмечается ее трансформация в собственно депрессивный аффект. На возможность такого перехода указывают общие особенности аффективного компонента тревоги и тоски при расстройствах невротического уровня — субъективное чувство внутреннего волнения и беспокойства с локализацией в груди. Отмеченные признаки дают основание рассматривать тревогу в данном случае как вариант депрессии.

При развитии депрессивной структуры наблюдается видоизменение содержания ипохондрических переживаний за исход болезни от ее ближайших к отдаленным последствиям. На первый план выходят опасения возможных в будущем нарушений генеративных функций. Эти переживания частично отражают представления девочек о характере болезни и, что особенно важно, ее последствий для их здоровья. Мысленная переработка этих представлений связана с относительной специфичностью психосексуального развития девушек в пубертатном периоде. Для этого возраста характерен интерес к взаимоотношению между полами, стремление обратить на себя внимание. Их опасения вызывают мучительные сомнения в своем праве отвечать взаимностью На увлечения ими. Кажущаяся неразрешимость этих вопросов приводит в от-

чаяние. Постепенно больной овладевает чувство безысходности, подавленности.

Депрессивный аффект сочетается со сверхценными представлениями о нарушении своей физической способности к деторождению и убеждением в собственной малоценности. Снижение настроения не достигает степени выраженной тоски и проявляется чувством подавленности с общим снижением активности. При частых рецидивах и затяжном течении приступов болезни в настроении преобладает апатия. Появляются мысли о полной обреченности, отсутствии выхода, а иногда и нежелании жить. Например, больная 14 лет с вялым безразличием говорит, что «не видит никакого смысла в дальнейшей учебе... зачем все это... кем я буду работать, я же никогда не выздоровею... какой смысл в такой жизни, не понимаю».

Приводим одно из наблюдений.

**ПРИМЕР**

Больная П., 12 лет, поступила в стационар повторно в связи с рецидивирующими ювенильными кровотечениями. Из анамнеза известно, что мать девочки умерла 4 года назад в родах, от маточного кровотечения. Живут с отцом, мачехой и младшим братом. Отец заботлив и ласков. Через некоторое время после смерти матери женился второй раз. Мачеха внимательна к детям, но девочка не смогла привыкнуть к ней и постепенно замкнулась в себе. Родилась от первой беременности, в родах — ножное предлежание, асфиксия. Масса тела 2850 г, длина — 49 см. Росла боязливой. К детскому саду привыкла не сразу, первое время с детьми не играла, стояла в дверях, ожидая прихода матери. В школе была прилежной, училась хорошо. Смерть матери пережила тяжело — «жизнь стала неинтересной, скучной». Постоянно думала о ней, «жалела ее». Появились страхи. Оставаясь одна, включала в квартире свет, «вздрагивала от каждого стука», боялась выходить на улицу, «казалось, кто-то идет за мной».

Менархе в 12 лет. Кровотечение продолжалось 14 дней. Повторилось спустя месяц, длилось 22 дня. Возникла сильная слабость, головные боли, тошнота. О кровотечениях никому из родных не говорила, отцу — стыдилась, мачехе — не хотела. При третьем обострении рассказала родной тете. Но ее советом не воспользовалась, «боялась осмотра врача... боли». От двоюродной сестры слышала, что «женщины кричат от боли», их осматривают «зеркалами». Четвертое обострение началось спустя несколько дней после третьего. Возник страх, что «кровотечение не остановится». Сказала обо всем мачехе и была госпитализирована.

Психическое состояние. Настроение сниженное, подавленное, чувствует себя одинокой. Жалуется на общую слабость, приступы тошноты, иногда рвоту, жар, потливость. Отмечались обмороки. Удручена, что «тяжело больна». Не может объяснить, чем больна, но убеждена, что «не сможет иметь детей». Переживает — «я не такая как все... жалко себя... я не буду счастлива... навсегда останусь одна». Плачет. Стало безразлично, что с ней будет — «умру или останусь жива». «Появилась какая-то тупость... не могла ни смеяться, ни плакать». Когда к ней обращались, «не понимала, что от нее хотят». Из окна видела, как «деревья в саду как будто наложены на стены домов... стали какими-то плоскими». Жаловалась на «пленку перед глазами». Иногда по ночам становилось тревожно, казалось «в палате кто-то есть... подойдет и убьет меня». Закрывалась от страха с головой одеялом, «вся замирала». С постели не поднималась, ни к кому из сверстников не обращалась, отвечала односложно. «В голове одно — ничего хорошего не будет».

Сомато-неврологический статус. Кожные покровы бледные. Гипохромная анемия. При антропометрическом исследовании — признаки ускоренного созревания.

Гинекологическое обследование: гипоплазия срамных губ и матки, низкая эстрогенная насыщенность.

Астеноневротический тип акцентуации характера. По шкале самооценки Спилбергера: показатель личностной тревоги — 60, реактивной — 52. По опроснику Айзенка: показатель ЭИ — 7, эмоциональной стабильности-нестабильности — 13.

Лечение в общем комплексе лечебного воздействия (кровоостанавливающие средства, антианемические препараты, витамины, рефлексотерапия и др.), применялись индивидуальная рациональная и коллективная психотерапия в малой группе. Настроение постепенно выровнялось, купировались вегетативные пароксизмы. Появилось желание выздороветь, однако общая слабость еще оставалась.

Катамнез через 2 года. Окончила 7 классов. Менструальный цикл нерегулярный. Отношения с родными хорошие, но по-прежнему чувствует себя в семье одинокой. Часто вспоминает мать, плачет.

В этом наблюдении течение ювенильных кровотечений имеет рецидивирующий характер. Нарастает тяжесть астении и глубина постгеморрагической анемии. Вегетативные расстройства протекают приступами с парасимпатической направленностью. Тревога за исход болезни и страх смерти при первых обострениях сменяются опасениями за отдаленные последствия: по мере нарастания глубины аффективных расстройств появляются сверхценные убеждения в своей физической неспособности к деторождению. Для динамики гипотимии характерна трансформация тревожного аффекта в тоскливый. Снижение настроения не достигало психотического уровня, но тем не менее тоска сопровождается характерными идеаторными и двигательными расстройствами, доминированием представлений о собственной малоценности. Большую выраженность приобретают апатия и рудиментарные гипопатические расстройства (симптомы психической анестезии и дереализации).

Формирование депрессивно-ипохондрического синдрома, его структура и динамика зависят от преимущественного влияния соматонейроэндокринного фактора — глубины астении и постгеморрагической анемии, выраженных нарушений центральных регулирующих функций гипоталамуса.

Одним из внутренних факторов, предопределяющих патогенность острых и хронических конфликтных ситуаций (смерть матери, неполная, а в последующем деструктогенная семья), является акцентуация характера астеноневротического типа. В катамнестическом периоде выявляются сенситивные черты, с которыми были связаны колебания настроения.

**Дисморфофобически-дисморфоманический синдром** встречается преимущественно при психогенной аменорее в виде транзиторной реактивной дисморфофобии и рудиментарного синдрома нервной анорексии.

Дисморфофобические переживания больных выражаются в мыслях о внешней непривлекательности из-за недостатков телосложения. При реактивной дисморфофобии переживания связаны с чрезмерно высоким, по мнению девочек, ростом. В их сознании это отличие от окружающих приобретает все более очевидное значение — из-за отсутствия, по их мнению, женственности во внешнем облике. Болезненные представления избирательно влияют на поведение подростков, их отношения с окружающими. Отчетливо выступают чер-

ты удрученности, уныния, недоверия, настороженности и, временами, убеждения, что всем неприятен их внешний вид (нестойкие идеи отношения).

При втором варианте — рудиментарной нервной анорексии — переживания больных отражают их мысли о реальной или, чаще, воображаемой излишней полноте. Формирование внешних черт, свойственных женскому облику, они переживают с чувством стыда, пытаются скрыть развивающиеся формы тела, предпочитая свободную одежду. Дисморфофобические переживания имеют доминирующий или сверхценный характер, сопровождаются снижением настроения, нестойкими идеями отношения, частичным ограничением приема пищи при относительной сохранности аппетита. По сравнению с развернутым синдромом нервной анорексии, для динамики его рудиментарного варианта не характерна тенденция к прогредиентности с развитием дисморфоманического и кахектического этапов [Коркина М. В., 1986]. Отмечается положительная динамика с обратным развитием аноректических расстройств и восстановлением менструальной функции.

Внутренние механизмы психогенеза при обоих вариантах синдрома связаны с процессом полового созревания и патологической переработкой относительно специфических для подросткового возраста проблем взросления. Этому способствует ускоренный темп физического и полового развития девочек с выраженными изменениями внешности. С одной стороны, они понимают естественный характер происходящих изменений, с другой — испытывают опасение перед наступающей зрелостью. Стремление к похуданию отражает заботу о привлекательности. Вместе с тем нельзя исключить и то, что в основе опасений может лежать обостренное чувство одиночества, неуверенности в себе, тревоги за будущее.

**Обсессивно-фобический синдром** наблюдается при ювенильных кровотечениях. Характерная особенность фобии в этих случаях состоит в страхах перед внезапным началом маточных кровотечений. Причем основное значение имеют, по-видимому, не столько опасения за свое здоровье, сколько острое чувство стыда и страха, что окружающим известно о характере этой болезни. Страхи не достигают такой степени, чтобы больные полностью теряли способность контролировать свои действия. Иногда страхи сочетаются с мизофобией — боязнью загрязнения выделениями, «распространения инфекции», «местного воспаления», «нагноения». Для больных с мизофобией характерна гиперестезия кожной поверхности промежности.

При обсессивных реакциях навязчивые состояния проявляются чувством неуверенности в правильности и завершенности некоторых действий после пробуждения (застилания постели, одевания и др.). Так, больные повторно перестилают постель, разглаживают складки на простынях, одеяле. Они много раз проверяют, хорошо ли пригнано нижнее белье, колготки, верхняя одежда, все ли застегнуто. В основе обсессий лежат, по-видимому, опасения, что внезапное кровотечение может привести к обнаружению окружающими проявлений болезни. Привычные действия ритуала частично уменьшают отрицательные эмоциональные переживания, что способствует их фиксации как патологических защитных механизмов.

Основные формы нервно-психических нарушений у описываемых больных отражают относительно неглубокий невротический уровень реагирования, объединяющий наименее специфическую симптоматологию. Выделенные формы относятся к пограничным состояниям, находящимся на границе между нормой и патологией. Психические расстройства имеют парциальный характер и непрогредиентное течение с тенденцией к обратимости и компенсации. Речь идет о патологических состояниях, для которых, с одной стороны, адекватен психологический подход, особенно в начале их формирования, а с другой — психопатологический анализ, где тесно переплетаются взаимовлияния биологических и социально-психологических факторов.

## Патогенез и динамика пограничных нервно-психических нарушений

Клинико-психопатологические исследования дают основание для предположения об общих патогенетических звеньях функциональных расстройств менструального цикла и возникающих при них соматогенных нервно-психических нарушений. Эти звенья связаны с нарушением церебральных интегративных механизмов и, в первую очередь, центральных регулирующих функций гипоталамуса. Они имеют ведущее значение как в расстройстве вегетативной и нейроэндокринной систем, так и в нарушении эмоциональности.

При ювенильных кровотечениях и альгодисменорее общие механизмы связаны также с изменениями церебральной реактивности резидуально-органического характера. Влияние этих механизмов на клиническую картину психических нарушений проявляется в относительно глубоком уровне аффективных расстройств, преобладании дистимии, пароксизмальности вегетативных нарушений, появлении парестезии, гиперестезии, гипералгезий и сенестопатий.

Клиническая вариабельность соматогенных неврозоподобных нарушений в значительной степени зависит от особенностей преморбидной структуры личности и ее реакции на болезнь (формообразующие факторы патогенеза). Влияние преморбидных свойств связано в основном с лабильным, астено-невротическим, сенситивным и психастеническим типами акцентуаций характера. Преобладание при гипотимии аффекта тревоги зависит от характерной личностной тревожности, постоянного ожидания неприятных событий, от переработки субъективно значимых симптомов болезни в этом смысле. Депрессия с преобладанием тоски чаще наблюдается у больных с лабильными и сенситивными свойствами характера. Депрессивные переживания с преобладанием дистимии и ипохондрического компонента связаны с астеноневротическими чертами. Психастеническая структура преморбидной личности является предрасполагающим фактором для развития обсессивно-фобических расстройств. Ограниченное влияние преморбидного фона отмечается при астеновегетативном синдроме. Исключение составляет вегетативная неустойчивость, которая чаще сочетается с лабильными чертами личности.

На формирование структуры синдромов определенное влияние оказывают и особенности отношения больных к заболеванию. Нозогнозический тип отношения создает предпосылки для объективной оценки степени тяжести репродуктивных расстройств и выступает в качестве одного из условий формирования относительно простого по структуре астеновегетативного синдрома.

При формировании синдромов аффективного круга выявляется зависимость возникновения тревожного компонента аффективных реакций от наличия тревожного и сенситивного вариантов гипернозогнозии. Для появления ипохондрических расстройств имеет значение развившееся ипохондрическое отношение к болезни.

На развитие идей самоуничижения при астенодепрессивном и депрессивно-ипохондрическом синдромах, а также сенситивных идей отношения при тревожном синдроме оказывает влияние имеющийся у больной комплекс собственной неполноценности. В его основе лежат представления о неполноценности генеративных органов, возникающие в результате кататимной переработки таких проявлений болезни, как кровотечения, боль или прекращение менструаций.

Положительная динамика и восстановление учебной деятельности отмечаются у большинства больных (более 85%). Отсутствие улучшения со значительным снижением школьной адаптации у остальных (14%) связано как с тяжестью и рецидивирующим течением функциональных расстройств, так и с формированием патологических черт характера астенического, сенситивного и психастенического типов.

В зависимости от степени глубины возможной редукции облигатные синдромы располагаются в следующей последовательности (в порядке убывания полноты обратного развития): синдром тревоги, астеновегетативный, тревожно-ипохондрический синдромы, синдром страха, астенодепрессивный, депрессивно-дистимический, депрессивно-ипохондрический, обсессивно-фобический, сенестопатически-ипохондрический и дисморфофобически-дисморфоманический синдромы.

Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла не являются непосредственным следствием соматоэндокринных нарушений. Между психическими и соматическими факторами патогенеза возникает не столько линейная, сколько кольцевая взаимосвязь. Концепция о кольцевой зависимости [Вейн А. М, 1985] делает достаточно условным разделение болезней на психосоматические и соматопсихические.

## Психотерапия в комплексном лечении нарушений репродуктивной функции

Основные предпосылки для проведения психотерапии связаны с участием психогенных и преморбидных факторов в этиологии функциональных расстройств менструального цикла и влиянием этих факторов на отношение к болезни.

При выборе психотерапевтических методов следует учитывать специфический характер симптомов, имеющих отношение к регенеративной функции и тем самым непосредственно влияющих на психосексуальное развитие девочек. Эти особенности предопределяют выбор индивидуального рационального метода в качестве основного, который может дополняться такими групповыми методами, как разъясняющая методика (с элементами лечебного обсуждения) в малой группе и семейная психотерапия.

Психотерапия применяется в общем комплексе лечебного воздействия (с рефлексотерапией, седативным лечением и др.) и состоит из ряда этапов.

**На I этапе** при индивидуальном подходе определяют тип отношения к болезни и создают предпосылки для объективной оценки больными своего состояния. Формируются элементарные понятия о физиологии репродуктивной функции в соответствии со школьной программой по гигиене и здоровью (разделы о половом созревании, развитии ребенка до рождения, гигиене девушки). Основное внимание уделяют функции матки, физиологическим изменениям в ее внутреннем слое, регуляции менструального цикла. Это вопросы следует обсуждать в их естественной связи с воспитанием нравственных норм в семейных отношениях, ответственности к рождению детей. Такой подход способствует значительному повышению субъективной значимости получаемых сведений.

На **II этапе** разъясняют функциональный характер репродуктивных нарушений и их связь с психогенными факторами. При обсуждении следует опираться на общие представления о нервных механизмах регуляции, значении эмоционального стресса. Лечебное обсуждение дает возможность для расширения содержания беседы. При соблюдении принципа дифференцированного подхода — учета уровня психического и физического развития, заинтересованности и способности понимать получаемые сведения, целесообразно обсуждение ряда вопросов психосексуального развития (выбор половой роли, половая гомогенизация, взаимоотношения между полами).

Лечебно-педагогический подход позволяет формировать у девушек правильное понимание сущности нравственных норм и установок при взаимоотношениях между полами.

**III** этап. Понимание характера болезни и объективная оценка ее проявлений открывают возможность для воздействия на симптомы нервно-психических нарушений, эмоциогенные и психогенные механизмы формирования аффективного напряжения, тревогу, страх и их вегетативные корреляты. Приемы косвенного внушения позволяют проводить психотерапевтическое опосредование специальных методов лечения. Эти приемы эффективны для снятия психического компонента болевых ощущений, гиперестезии, сенестопатий при вторичной ипохондрии, маточных болях, приступах альгодисменореи.

**На IV этапе** анализируют структуру и содержание конфликтных ситуаций, предшествовавших началу болезни. Разъясняются как мотивы поступков, так и определяющие их свойства характера больных. Для разрешения внутрисемейных конфликтов применяют семейную психотерапию.

Для практического решения конкретных задач лечебно-реабилитационной и профилактической работы целесообразна организация консультативного психопрофилактического кабинета в системе гинекологической помощи детям и подросткам.

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

С начала 1950-х годов нервную анорексию относят к психосоматическим расстройствам. Считали также, что это заболевание представляет собой пример расстройства, в патогенезе которого играют большую роль эндокринные сдвиги. Нервная анорексия — клинический диагноз комплекса симптомов, вызванных комбинацией психологических, семейных, культуральных и биологических факторов [Fine L. L., Shadid L. G., 1986]. В то же время нервную анорексию понимают как самостоятельное пограничное психическое заболевание, возникающее преимущественно у девочек-подростков и юных девушек (редко у лиц мужского пола этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достигающем выраженной кахексии с возможным летальным исходом [Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В., 1986]. Термин «нервная анорексия» используется неправильно. Более чем у половины больных аппетит не утрачивается до последних этапов заболевания и нет признаков невроза. Основываясь на особенностях патогенеза, А. Е. Личко (1985) рассматривает это заболевание как эндореактивную пубертатную анорексию. Г. Е. Сухарева (1959) относит нервную анорексию к патологическим реакциям в переходном периоде, а Д. Н. Исаев (1977), Г. К. Поппе и Б. Е. Микиртумов (1978) — к патологическим развитиям личности.

Нервная (психическая) анорексия — расстройство, при котором основными особенностями являются стойкий активный отказ от приема пищи и заметная потеря массы тела. Она кодифицируется по Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра (1994) в V разделе «Поведенческие и психические расстройства, сочетающиеся с физиологическими дисфункциями», в подразделе F 50, в рубриках: нервная анорексия (F 50.0), атипичная нервная анорексия (F 50.1). В DSM-IV (1994) описываемое заболевание относится к разделу «Расстройства пищевого поведения», и включается в рубрику: нервная анорексия (307.1).

### Распространенность

Значимость этого расстройства для врачебной практики определяется не только его опасностью для жизни больных, но и немалой распространенностью. При этом следует отметить резкое увеличение частоты нервной анорексии за последние 20—30 лет. Этот аноректический «взрыв» в популяции свя-

зывают с эмансипацией женщин [Baeyer W., 1965], расширением сфер их общения и деятельности, определенным уровнем культуры [Bruch H., 1965]. По сравнению с 50-ми годами в 70-х годах число больных нервной анорексией возросло в 3 раза, но даже и эти данные считаются заниженными, так как учитываются, как правило, тяжелые формы [Коркина М. В.и др., 1986].

Распространенность нервной анорексии оценивается различно: от 16% на 100 000 девушек 15-20 лет [Pelanz M., 1965] до 1% среди девушек 16-18 лет [Crisp A. H. etal., 1977]. Лица женского пола составляют95% больных с нервной анорексией [Fine L. L., ShadidL. G., 1986]. В последнее время участились описания больных мальчиков и юношей. Соотношение лиц мужского и женского пола оценивают, по разным данным, от 1:20 до 1:9.

Начало заболевания связывают, главным образом, с подростковым возрастом (12—15 лет). J. Meyer (1971) объясняет этот факт тем, что пусковым механизмом заболевания является наступление полового метаморфоза, приводящего к расстройству представлений о схеме тела. В то же время нами, как и другими авторами, неоднократно наблюдались случаи нервной анорексии в детском возрасте.

## Этиология и патогенез

Роль наследственной предрасположенности при нервной анорексии оценивают очень скромно. Лишь у 2—5% больных мать и у 1% сестры и братья страдали аналогичным заболеванием. Кроме того, у 17% больных с нервной анорексией наблюдались депрессивные и другие психозы [Личко А. Е., 1985].

Нервную анорексию рассматривают как психосоматическое расстройство. При этом кпсихотравмирующим обстоятельствам, приводящим к соматическим изменениям, относят своеобразные переживания, особенности личности, нарушения внутрисемейных отношений и т. д.

E. Piazza, N. Piazza, N. Rollins (1980) нашли, что у 78% больных развитию заболевания предшествовало переживание потери близкого человека вследствие смерти, разлуки или то же самое, только в их воображении. Полагают, что саморазрушающее поведение при анорексии связано с наиболее важными личностными переживаниями и редко является суицидальным намерением. Голодание представляет собой эмоциональную попытку справиться с чувствами, импульсами и поступками или отвергнуть их. Больные часто рассматривают свой контроль аппетита, пищевого поведения и массы тела как показатель способности быть продуктивными и компетентными. Такая оценка контроля за своим поведением вызывает у пациентов извращенное чувство самоудовлетворения. Это кажущееся разрешение собственных сомнений в своих способностях и отказ больного от признания факта, что голодание мешает начать есть снова, препятствует возврату к нормальному питанию [Fine L. L., Shadid L. G., 1986].

**Психодинамическая точка зрения** [Bruch H., 1973] основывается на предположении, что развитие Ego («Я») нарушается во время инфантильной стадии формирования образа своего тела. Неадекватное воспитание пренебрегающей

или склонной к гиперопеке, постоянно все запрещающей или слишком пермиссивной (все позволяющей) матерью не учит ребенка адекватно реагировать на внутренние стимулы голода и насыщения. Возникает перцепторный дефицит. Правильное восприятие аффективных сигналов становится невозможным, в связи с чем здоровый образ тела развиться не может. Патологическое развитие «Я» завершается преобладающей в сознании безынициативностью. Результатом такого развития могут стать такие расстройства, как искаженное представление о телесном образе; фальсифицированное осознание интероцептивных стимулов, связанных с голодом, насыщением, утомлением; парализующее чувство бездейственности, проявляющееся в беспомощности, пассивности и трудности адекватного распознавания физических функций.

Не владея своим собственным телом, больные анорексией чувствуют, что они не могут управлять своим поведением, потребностями и побуждениями. Они находятся под воздействием внешних сил и действуют так, как будто их тело и поведение — продукт влияния других людей, их действий.

Родители больных анорексией внешне находятся в гармоничных отношениях, однако их обоюдные заблуждения в том, что каждый из них лучший, так как приносит наибольшие жертвы, приводят к тайному соперничеству. В то же время не обращается внимание на истинные потребности и эмоции больных. Каждый родитель пытается использовать ребенка для защиты своей позиции. Метаморфоз, возникающий в пубертатном возрасте, представляет опасность полной потери управления своим телом. Чрезмерная же сосредоточенность больного на своей массе тела — попытка обуздания тревоги, связанной с этим, а ограничение приема пищи кажется хорошим средством удержания своего созревания под контролем. Эти больные, в основном не способные к агрессии, тем не менее направляют ее против своих собственных тел [Selvini-Palazzoli M., 1970].

По мнению A. H. Grisp (1980), больные избегают конфликтов, свойственных пубертатной фазе развития (страхов созревания и сексуальности), формированием нервной анорексии, которая приводит к психологической регрессии. Свое пищевое поведение пациенты понимают как страх увеличения массы тела или фобическое избегание трудностей, которые появляются с началом полового созревания.

Слишком часто личностные психодинамические теории нервной анорексии страдают от мифа «единообразия» и чрезмерного обобщения наблюдавшихся случаев. Среди сторонников этих теорий распространено мнение о существовании, несмотря на разнообразие личностей больных, типичных ядерных психологических конфликтов при нервной анорексии. В связи с этим возникает вопрос: является ли этот образец универсальным для таких больных.

### Системный подход

Предполагают, что в симптомах нервной анорексии проявляются нарушения семейных взаимоотношений. Больную рассматривают как тайного семей-

ного бунтаря, бросающего вызов патриархальности, коллективизму, самопожертвованию и нравственным традициям семей городского индустриального общества [Selvini-Palazzoli M., 1974].

Семьи больных анорексией характеризуются нарушением отношений между супругами, трудностями лидерства, отказами от коммуникаций, неправильным разрешением конфликтов, скрытыми альянсами или отвергнутыми коалициями между членами семьи, порицающими любые изменения и отличающимися крайней ригидностью.

Типичными оказались 4 варианта взаимодействия членов таких семей [Selvini-Palazzoli M., 1976]:

1) больной — отторгнутый изгнанник;
2) выходит из-под ее контроля («она — больная»);
3) принимаемого;
4) отказ от ответственности за свои ошибки.

S. Minuchin и др. (1978), рассматривая семью как самоуправляющуюся систему, считают, что существует несколько условий для развития психосоматических расстройств, в том числе и анорексии. К ним относятся: физиологическая ранимость ребенка, вовлечение его в родительский конфликт, типичная семейная организация, характеризующаяся четырьмя образцами взаимодействия — запутанностью межличностных отношений, ригидностью, сверхзащитой и недостаточным разрешением конфликтов. Такой ребенок оказывается «козлом отпущения» или «громоотводом», используемым для поддержания стабильности, а также для того, чтобы избежать явных семейных конфликтов.

**Социо-культуральный подход**

Согласно этому подходу, больные анорексией боятся взросления и принятия женской роли. При этом они не столько отказываются от женственности, сколько хотят соответствовать традиционному стереотипу женской роли, выражающемуся в стремлении к худощавости и в пассивной приспособленческой позиции к жизни. С одной стороны, они желают признания мужчин, а с другой, охвачены страхом перед ними. Озабоченность размерами своего тела отражает неуютность положения женского существа в современной культуре.

Управление массой тела используется как заместитель оперирования реальными событиями жизни, которые не удается контролировать. В руководимом мужчинами мире женщины унижены. Этот мир провоцирует их относиться к своим телам как осквернённым. Анорексия при таком взгляде может быть понята как желание управлять собой и своей жизнью. Однако такое разрешение трудностей — проявление отчаянной ситуации, оно аутодеструктивно и стремится заместить самоконтроль эффективным контролем окружающего мира. Важность физической привлекательности, стройной фигуры в современном обществе несомненна. Почему же, в таком случае, не у всех лиц

женского пола, подвергающихся давлению моды, нарушается пищевое поведение? На этот вопрос отвечают таким образом. Социальные и семейные понятия дают содержание симптомам, но выбор симптома (анорексии или булимии) зависит от конституции или личностного смысла переживаний [Moore D. C, 1981].

### Биологический подход

Существование сведений о первичной или вторичной гипоталамической дисфункции при анорексии, ее сочетание с гонадальным дисгенезом, наследственной предрасположенности ставят вопрос о ее возможном биологическом происхождении.

Долгое время нервная анорексия рассматривалась как эндокринная патология. Ее связывали с поражением аденогипофиза и коры надпочечников (синдром Симмондса) или с врожденной недостаточностью яичников. Однако в последнее время было доказано, что эндокринная недостаточность при нервной анорексии вторична [Fichter M., Pirke К. М., 1982]. Было сделано предположение, что происхождение изменений в мозговых структурах у этих больных аналогично тому, что возникает при длительном недоедании.

О первичной гипоталамической дисфункции при нервной анорексии в форме своеобразной ранимости системы или ее дефекта предполагали в 60-х годах, но и в настоящее время эта теория находит своих сторонников. К числу доказательств такой точки зрения относят раннее начало аменореи, часто опережающее выраженную потерю массы тела. Сюда же относят неполное восстановление гипоталамических функций (регуляции деятельности эндокринного аппарата, температуры тела, голода и насыщения) даже после нормализации массы тела.

Значительное распространение имеет представление о взаимовлиянии психогенных и биологических факторов [Ушаков Г. К., 1978;ЛичкоА. Е., 1979; Коркина М. В. и др., 1986]. Механизмы такого взаимодействия могут быть двоякого рода:

1. существующие гипоталамический дефект или ранимость активируются психотравмирующими событиями в пубертатном возрасте;
2. корковые структуры в процессе действия стресса нарушают преморбидно нормальную деятельность гипоталамуса.

## Клиническая картина

Нервная анорексия — сложное заболевание. При многомерном подходе к нервной анорексии удается оценить соотношение ее клинических проявлений с булимией и психосоматическим ожирением. Динамическая оценка позволяет описать два варианта пищевого поведения. При первом варианте сначала отказываются от пищи, затем применяют средства для ее удаления, и далее могут возникнуть симптомы тяги к пище либо при нормальной массе

тела, либо при ее увеличении. При другом — развивается симптоматика в пределах континуума, определяемого отношением к пище от резко отрицательного до резко положительного (анорексия — гиперорексия).

Заболевание нередко начинается после незначительной, по мнению окружающих, но серьезной для больной психической травмы. Травмирующими факторами могут стать обвинения детей в обжорстве, когда их дразнят «толстыми», указания на якобы непропорциональную полноту отдельных частей тела, отказ в приеме в танцевальные коллективы или спортивные секции.

### Этапы развития

Клинические проявления нервной анорексии наиболее продуктивно описывают в динамике. Выделяют, как это сделано М. В. Коркиной, М. А. Цивилько и В. В. Мариловым (1986), 4 этапа:

1) первичный (инициальный);
2) аноректический;
3) кахектический;
4) редукция нервной анорексии.

**Инициальный этап** характеризуется мыслями об излишней полноте фигуры в целом или ее отдельных частей (живота, бедер, щек). При этом степень убежденности в физических недостатках у больных различна. Иногда имеются незначительные изменения настроения, идеи отношения. Появляются мысли о необходимости исправления внешности. Больные часто стремятся подражать своему идеалу, в первую очередь, для того, чтобы достичь похожей внешности и фигуры. Этот этап продолжается в среднем 2—3 года. Попытки исправления недостатков внешности носят эпизодический характер.

**Аноректический этап** начинается с активного ограничения в еде. Первоначально больные отказываются от пищевых продуктов, которые, по их мнению, ведут к полноте: хлеба, мучных и кондитерских изделий, каши, супов, масла, мяса и др., в дальнейшем переходят только на фрукты, овощи, но и их употребляют в малом количестве, а иногда — один раз в день. Часть больных этим не ограничивается. Они вызывают рвоту, принимают слабительные, мочегонные, ставят себе клизмы. Диссимулируют свой отказ от еды, тайком выбрасывают или прячут пищу. Одновременно для достижения желаемого изящества фигуры они применяют изнуряющие физические нагрузки. Одни постоянно выполняют гимнастические упражнения, другие много бегают, третьи непрерывно танцуют. С этой целью они также нередко пытаются читать и готовить домашние задания стоя. Больные напрашиваются на любую физическую работу. В связи с тем, что в этот период снижения аппетита нет, больным приходится бороться с чувством голода. При случайных перееданиях не только появляется чувство вины, но и ужесточаются ограничения в диете. Из-за отказов от еды возникают конфликты с родителями. Все это приводит к почти не прекращающемуся эмоциональному напряжению, которое нередко при столкновении с родителями разряжается в аффективных вспышках. Создавая себе жест-

кие ограничения в еде, больные не теряют к ней интереса. Они с энтузиазмом участвуют в приготовлении пищи, без чувства меры стремятся накормить своих близких, малышей, животных, невзирая даже на их отказы. Чтобы выглядеть грациозными, носят одежду, туго обтягивающую фигуру, избегают носить теплое белье, так как оно полнит. Крепко затягиваются поясом, надевают бюстгальтеры меньшего размера и даже бинтуют грудь. Подбирают такую прическу, которая бы «уменьшала» лицо. Наряду с потерей массы тела на 10— 15 % у девочек отмечается аменорея. Нередко появляются запоры, голодный запах изо рта, гирсутизм. В сыворотке крови увеличивается содержание холестерина. Падает суточное выделение с мочой гонадотропинов, эстрогенов, 17-кетостероидов и оксикортикостероидов. Ослабевает реакция на АКТГ, но толерантность к инсулину не снижается [Личко А. Е., 1985].

На **кахектическом этапе** преобладают соматоэндокринные нарушения. Развивается алиментарная дистрофия I—II степени. Масса тела может понизиться до 50% от исходной или нормальной величины. У больных полностью исчезает подкожная жировая клетчатка, мышцы истончаются, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной, на всем теле появляются пушковые волосы. Конечности холодные. Больные постоянно мерзнут. Понижается температура тела. Нарушается осанка, пластика движений. Утрачивается аппетит. Основной обмен падает до 60%. Отмечаются изменения внутренних органов: дистрофия миокарда, брадикардия, гипотония, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (запоры, анацидный гастрит, гастроэнтероптоз, энтероколит). Лабораторные исследования обнаруживают гипогликемию, изменение сахарной кривой по диабетическому типу, альбуминурию, алкалоз, гипокальциемию, гипопротеинемию.

У больных снижается продуктивная деятельность. Они не читают книг, не проявляют интереса к телепередачам, почти не общаются со сверстниками. Те из них, кто посещает школу, с трудом, медленно выполняют учебные задания. В домашних делах участия не принимают, приготовлением пищи уже не интересуются. Психическое состояние в целом можно охарактеризовать как астению. Сначала при этом имеет место раздражительная слабость, а затем преобладает адинамия с вялостью, угнетенностью, безразличием. Отказ от еды в это время диктуется не только стремлением сохранить худобу, но и боязнью боли и неприятных ощущений при еде.

**Этап редукции нервной анорексии** наступает, как правило, после энергичного и длительного лечения. Он характеризуется увеличением массы тела, восстановлением функционирования внутренних органов и систем. Однако в ряде случаев у больных в этот период (1—$1^1/_2$ года) снова возникают мысли о своей физической необычности или полноте, и они ограничивают прием пищи.

### Формы нервной анорексии

Выделяют типичную (самостоятельное заболевание), препубертатную **и** атипичную, формирующуюся в структуре истерического невроза [КоркинаМ. В. и др., 1986].

Препубертатная нервная анорексия встречается до появления первых признаков полового созревания (в 9—11 лет). У этих детей не отмечено смены этапов болезни и характерной, описанной выше, клинической картины нервной анорексии. Симптоматика ограничивается инициальным и аноректическим этапами, при этом несколько редуцированными.

Нервная анорексия в структуре истерического невроза провоцируется психогенно и выражается вначале в форме неукротимой рвоты. В дальнейшем трудно переносимое переживание тошноты и боязнь рвоты, особенно в публичных местах, приводит к ограничению приема пищи и похуданию. Довольно быстро снижается аппетит, но выраженная кахексия не наступает.

Булимический вариант описан А. Е. Личко (1985) и K. Tolstrup (1982) наряду с основными формами. При этом варианте анорексии больные охотно и много едят, но после каждого приема пищи вызывают рвоту.

W. Vandereyken (1982) предлагает систематизировать нарушения пищевого поведения на основе представления о существовании континуума расстройства приема пищи и массы тела. В связи с этим к больным с анорексией он относит:

1) ограничивающих свою диету;
2) регулирующих свою массу тела вызовом рвоты и приемом слабительных;
3) страдающих невротической булимией.

## Диагноз

До 1970-х годов еще не было найдено достаточно надежных диагностических признаков нервной анорексии. В настоящее время уже существует несколько диагностических схем.

В МКБ 10-го пересмотра (1994) в разделе «Поведенческие синдромы и психические расстройства, сочетающиеся с физиологической дисфункцией» в рубрике F-50 приводится 5 уточненных диагностических критериев нервной анорексии.

1. Значительная потеря массы тела.
2. Потеря массы тела достигается:
а) избеганием жирной пищи;
б) вызыванием рвоты;
в) изнурительными упражнениями;
г) приемом слабительных;
д) подавлением аппетита аноректиками и диуретиками.

3. Искажение телесного образа в форме своеобразной психопатологии (сверхценной идеи ожирения и/или расплывшейся фигуры и низкого порога восприятия своей массы тела).

4. Выраженные эндокринные расстройства с вовлечением гипоталамо-гипофизарно-гонадальной системы, проявляющиеся в аменорее, утрате сексу-

ального интереса и потенции (у мужчин); могут быть также повышения уровня гормона роста, кортизола, изменение периферического метаболизма гормона щитовидной железы, нарушения инсулиновой секреции.

5. Замедление или даже остановка полового созревания, если нервная анорексия начинается в препубертатном возрасте (прекращается рост, не развиваются молочные железы, возникает первичная аменорея, у мальчиков наружные половые органы остаются недоразвитыми). По выздоровлении пубертатный период часто завершается благополучно, но менархе задерживается.

По DSM-IV (1994), нервную анорексию диагностируют по наличию следующих признаков.

- □ Отказ поддерживать массу тела на уровне, который считается минимальной нормой для данного возраста и роста.
- □ Выраженная боязнь увеличения массы тела или ожирения, даже при истощении.
- □ Нарушение восприятия своей фигуры или массы своего тела, преувеличенное внимание к своей фигуре или своему телу или отрицание того, что масса тела снижена.
- □ Аменорея у женщин с установившейся сексуальной функцией (отсутствие подряд, по меньшей мере, 3-х менструальных циклов).

P. Kendell (1982) советует для диагностики нервной анорексии использовать, по крайней мере, две схемы, предлагая, в частности, помимо DSM-III, еще и критерии!. Feighner (1972). Последние включают следующие признаки:

1) начало заболевания в возрасте до 25 лет;
2) потеря не менее 25% от начальной массы тела;
3) извращенное, непримиримое отношение к пище, процессу еды, собственному телу;
4) отсутствие соматических заболеваний, текущих по типу нервной анорексии;
5) отсутствие других психических заболеваний, в частности, аффективных расстройств, шизофрении, обсессивно-компульсивного и фобического неврозов;
6) наличие, по меньшей мере, двух из нижеперечисленных симптомов: аменорея, лануго, брадикардия, периоды гиперактивности, эпизоды булимии, наличие рвотных реакций, включая и искусственно вызываемые.

Следует согласиться с тем, что точность диагностики в настоящее время, когда симптоматика нервной анорексии изучена неплохо, зависит от использования всех известных критериев. Немаловажное значение при этом имеет квалифицированное проведение дифференциального диагноза.

## Дифференциальный диагноз

По мнению М. В. Коркиной (1988), для нервной анорексии характерен относительно типичный личностный преморбидный фон. Наряду с преобладающими истерическими или психастеническими чертами им свойственны чрезмерная пунктуальность, упрямство, стремление к самоутверждению, сочетающемуся нередко с нерешительностью и недостаточной самостоятельностью. Особенность самого синдрома — сверхценные дисморфофобические переживания собственной уродующей полноты или «безобразной величины» частей тела, незначительность аффективных расстройств и неразвернутость идей отношения.

Нервную анорексию приходится отличать от гипофизарной кахексии (болезнь Симмондса). При последней нет страха полноты, но есть исчезновение аппетита. В связи с недостаточностью всех эндокринных функций рано наблюдаются отсутствующие длительный период времени при нервной анорексии адинамия, апатия, аспонтанность, а также выпадение волос, главным образом, под мышками и на лобке, выпадение зубов, атрофия половых органов, симптомы повышенного внутричерепного давления, понижение экскреции 17-кетостероидов, 11-дезоксикортикостеронаигонадотропина. Важно отметить повышение чувствительности больных к инсулину, так как последний часто используется для лечения нервной анорексии, что крайне опасно при нераспознанной болезни Симмондса.

Дифференциальный диагноз с болезнью Аддисона (бронзовая болезнь) основан на своеобразной окраске слизистых, подвергающейся инсоляции кожи (пигментация), преобладании над другими симптомами резкой общей слабости, адинамии, артериальной гипотонии, диспепсических явлений, периодических подъемов температуры, своеобразии (обострения) течения заболевания и эффекте лечения препаратами коры надпочечников.

Большие затруднения для врачей представляет дифференциация нервной анорексии и шизофрении. В пользу шизофрении говорит значительное развитие идей отношения, появление паранойяльных идей, не связанных с отказом от пищи или с дисморфофобическими представлениями [Ротинян Н. С, 1971]. В то же время наличие особенно нелепых вычурных мыслей о собственном уродстве и нелепое пищевое поведение заставляют думать о шизофрении. Так, например, одна из наших больных не только часами стояла перед зеркалом, ощупывая себя и всматриваясь в обнаруживаемые ею изменения, но и придумывала специальные упражнения для мускулатуры тела и лица, чтобы изменить свою внешность. Еще более подозрительны те случаи, когда появляются различные навязчивые идеи или страхи. У одной из девушек, наблюдавшихся нами, отказы от еды сочетались с фантазиями о животных, носившими навязчивый характер, и фобиями воображаемых злодеев. Нельзя говорить также о нервной анорексии, если ограничения в пище связываются больными с идеями порчи, воздействия, преследования, отравления. В связи с этим можно упомянуть случай, когда длительный отказ от приема домашней пищи больной объяснялся обнюхиванием, а пото-

му и порчей последней одним из членов семьи. Не типичны для анорексии сенестопатические, дереализационные, деперсонализационные расстройства и нарушения схемы тела. Таким образом, для шизофрении характерно сосуществование в клинической картине переходов от навязчивостей, сверхценных идей до бредовых построений. Наиболее убедительными признаками шизофрении являются постепенное появление специфических структурных расстройств мышления (вычурности, неологизмов, символики, нелепого резонерства, непоследовательности, разорванности), изменение эмоциональной сферы с обеднением эффективности, утратой заинтересованности не только в окружающем, но и в тех мотивах, которые привели к отказам от еды и эмоциональной неадекватности. По мнению К. А. Новлянской (1958), длительное стойкое и упорное сохранение основного синдрома без выраженных процессуальных симптомов при грубом и негативистическом отношении к близким также заставляет сомневаться в диагнозе нервной анорексии. Подтверждение диагноза во многих случаях можно найти и в преморбидных особенностях личности больных. Так, шизоидные черты предшествуют непрерывному вяло протекающему процессу, от которого наиболее трудно отграничивать анорексию.

Больные нервной анорексией в преморбидном периоде отличаются высоким интеллектом, разносторонними интересами, они — активные, волевые, организованные, с высоким чувством долга и ответственности личности. Эти пациенты рассудочны, склонны к рассуждениям, хорошие товарищи, но в отношениях поверхностны, в связи с чем часто остаются без друзей. Нередко перечисленные качества сочетаются с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности. До заболевания подростки эгоистичны, требовательны, нетерпеливы и одновременно по-детски очень привязаны к матери, kh основные личностные особенности —дисгармония зрелого мышления и инфантильное поведение. У больных анорексией — высокий уровень притязаний, нет достаточной критики к своим возможностям, и даже неудачи не оказывают влияния на правильность их оценки. Они имеют тенденцию к лидерству в референтных группах, располагая к этому определенными способностями. В жизни больные умеют добиться желаемого результата, и в то же время их мышление ниже общеобразовательного и возрастного уровня [Коркина М. В. и др., 1971]. H. Stutte (1960), наряду с истерическими чертами личности в преморбиде, у части детей обнаруживал склонность к развитию навязчивостей. У будущих больных анорексией нередко выявлялись отклонения в пищевом поведении, сохранившиеся в течение всей жизни. Так, например, L. Michaux (1962) указывает на всегда имеющийся плохой аппетит как на физическое предрасположение к анорексии. Определенное значение для отграничения анорексии от шизофрении имеет обнаружение тех или иных психотравмирующих обстоятельств, хотя их наличие еще не решает вопрос о диагнозе. Наиболее патогенное влияние, по-видимому, связано с такими факторами, как переживание явных проявлений своего полового созревания («травма первой менструации», оформление вторичных половых признаков), отрицательного отношения семьи или коллектива подростков к особеннос-

тям фигуры, полноте (насмешки, осуждения, издевательства, особенно со стороны лиц противоположного пола), конфликтной ситуации в семье (разрыв эмоциональных связей между подростком и одним или обоими родителями, обнаружение им неизбежности распада семьи и т. д.). В одном из наших наблюдений появление в классе более интересной и способной отличницы, поколебавшей лидирующее положение больной, привело к психогенной реакции в форме отказа от еды. В другом — такая же реакция развилась после неудачных соревнований, не позволивших девушке выполнить норму мастера спорта.

Примером глубокого семейного конфликта, приведшего к нервной анорексии, может быть девочка-подросток, у которой заболевание развилось в момент назревающего разрыва между отцом и мачехой. Эта больная дважды переживала женитьбы отца, привязалась к его последней жене и внутренне сопротивлялась его оскорбительному и несправедливому поведению по отношению к мачехе. Большой психологический смысл для подростков имеет обида или оскорбление со стороны наиболее уважаемого, а возможно и любимого человека, олицетворяющего противоположный пол или фигуру отца. В связи с этим не удивительно, что указание на полноту живота со стороны учителя танцев в одном случае и замечание тренера о толстых ягодицах в другом приводит к одинаковому результату: упорному отказу от приема пищи с последующим тяжелым истощением.

В редких случаях необходимо дифференцирование нервной анорексии маниакально-депрессивного психоза. Больные маниакально-депрессивным психозом во время депрессии могут отказываться от приема пищи, резко худеть, а у девушек при этом нередко развивается аменорея. Однако при всем этом в клинической картине на первом месте — аффективные нарушения: более или менее выраженная депрессия в виде тоски, скуки, грусти, падение активности, снижение интересов и утрата желаний или проявление тревожности. Почти во всех случаях отмечаются идеи малоценности, самообвинения, самоуничижения, а иногда и ипохондрические мысли. Могут также быть и деперсонализационные явления. Для дифференциальной диагностики имеют значение соматические симптомы маниакально-депрессивного психоза: двигательная заторможенность (иногда до полной скованности), застывшая мимика печали, редкое мигание, складка на верхнем веке, остановившийся взгляд, отсутствие аккомодации при сохранении реакции зрачка на свет, расстройства сна с кошмарными сновидениями. Часто больные жалуются на чувство усталости, трудности совершения того или иного простого действия, ощущения ползания мурашек, онемения, тяжести в конечностях и наиболее тяжелое — чувство «предсердечной тоски» в виде жжения, сжимания, давления в груди. Противоречит представлению об анорексии и фазное или периодическое течение психоза, когда длившаяся в течение нескольких недель или месяцев симптоматика депрессии сменяется выздоровлением или противоположным аффективным состоянием.

Неразвернутые проявления анорексии могут наблюдаться при многих пограничных нервно-психических заболеваниях. Анорексия при истерии, как

правило, не доводит до полного отказа от еды. При этом для пищевого поведения характерно демонстративное, а не скрытое ограничение в еде. Искусственно вызванными рвотами симулируют непроизвольные. Угрожающее жизни похудание обычно не развивается.

## Лечение

Назначение терапии больным с нервной анорексией определяется, как считают W. J. K. Rockwell et al. (1982), тяжестью заболевания. Предлагают, в частности, различные подходы в зависимости от величины потери массы тела. При массе тела, на 40% меньшей возрастного уровня, являющейся угрожающей для жизни пациента, необходима срочная, а при необходимости и принудительная госпитализация для интенсивного лечения. Больные, потерявшие от 15 до 40% массы тела (в пересчете на средний возрастной уровень), требуют как медикаментозного, так и психотерапевтического вмешательства в больничных условиях. При снижении массы тела, соответствующей 10% среднего возрастного уровня, больного следует амбулаторно подвергнуть психотерапии в сочетании с симптоматическими средствами.

Спорность такого одностороннего подхода очевидна. Однако, действительно, лечебная тактика должна находиться в зависимости от психического и физического состояния пациента (частые рвоты, употребление слабительных). Кроме того, приходится учитывать семейную ситуацию, взаимоотношения со сверстниками и другие социальные факторы.

Принятие решения о виде терапии и, особенно, о необходимости госпитализации нередко осложняется позицией больных и их семьи. Очень часто больные или не заинтересованы в лечении, или сопротивляются его назначению, так как чувствуют себя хорошо и не обнаруживают никаких отклонений в своем здоровье. Они если и ходят к врачу, то лишь подчиняясь обеспокоенным родителям. Семья также может сопротивляться лечению. В одних случаях это объясняется «невероятной терпимостью» к тяжести симптоматики анорексии, которую преуменьшают или игнорируют. В других — необходимости лечения противостоит родительская концепция заболевания. Семья понимает тяжесть соматического состояния больных, но отказывается признать его связь с психосоциальными трудностями и воспользоваться психотерапией.

Таким образом, не только правильный выбор вида лечения, но и его возможная эффективность будут зависеть от способности врача разъяснить членам семьи особенности заболевания и объединиться с ними в терапевтических усилиях.

Проведение необходимых вмешательств может быть амбулаторным лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не угрожают жизни больных [Коркина М. В., 1986]. W. Vandereyoken, R. Meerman (1984) исходят из того, что, если это возможно, больные анорексией должны лечиться в своей естественной среде. Удаление больных из их привычного окружения

вызывает дополнительные негативные переживания как у них самих, так и у членов семьи, что может усугубить течение анорексии.

W. R. Anyan, J. Schowalter (1983) предлагают для решения вопроса о месте речения учитывать оценку состояния больных и оценку семьи по ряду факторов.

**Оценка больных:**

- □ соматическое состояние;
- □ отрицание существования серьезных переживаний и необходимости их лечения;
- □ мнение о месте, в котором способны чувствовать себя лучше (дома или в больнице).

**Оценка семьи:**

- □ наличие семейных трудностей и их серьезность;
- □ понимание родителями, что лечение необходимо, и их способность объединиться для поддержки этого лечения;
- □ степень родительского гнева или тревоги по поводу соматического или эмоционального состояния больных.

Можно согласиться с этими предложениями и использовать их в практике, если семья обращается к врачу на начальных этапах заболевания. К сожалению, чаще всего даже к педиатру, а тем более к психиатру, больные с анорексией попадают тогда, когда требуется направление в стационар. В этих случаях речь идет уже о тактике ведения больных в госпитальных условиях.

По мнению М. В. Коркиной (1986), лечение в стационаре проводится в 2 этапа:

I этап (неспецифический) направлен на улучшение соматического состояния с целью выведения из состояния кахексии и приостановления похудания;

II этап (специфический) предусматривает лечение основного заболевания.

В процессе лечения на I **этапе** назначают средства, поддерживающие деятельность сердечно-сосудистой системы, нарушенную в связи с дистрофией миокарда и наличием гипотензии. Наряду с этими препаратами вводят большое количество жидкости (растворы глюкозы, Рингера) и витаминов. Питание в это время осуществляется небольшими порциями, 6 раз в день, с учетом состояния желудочно-кишечного тракта. Калорийность пищи увеличивают на 300 ккал ежедневно до средней суточной, близкой к 3000 ккал. Для стимуляции деятельности желудка рекомендуют карнитин, а с целью улучшения переваривания и всасывания в тонкой кишке назначают коферментную форму витамина $B_{12}$ кобамид.

В ряде клиник используют метод гипералиментации, при котором все основные питательные вещества вводят внутривенно капельным способом до восстановления массы тела [Abbot, 1976: цит. по: Личко А. Е., 1985].

Чтобы преодолеть отказ от пищи и повысить аппетит, применяют внутривенное введение 20—40 мл 40% раствора глюкозы с 4-8 ЕД инсулина с контролем гликемии. При этом через $^1/_2$-1 часа предлагают калорийный завтрак

или обед. Если эти средства не дают эффекта, приходится применять кормление через зонд смесью из кипяченого молока, масла, сырых яиц, какао, крепкого мясного бульона, сахара, фруктового сока, витаминов с общим объемом 0,5-0,8 л.

Для предотвращения рвоты после кормления за полчаса до введения зонда назначают 0,5 мл 0,1% раствора атропина подкожно, а к самой смеси добавляют 5 капель 4% раствора тералена или 5—10 капель 0,2% сиропа галоперидола [Личко А. Е., 1985].

Назначение строгого постельного режима имеет целью ограничить физическую активность больных. Постоянный надзор необходим для предупреждения вызывания больными рвоты.

Как правило, пациенты протестуют против госпитализации, расширения диеты. Они обижаются на родителей и персонал. Для снижения аффективного напряжения назначают транквилизаторы — седуксен (10 мг), элениум (20 мг) или мягкие нейролептики — френолон по 10—30 мг/сут.

В отличие от начальных этапов нервной анорексии, при стационарном лечении целесообразна изоляция от семьи, так как родители, не понимая истинного состояния больных, не способны эффективно участвовать в терапевтическом процессе. В дальнейшем свидания с семьей могут быть использованы для подкрепления правильного пищевого поведения больных.

Неспецифическое лечение, как правило, продолжается 2—4 недели. За это время удается увеличить массу тела на несколько килограммов.

Во время II этапа лечению подвергается уже заболевание в целом. В связи с этим используют сочетание биологического лечения с психотерапией. В этот период назначают общеукрепляющие препараты: гипогликемические дозы инсулина с обильным кормлением, анаболические гормоны (с осторожностью), витамины и др., а также для снятия эмоционального напряжения, повышения аппетита и облегчения психотерапии — нейролептики: френолон, галоперидол, трифтазин (стелазин) в сочетании с малыми дозами левомепромазина (тизерцин), аминазина, пимозида. Так как в семьях некоторых больных с нервной анорексией имеются аффективные расстройства, делают попытки назначения трициклических антидепрессантов: имизина (мелипрамин), амитриптилина, лития карбоната. Для стимуляции увеличения массы тела использовали ципрогептадин.

Психотерапия должна назначаться с учетом особенностей личности больного, клинической картины и этапа заболевания. Применяют различные типы индивидуальной, семейной и поведенческой психотерапии, направленные на разрешение глубинных психологических конфликтов, лежащих в основе заболевания. Назначают также специальный режим пищевого поведения и ограничение физической активности. Находят применение суггестивная психотерапия и аутогенная тренировка.

Как полагают W. Vandereyoken, R. Meerman (1984), для лечения больных анорексией наиболее подходящей следует считать поведенческую психотерапию. При этом ставят 4 цели: нормализовать пищевое поведение, улучшить образ тела, изменить самооценку, улучшить взаимоотношения с родителями.

При наличии успехов в этом направлении больные получают положительное подкрепление (просмотр интересных телепередач, прогулки, свидания с родными и др.), при отсутствии позитивных сдвигов больные переводятся на постельный режим, изолируются от других больных.

Рациональная психотерапия ставит своей задачей разъяснение необходимости госпитализации, указание на опасность пребывания дома и невозможность излечения без медицинской помощи. В процессе бесед раскрывают механизмы развития заболевания, показывают необходимость применяемых мер для изменения состояния. Обсуждают отношение больных к своему облику, массе тела, аменорее. Совместно вырабатывают план поведения, критерии успешного лечения, цели терапии, перспективу адаптации.

Внушение производится в гипнотическом или в бодрствующем состоянии. Цель суггестивной терапии — изменение жизненной позиции больного, модификация поведения и смягчение тревожного состояния. При сочетании с биологической терапией и строгой, адекватной состоянию больных диетой может быть эффективным гипноз. Аутотренинг может смягчить эмоциональное напряжение и неприятные ощущения, часто переживаемые больными.

Особое место занимает воздействие на больных через родителей. Семейная психотерапия позволяет выработать у последних правильное понимание переживаний больных, соответствующее отношение к пищевому поведению и добиться их успешного участия в терапевтическом процессе.

## Прогноз

При отсутствии соответствующего лечения в стационаре кахексия может привести к летальному исходу, что в единичных случаях встречается. Выздоровление отмечают у 40-55% больных [Коркина М. В., 1988; Tolstrup К., 1985], у 30% больных состояние значительно улучшается и у 20—30% — серьезно ухудшается. В большом числе случаев наблюдается волнообразное рецидивирующее течение. Повторные приступы заболевания обычно протекают легче, чем первый. Примерно $^1/_3$ больных в дальнейшем в течение всей жизни придерживается строгих ограничений в приеме пищи, оставаясь крайне худыми, но сохраняет при этом удовлетворительную социальную адаптацию.

Имеются сведения о более благоприятном прогнозе при раннем начале нервной анорексии, однако их подвергают сомнению. Прогноз у лиц мужского пола хуже, чем у женского. У больных низкого социально-экономического уровня течение заболевания менее благоприятно.

К другим факторам, ухудшающим течение болезни у госпитализированных больных, относятся злоупотребление слабительными, частая рвота, булимия, тревога во время приема пищи, неоднократные госпитализации, отвержение наличия болезни, психосоциальная незрелость, психосоматические жалобы, симптомы депрессии и обсессивно-компульсивные черты личности.

Заболевание у пациентов, поступающих в больницу с массой тела меньше чем 60% от среднего уровня, также имеет неблагоприятный прогноз [Garflnkel P. E Garner D. M., 1982].

Хороший прогноз связывают с успехами в школе, короткой продолжительностью заболевания, эффективным приспособлением в детстве, предшеству. ющими неплохими отношениями с родителями, хорошей активностью и поступлением в стационар с сохранившимся чувством голода [Swift W. J., 1982].

## Глава 10

# ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ *(Д. Д. Исаев)*

## ПРИРОДНЫЕ ОСНОВЫ РАЗЛИЧИЯ ПОЛОВ

Важнейшим и долгое время игнорируемым оставался вопрос о закономерностях развития личности девочки и мальчика, женщины и мужчины. Обманчивая естественность этого процесса заставляла многих исследователей проходить мимо данного вопроса, считая его слишком деликатным или даже неприличным для рассмотрения. Лишь бурный XX век обнажил всю драматичность и неоднозначность ситуации. Психологи, сексологи и психиатры показали, что многие проблемы в брачных отношениях, сексуальные нарушения и, тем более, отклоняющееся, атипичное («извращенное») поведение своими корнями уходят в детство.

Традиционным и естественным для психологии человека является стремление в любом, даже самом сложном явлении увидеть одну, максимум две причины, которые и должны все объяснить. Если на уровне бытового сознания это каким-то образом облегчает ориентировку в окружающей действительности (человек или «плохой», или «хороший»), то для правильного понимания развития ребенка это совершенно не годится. Проще всего было бы сослаться на понимание человека каксоциобиологического существа, но этот штамп ничего не может нам объяснить, кроме того, что любой из нас живет по двум кодексам — законам природы и общества. Законы вроде бы одинаковы для всех, а люди — разные. Значит, ответ надо искать в чем-то другом, в иных подходах, например, обратиться к самым истокам зарождения организма, к развитию зародыша, эмбриона, плода.

Развитие организма (а стало быть, и его пола) начинается с момента слияния родительских половых клеток. У зародыша во всех его клетках оказываются две половые хромосомы — XX или XY. В случае наличия XX хромосом Должен развиться женский организм, а при сочетании XY — мужской.

Хромосомы содержат всю информацию, необходимую для построения сложного и в чем-то неповторимого организма. Следующим этапом является

формирование половых желез. Этот процесс начинается с шестой недели развития эмбриона. До этого момента определить пол по внешним признакам невозможно, так как они носят неясный, неопределенный характер. И у того и у другого пола единый источник развития. Только если у эмбриона присутствует мужская (Y) хромосома, происходит превращение недифференцированных половых желез в семенники, становится возможным появление мужского организма. За это несет ответственность специальный ген (H-Y-антиген), который программирует это превращение, не допускает появления признаков женского пола. Если же его нет, то автоматически включается процесс формирования женского организма.

Последующее развитие внутренних и наружных половых органов определяется половыми гормонами, которые вскоре начинают вырабатывать только что сформировавшиеся половые железы (семенники или яичники). Эта третья ступень в становлении пола начинается на 2—3-м месяце внутриутробной жизни. Только под их влиянием и при достаточном количестве мужского гормона — тестостерона — формируются типичные мужские половые органы, а в случае его недостатка — альтернативно развиваются женские наружные половые органы. Следует отметить, что и в мужском, и в женском организме присутствуют гормоны обоих полов (в небольших количествах они вырабатываются надпочечниками). Различия заключаются лишь в их количественных соотношениях: у женщин больше женских гормонов, а у мужчин — мужских. Гормоны разносятся кровью по всему телу и являются очень мощным и эффективным средством управления и координации развития и работы разных клеток, органов и систем организма. Исследования последних десятилетий показали, что одного присутствия половых гормонов может быть недостаточно. В редких случаях аномалии биохимических процессов нарушается чувствительность тканей к ним. Возникает парадоксальная ситуация, при которой мужские половые железы вырабатывают достаточное количество тестостерона, но он не влияет на развитие плода. У плода есть небольшое количество гормона другого пола, а при «невключении» программы формирования мужского организма начинается формирование женского. Таким образом, может родиться ребенок, у которого внешние признаки девочки, а хромосомы — с мужским набором и мужские половые железы. Все это становится очевидным лишь в подростковом возрасте, когда не находят признаков нормального полового созревания девушки. Ребенка воспитывают как девочку, а медицинское обследование обнаруживает несоответствие внешнего вида и внутреннего «содержания».

Решающее значение в развитии принадлежит гормонам в так называемые критические периоды развития, когда его развитие может пойти по любому варианту — мужскому или женскому. Если не будет приложено дополнительное воздействие мужских гормонов или их будет недостаточно, то организм самостоятельно выполнит программу формирования женского плода. Первый критический период связан с образованием половых органов (3—4-й месяцы беременности) и отвечает за их «внешний вид». Неспециалисты склонны считать, что различия половых органов и есть фундаментальное различие

между полами, что этого должно быть достаточно для полноценного и всестороннего развития в одних случаях — мужчин, в других — женщин. На самом деле это лишь этап комплексного процесса, его следующая ступень.

Следующий критический период приходится на 4-7-й месяцы развития плода. Он менее заметен, чем предыдущие, внешне практически ничем не проявляется, но может самым серьезным образом повлиять на судьбу человека. В этот период осуществляется половая дифференциация мозга. Функционально незрелые структуры развивающегося мозга под воздействием гормонов приобретают необратимую способность к формированию и регулированию определенных физиологических процессов в организме (в том числе сексуальных функций), готовность к осуществлению некоторых поведенческих программ. Идет период «конструирования» мужского или женского гипоталамуса (мозгового центра, отвечающего за целостные реакции организма).

Но этим не ограничивается действие половых гормонов на мозг. Тестостерон влияет на развитие нейронов коры головного мозга. Фактически в этот период обретается предрасположенность к полоспецифическому (характерному для данного пола) поведению. Буквально в последние годы функциональные и морфологические различия мозга мужчин и женщин получили экспериментальные подтверждения. Научные данные позволяют утверждать, что в этот же период происходит окончательное закрепление ориентации организма на восприятие мужских или женских гормонов. От этого в последующие годы будет зависеть выраженность вторичных половых признаков, телосложение, голос, пластика движений и многое другое.

Долгие годы считали, что основная роль в формировании личности человека, его качеств принадлежит воспитанию. Врожденные, природные качества индивида практически не принимали в расчет. Часто ребенка рассматривали как белый лист бумаги, на котором семья, педагоги, общество могут написать правильные формулы или те, которые таковыми считаются. Подобные взгляды относились и к формированию полов: если мальчику говорить, что «так могут вести себя только девочки, а так — должны мальчики», то у него будет правильное мужское поведение, мужественный, сильный характер и т. д. Конечно, нельзя отрицать роль многих воспитательных воздействий, но они оказываются полезным инструментом для развития тех задатков, которые у ребенка уже есть. Они дают свободу для маневра только в тех рамках, которые установила природа. Различия между полами обнаруживаются с раннего детства.

Новорожденные девочки в среднем спят дольше мальчиков, у них ниже порог тактильной и болевой чувствительности, они лучше реагируют на сладкое и начинают более интенсивно сосать молоко. Мальчики демонстрируют лучшее мышечное развитие, способность держать головку лежа на животе. К 3 месяцам мальчики оказываются более готовыми к восприятию зрительных стимулов, а девочки — слуховых. Девочки больше реагируют на плавную музыку, мальчики — на прерывистые звуки. В возрасте около 1 года девочки менее охотно сходят с рук матерей, держатся ближе к ним, чаще возвращают-

ся, чтобы прикоснуться, больше сидят на одном месте и играют одними игрушками. Мальчики выглядят более самостоятельными, подвижными, бродят от игрушки к игрушке, толкают девочек.

Анализ половых различий взрослых показывает, что мужчины достоверно более агрессивны, более успешны в математике и зрительно-пространственных операциях, тяготеют к доминированию, у них выше общий уровень активности, потребность в соревновательности, а женщины превосходят в языковых способностях, имеют высокий уровень тактильной чувствительности готовность к возникновению тревожных состояний.

Женщины более воспитуемы, адаптивны, обучаемы, легче вступают в новые социальные контакты, у них шире набор коммуникативных программ; они эмоциональны, имеют повышенную чувствительность к нюансам межличностного взаимодействия.

Мужчины более находчивы, сообразительны, изобретательны, отличаются гибкостью мышления, предпочитают и лучше решают новые задачи, которые предъявляют максимальные требования к новаторству и минимальные — к совершенству решения, стремятся к разнообразию, легко переключаются на новую деятельность, имеют большую скорость психомоторных реакций. Мужчины, однако, допускают больше ошибок, не выдерживают долго быстрого темпа, хуже приспособлены для деятельности, которая требует стереотипных форм поведения.

Различия в психомоторике особенно ярко проявляются в почерке. У женщин почерк правильный, точный, красивый, стандартный, единообразный, симметричный, у мужчин — неправильный, неравномерный, размашистый, некрасивый, с большим количеством ошибок, индивидуально оригинальный. У мужчин основным является предметно-инструментальный стиль мышления, а у женщин — эмоционально-экспрессивный, склонность к целостному, синтетическому восприятию окружающего. Женщины скорее чувствуют, чем знают, а мужчины — больше знают и понимают, чем чувствуют.

Есть все основания утверждать, что данные различия носят преимущественно природный характер и во многом определяют психологические особенности, склонности обоих полов. Они являются биологическим фундаментом для разделения половых ролей в обществе.

По мере продвижения от «низшего» иерархического уровня половой дифференцировки (хромосомного пола) к «высшему» (половая дифференцировка мозга) снижается роль генетических воздействий, жесткость и однозначность происходящих процессов, они начинают приобретать относительную независимость, параллельно возрастает роль иных факторов. Так, на психологическом, личностном уровне большое влияние оказывают внешние воздействия (воспитание в семье, стереотипы и образцы мужского и женского поведения, существующие в обществе), целый ряд характерологических черт, свойственных индивиду, его собственная удачная или дисгармоничная история взросления. При этом надо говорить о взаимном влиянии — биологии пола на психику и психологических проблем на мужественность (женственность) как характеристики личности.

# ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ ПОЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

После рождения ребенок вступает в сложные отношения с окружающей средой. На него действуют мощные социальные силы с целью «облагородить» телесные потребности и проявления. Для этого в культуре общества сложилось множество запретов, условностей и ритуалов, позволяющих отгородиться от непосредственных проявлений природных инстинктов, подчинить их законам социума.

По мере накопления жизненного опыта, развития сознания и самосознания неотъемлемыми чертами личности становятся психологические атрибуты пола — половая идентичность, ролевое поведение, психосексуальная ориентация. Все эти параметры оказываются не связанными напрямую с телесными импульсами, биологией пола. Они отражают восприятие и переживание индивидом себя как носителя, представителя определенного пола, готовность следовать определенным поведенческим стереотипам, осознание направленности своих эротических интересов и предпочтений.

Природные задатки и способности под влиянием общества наполняются определенным содержанием, получают соответствующее развитие и возможность для своей реализации. Усваивая информацию, относящуюся к полу, ребенок преломляет и соотносит ее со своими ощущениями, знаниями и переживаниями. К 2 годам он уже знает свою половую принадлежность, хотя и не может ее обосновать. По внешним признакам (одежда, внешний вид, голос, имя) ребенок в 2—3 года различает мужчин и женщин. Примерно с этого возраста у него появляется интерес к телесным различиям между полами, называемый половым любопытством. В этот период проявляется повышенный интерес к гениталиям лиц своего и противоположного пола, их рассматриванию, ощупыванию, демонстрации сверстникам. Этот естественный процесс познания часто пугает родителей, которые склонны приписывать ему «взрослое» отношение — преждевременную гиперсексуальность. Вместо удовлетворения детского любопытства, простых и понятных объяснений многие родители впадают в панику, начинают активно бороться с «болезненными» проявлениями. Подобные меры дают прямо противоположный эффект, так как могут напугать ребенка, заставить его относиться к данной сфере как запретной, ужасной, несущей лишь вред. Это не позволит нормально строить отношения с лицами своего и противоположного пола.

После усвоения половых различий и причисления себя к определенному полу ребенок стремится соотнести свое поведение с тем, что соответствует складывающемуся у него представлению о своем поле. Он начинает избирательно усваивать получаемую информацию, примеривает на себя половые роли. Среди близких людей (чаще всего родителей) находит эмоционально значимый объект для идентификации. Подражает ему, перенимает манеры, поведенческие стереотипы. Несомненна роль взрослых, поощряющих пове-



[7] Зак. 3836

дение, которое считают соответствующим полу, и порицающих всякие проявления, приписываемые другому полу. С годами возрастает роль общения со сверстниками. Их оценка физических особенностей и поведения, а также реакция на них оказывают чрезвычайно сильное влияние на ребенка. Группа сверстников помогает постичь множество необходимых, но замалчиваемых взрослыми сведений, связанных с полом.

Половая идентичность реализуется в освоении половой роли, под которой понимают существующие в обществе представления о мужском и женском поведении.

**Полоролевое поведение детей** проявляется:

- в выборе игр и игрушек — игры в куклы, дочки-матери, в доктора, учительницу или в войну, машины, конструкторы;
- в ролевых предпочтениях в играх — хотят быть матерью, учительницей, хозяйкой, медсестрой или командиром, разведчиком, отцом;
- в выборе общения — предпочитают компанию своего или противоположного пола, тяготеют к взрослым мужчинам или женщинам, тем, кому оказывают предпочтение, демонстрируют нежные чувства;
- в предпочитаемой деятельности — нравится заниматься домашним хозяйством, готовить, предпочитаются тихие занятия или интерес к технике, динамичным видам спорта, требующим силы, выносливости, агрессивности;
- в отношении к внешнему виду — стремление надевать женскую одежду, применять косметику, «вертеться у зеркала» или пренебрежение к внешнему виду, отказ от каких-либо украшений, утрирование мужского стиля;
- в фантазиях и мечтах — желание походить на литературного или киногероя определенного пола, представление себя в будущем при составлении рассказов, сказок;
- в удовлетворенности социальной ролью — восхваление стиля жизни мужчин или женщин, высказывание желания сменить имя или даже пол;
- в стиле поведения — округлость и плавность походки, мягкость жестикуляции, мимики и речи или размашистость, резкость, напористость и угловатость.

К 5–6 годам формируется и закрепляется единая система половой роли и идентичности, которая функционирует в системе обратных связей. Эта устойчивая система оказывается одним из важнейших компонентов ядра личности, непосредственно влияет на восприятие, обучение и научение, на построение отношений с окружающими, формирование предпочтений, симпатий, идеалов.

Довольно часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда мальчик или девочка демонстрируют поведение, не свойственное их полу. Это могут быть отдельные эпизоды или стабильное отвержение всего, что связано со своим полом, несоответствие в чем-то малом или практически полное нежелание вести себя «как все». Все это может вызывать вполне понятное беспокойство

взрослых, но требует осторожного и квалифицированного подхода. Особо пристальное внимание обычно вызывают «феминнные» мальчики. Это обусловлено рядом причин. «Мальчикоподобное» поведение девочек чаще всего совпадает с ориентацией общества на нормативность эмансипационных установок женщин и даже может поощряться. «Нормативность» для женского пола в целом шире и диапазон приемлемости вариаций женского поведения больше, чем мужского. Но в любом случае остается вопрос: «Все ли в порядке с ребенком, каковы возможные последствия?» Для понимания ответа необходимо сделать ряд уточнений. До наступления полового созревания выбор поведения (в том числе и полоспецифического) представляет собой, прежде всего, реализацию личностно-характерологических особенностей. Это значит, что мальчик может выбирать тихие, спокойные игры или общество девочек потому, что по своему складу он тяготеет к спокойным занятиям, ему претят шумные компании, драки, беготня. Среди девочек, может быть, он не подвергается насмешкам за неуклюжесть или полноту, недостаточную физическую силу или мягкость характера. Просто для него эта «необычная» среда является более близкой по духу, что совсем не свидетельствует о его аномальности. Чаще всего эти проявления сглаживаются или совсем исчезают к подростковому возрасту, когда ведущим в восприятии своей нормативности становится оценка соответствия мужскому идеалу, в который вплетаются эротические и сексуальные переживания. В этот период заново переосмысливается меняющееся в сторону «взрослости» тело, все поведение теперь оценивается с точки зрения гипотетического объекта любви. Подросток сравнивает себя со сверстниками, очень хочет не отстать от них и крайне болезненно реагирует на любые замечания в свой адрес, на реальные или мнимые отклонения, которые обнаруживает у себя. Необходимость в консультации специалиста может возникнуть, если становится очевидным, что поведение ребенка обусловлено не только и не столько его характером, а измененной половой идентичностью. Об этом могут свидетельствовать такие проявления, как отказ от одежды своего пола, представление мальчика женским именем, стойкое желание быть представителем другого пола, негативное отношение к атрибутам своей половой принадлежности. При менее явных отклонениях от половой роли очень часто нельзя дать четкого и однозначного ответа о возможных последствиях. Это могут быть вариации, а не отклонения от нормативного развития. В люббм случае поспешность в выводах недопустима. Наиболее информативным становится подростковый период, когда происходит окончательное закрепление половой идентичности, половой роли, но уже в соответствии с направленностью сексуального влечения.

На подростковый возраст приходится начало осознания себя как субъекта и объекта сексуального взаимодействия. Мощный выброс половых гормонов, фактически запускающий процесс телесного созревания, пробуждает дремлющие силы сексуального влечения, приводит к появлению так называемого периода подростково-юношеской гиперсексуальности. Он характеризуется чрезмерной озабоченностью вопросами пола, иногда тотальной эротизацией окружающего мира, в котором видятся только аспекты, так или иначе указы-

вающие на сексуальные проявления. Собственная сексуальная активность подростков носит отчетливо экспериментальный характер, процесс постижения собственных телесных функций, проигрывания множественных вариантов взаимодействия со сверстниками своего и противоположного пола. Все это находит выражение в подростковой мастурбации, бурном, а иногда и безудержном фантазировании на эротические темы, легкости вовлечения в «бездуховные» сексуальные контакты, возможности участия в необычных (девиантных) действиях («групповой секс», контакты с лицами своего пола, различные варианты развратных действий, даже сексуальное насилие). В подавляющем большинстве случаев взрослые оказываются в почти полном неведении об этой активности, но как только что-либо становится известно родителям или педагогам, это имеет эффект разорвавшейся бомбы и может нанести непоправимую душевную травму юноше или девушке. Поэтому необходима максимальная деликатность в обсуждении этих вопросов, а консультация или участие в этом психолога могут оказаться чрезвычайно полезными.

В подростковом возрасте впервые становятся очевидными сексуальные девиации — отклоняющееся или атипичное поведение, которое чаще всего именуют «извращениями». Долгие годы проблема гомосексуальности, атипичного сексуального влечения и поведения замалчивалась. Между тем распространенность гомосексуальности в различных странах мира есть величина постоянная и составляет 3-4% среди мужчин и 1—2% — среди женщин. В 1993 г. нами была предпринята попытка изучить особенности сексуального поведения в Санкт-Петербурге. В результате телефонного опроса выявлено, что 6% мужчин имели гомосексуальные контакты (точнее, признались в них), а 3% — указали на то, что имели контакты с лицами своего пола часто. Среди женщин частые гомосексуальные контакты имели 2% опрошенных. Как это ни парадоксально, но, несмотря на консерватизм и неготовность большинства людей разговаривать на подобные темы, полученные нами цифры оказались практически идентичными зарубежным.

## ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТИ

Что такое «гомосексуальность»? Это исключительная или преимущественная направленность влечения на лиц своего пола, стремление к эмоциональной и телесной близости с ними. Если гомосексуальный контакт возник в результате невозможности общения с противоположным полом (тюрьма, армия, однополый изолированный коллектив) или связан с психическим заболеванием, то считать это гомосексуальностью нельзя. Известно, что 30% мужчин когда-либо в жизни имели сексуальный контакт с лицом своего пола

(среди женщин — 20%), однако не изменили от этого направленность влечения.

Гомосексуальность надо воспринимать не иначе как альтернативный вариант направленности влечения. Это не произвольный выбор человеком объекта любви, а выражение его личностной (а иногда и природной) сущности. Любовь не может считаться преступной или аморальной. Ее качество и полноценность таковы, каков сам человек, а не пол объекта любви.

Подавляющее большинство исследователей сходятся во мнении, что необычная направленность влечения берет свое начало в детстве, задолго до манифестации сексуального поведения.

Существующие в настоящее время теории происхождения гомосексуальности можно условно разделить на две группы: биологические и психологические. В первом случае его основы видят во врожденных нарушениях функционирования мозговых структур, генетической запрограммированности или в нарушении баланса гормонов. Во втором — основной причиной называют нарушенные отношения в семье, неправильное воспитание, неблагоприятные микросоциальные условия в подростковом периоде.

Попытки доказать наследственную обусловленность были связаны прежде всего с исследованиями близнецов в 40—50-е годы. Их результаты свидетельствовали о значительной частоте совпадений направленности влечения у однояйцевых близнецов. Не сумев подтвердить роль генетических факторов, эти исследования указали на наличие определенной биологической предрасположенности к появлению влечения к лицам своего пола. В последние годы были опубликованы данные американских ученых, которые якобы обнаружили ген, ответственный за гомосексуальное влечение у мужчин и женщин. Скорее всего, к этой информации следует относиться скептически, так как никто никогда не видел гомосексуальных династий. Если лица с альтернативным влечением имеют детей, то частота встречаемости аналогичного влечения у их потомков не превышает таковую в обычных семьях, а в семьях, где никогда не было лиц с подобным влечением, могут появиться дети с атипичной ориентацией.

Другой попыткой биологического подхода к объяснению гомосексуальности стали гормональные исследования. В значительной степени они основывались на мнении, что гомосексуальные мужчины недостаточно мужественны, а лесбиянки — недостаточно женственны. Считали, что в этом находит отражение нарушение баланса половых гормонов. Попытки сравнительного анализа гормонального фона предпринимали не раз, но в большинстве исследований каких-либо отличий обнаружено не было. Гормональную природу гомосексуальности опровергли и безуспешные попытки добиться гетеросексуальности (направленности влечения на противоположный пол) введением больших доз соответствующих гормонов. Увеличение количества мужских половых гормонов в крови приводило лишь к усилению половой возбудимости в рамках уже имеющейся направленности влечения.

В начале 70-х годов была сформулирована и стала очень популярной теория нарушения половой дифференциации мозга в период беременности. На

животных было показано, что в случае нарушения этого процесса они начинали демонстрировать несвойственное их полу сексуальное поведение. Немецкими эндокринологами была высказана гипотеза о возможности аналогичных явлений у гомосексуалов. Однако многие специалисты не склонны принимать во внимание только биологические факторы и ставить знак равенства между половым поведением животных и сексуально-эротическим поведением людей.

Наиболее популярным психологическим объяснением происхождения гомосексуальности остается психоаналитическая теория, основы которой были заложены Зигмундом Фрейдом. Она опирается на идею бисексуальности, согласно которой каждый человек рождается без определенной направленности влечения, ему безразличен пол объекта, дающего удовлетворение. Гомосексуальность якобы вызывают серьезные нарушения раннего развития, эмоциональная фиксация на матери, что приводит к поискам объекта, которого можно любить, как это делала мать. В качестве причин указывали также на нарциссизм («самовлюбленность»), страх кастрации, зависть к старшим братьям и отсутствие сильного отца как объекта для идентификации. Как результат нарушенных семейных отношений рассматривали появление страха перед противоположным полом и невозможность контактов с ним. Экспериментальные попытки проверки психоаналитической модели показали ее несостоятельность. В одних исследованиях многие гомосексуалы демонстрировали большую враждебность и меньшую эмоциональную привязанность и к матери, и к отцу по сравнению с контрольной группой, а в ряде работ вообще не было выявлено различий между семьями гомосексуалов и контролем.

В нашей стране наибольшее распространение в прежние годы получила теория, в которой важнейшее значение придавали условно-рефлекторным связям, фиксирующим гомосексуальный вариант удовлетворения. В этом случае гомосексуальность рассматривалась как приобретенная под влиянием неблагоприятных внешних воздействий, чему должны были способствовать ранняя половая возбудимость и недостаточная дифференцированность влечения в детском и юношеском возрасте.

Множественность и противоречивость представленных теорий свидетельствуют о сохраняющейся неясности в вопросе о причинах и движущих механизмах формирования гомосексуального влечения. Выход из этого тупика может быть найден лишь в случае пересмотра подходов к изучению вопроса.

Достаточно распространенной ошибкой является смешение двух понятий — гомосексуальности и гомосексуальных контактов. Сам по себе поведенческий (сексуальный) акт не может быть основанием для навешивания ярлыка. О гомосексуальности можно говорить лишь тогда, когда преобладает эмоциональная и эротическая привлекательность лиц своего пола, а не противоположного, они выбираются как объект влечения.

Рассмотрение вопроса формирования гомосексуальной ориентации возможно лишь при обязательном учете разноуровневой детерминации (обусловленности) этого процесса. Базисным, безусловно, оказывается биологический уровень, который налагает достаточно жесткие ограничения для своей

направленности. Его корни лежат в биологических инстинктивных программах, ярко представленных в животном мире. В этом смысле важное значение принадлежит этапу маскулинизации или феминизации мозговых структур в период развития плода. На этом этапе закрепляется предрасположенность к мужским или женским формам поведения, которые включаются при наличии соответствующей гормональной стимуляции. У людей их императив несколько ослаблен и скорригирован за счет более молодых образований головного мозга, связанных с появлением регулирующей роли сознания и общественных институтов. Тем не менее, во всех жизненных потребностях роль биологического уровня сохраняется. При недостаточной заданности каких-либо параметров они определяются более молодым психологическим пластом. Индивид выбирает ту модель поведения, которая максимально соответствует его индивидуальным, личностно-характерологическим склонностям. Наиболее «поверхностным» является социальное регулирование, которое определяет лишь культурально-типические формы того или иного поведения.

В реальной ситуации половое влечение включает регуляцию на каждом из перечисленных уровней. В норме врожденной является направленность влечения к определенному полу (биологический уровень), она конкретизируется в соответствии с индивидуальными склонностями и жизненным опытом, выявляет наиболее привлекательные объекты (психологический уровень). Формы реализации эротического и сексуального поведения определяются социальными нормами и культуральной средой.

Естественен вопрос о возможности несоответствия различных уровней и их подчиненности. Показательны в этом смысле полоролевые отклонения у детей. Ведущим в определении направленности влечения является глубинный — биологический — уровень. В последующем характерологические особенности вынуждены находить возможность реализации в рамках появившегося биологического «приказа».

Создается впечатление, что у большинства гомосексуалов в той или иной степени ослаблена биологическая программа, задающая направленность сексуального влечения. Есть определенная группа гомосексуалов, которых с детства характеризует наличие целого ряда морфоконституциональных (например, внешний вид) и характерологических особенностей, свойственных лицам другого пола, наличие неустойчивой половой идентичности и полоролевых отклонений. В период пубертата они часто бесконфликтно принимают направленность влечения на лиц своего пола при одновременном отвращении к гетеросексуальным контактам.

Все это дает основание говорить о наличии группы лиц с врожденной «первичной», или «истинной», гомосексуальностью. Поиск ее истоков можно связывать с половой дифференцировкой мозга. Возможно, что при неблагоприятных условиях течения беременности врожденная программа оказывается ослабленной. Снижается, несмотря на соответствующее полу ребенка воспитание, реакция на безусловные половые раздражители (зрительные стимулы). Недостаток мужских половых гормонов у лиц мужского пола приводит к сни-

жению чувствительности к тестостерону во всех органах. Это приводит к высокому уровню мужских гормонов при одновременно феминином внешнем виде и пластике, высоком голосе, слабой выраженности оволосения на лице и теле, склонности к интересам, играм и характерологическим особенностям, свойственным другому полу.

Установлено, что к нарушению половой дифференцировки мозга могут приводить некоторые заболевания матери (ревматизм, сахарный диабет, пиелонефрит, ряд инфекционных заболеваний), интенсивные, длительно существующие психологические стрессы (например, алкоголизация мужа, постоянные конфликты, ссоры и избиения, невротическое состояние, депрессии), введение некоторых лекарств и гормонов. Общим эффектом оказывается меньшая маскулинизация и меньшая гетеросексуальность.

Как видно, сам по себе процесс нарушения половой дифференцировки мозговых структур не ведет однозначно к гомосексуальности, хотя и приводит к закладке некоторых свойств и качеств, способствующих появлению влечения к лицам своего пола. Мужские половые гормоны в этот период оказываются частично ответственными за последующее психологическое развитие. Крайний вариант, при котором происходит полное замещение мужской программы на женскую, или наоборот, очевидно, имеет место лишь при транссексуализме. Транссексуалы — это лица, стремящиеся изменить свой телесный пол, так как они ощущают, что являются представителями противоположного пола, отвергают свою телесную оболочку, жестоко страдают от того, что окружающие, например, обращаются с ними как с женщинами, а они чувствуют себя мужчинами. Хорошо известно, что таких людей мало. Частота подобных явлений, как и любых крайних вариантов, достаточно редка: по мировой статистике их 1:100 000 среди мужчин и 1:300 000 — среди женщин. При этом половая идентичность, свойственная противоположному полу, формируется у них очень рано — до 6 лет, без какой-либо возможности ее изменения.

В отличие от транссексуализма гомосексуальность в большинстве случаев становится очевидной лишь в подростковом возрасте. Обычно в пубертате пробуждающаяся сексуальная потребность несет в себе образ противоположного пола. Однако у лиц с отсутствием или ослаблением программы направленности влечения наблюдается вариант, при котором потребность не содержит в себе образ объекта удовлетворения. Его обретают лишь в процессе индивидуального опыта в подростковом и юношеском возрасте, что определяется, прежде всего, психологическими особенностями индивида, его эмоциональными и психологическими привязанностями в этот период. Таким образом, на первый план выступает высокая значимость психогенного фактора в определении дальнейшего развития казалось бы чисто биологической потребности. Становится понятным, что у «прегомосексуального» ребенка наблюдается ослабление и неустойчивость направленности влечения, но резко возрастает влияние ближайшего окружения (микросоциума), который из обеспечивающих условий становится определяющим фактором психосексуальной ориентации (направленности влечения).

Прежде всего, это относится к вопросу о роли семьи. Наши психологические исследования особенностей психосексуального развития показали, что отсутствие теплых отношений с матерью приводит к снижению уверенности в себе, появлению некоторых полоролевых отклонений, сложностям в отношениях со сверстниками. Мальчики-подростки, которые отрицательно оценивают отношения в семье, обнаруживают большую тягу к женщинам, имеющим мужские черты, или демонстрируют повышенную привязанность к лииам своего пола. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушенные родительские отношения часто оказываются причиной психологических проблем в формировании зрелой сексуальности и в установлении полноценных партнерских отношений. Тем самым неблагоприятный психологический климат в семье оказывается одним из факторов, влияющих на процесс психосексуального развития, может вносить определенную лепту (хотя и не главную) в формирование направленности влечения на свой пол.

Между тем, нельзя игнорировать активную роль личности самого ребенка, избирательность его восприятия ситуации, принятие или отвержение предлагаемых окружающими поведенческих моделей. Уже с раннего возраста, после усвоения первичной половой идентичности (принадлежности к определенному полу) ребенок строит полоролевое поведение в соответствии со своими индивидуально-личностными особенностями, склонностями и на основе бессознательного восприятия мужских и женских социальных ролей. И хотя одобрение или осуждение со стороны родителей, других взрослых и сверстников способствуют этому, однако собственные задатки могут быть достаточно сильны и даже перевешивать все воспитательные усилия. В результате этого формирование половой идентичности (особенно атипичной) идет скорее с ориентацией на свое индивидуальное «Я», чем на культуральные требования. Неслучайно поэтому $^{2}/_{3}$ «прегомосексуальных» детей отличаются от своих сверстников, что проявляется в личностно-характерологических особенностях и полоролевых отклонениях. Ощущение своей непохожести на других ребят, отвержение сверстниками из-за невозможности соответствовать ожиданиям окружающих приводит к хроническому состоянию «несчастливости». Тесно связанными с ним являются чувство вины, снижение самооценки, неуверенность в себе, высокая тревожность, установка на достижение высоких результатов, интенсивные поиски выхода из психологического одиночества в общении со взрослыми и лицами другого пола. В этом случае полоролевая, а иногда и идентификационная модель противоположного пола может оказаться ближе и проще для усвоения.

Одновременно в психике мальчика происходит идеализация мужского образа как крайне желанного и трудно достижимого с акцентом на его физических качествах (сила, мужественность, храбрость, доминантность). Однополая дружба приобретает чрезвычайно значимый характер, межличностная дистанция сокращается до минимума стремлением слиться с объектом обожания, подчиняться ему, походить на него.

Платоническая и эмоционально-психологическая направленность на сильных, энергичных, иногда более старших подростков при пробуждении поло-

вого влечения в подростковом возрасте обретает эротическую окраску, так как само влечение не переадресует его на другой пол. Частые для этого возраста однополые телесные контакты (в играх, возне, экспериментировании друг с другом) несут для них совершенно иную смысловую нагрузку, приобретают сверхценный характер и рассматриваются как возможность сближения и идентификации с желаемым образом. Контакты принимают и закрепляют как положительный, эмоционально значимый опыт, видят как своеобразный гарант будущей мужественности и зрелости.

При подобном варианте развития гомосексуальное влечение формируется легко и безболезненно, так как не входит в противоречие с биологическим предрасположением ввиду ослабления или отсутствия врожденной программы направленности влечения, соответствует личностно-характерологическим особенностям индивида (полоролевое поведение) и его отношениям со сверстниками. Логичными на этом фоне выглядят влюбленности или глубокие эмоциональные привязанности к партнерам, что лишь облегчает процесс формирования гомосексуального влечения.

Значительно больше вариантов формирования представлено при «вторичной» гомосексуальности, которая является результатом стойкого стереотипа гомосексуального поведения. В этих случаях правильнее говорить о сбое в «программе» формирования направленности влечения на противоположный пол на различных этапах развития (прежде всего в возрасте 10—16 лет).

Обыденное сознание чаще всего рисует упрощенную модель по схеме: психотравма (сексуальное совращение или изнасилование) — выраженное психологическое изменение, приводящее к смене интересов, поведения и направленности влечения.

Многочисленные исследования демонстрируют несостоятельность и чрезмерную прямолинейность оценки воздействия внешних факторов на содержание полового влечения, его направленность. Фактически теория совращения предполагает возможность легкой смены влечения в результате случайного стечения обстоятельств, каким, по сути, является встреча и близкое общение с совратителем. Заранее можно отмежеваться от подобного подхода, который отказывает личности ребенка в цельности, стабильности, способности противостоять отрицательному опыту, если он таковым действительно является. И, тем не менее, мы признаем существование «вторичной», «приобретенной» гомосексуальности. Что же лежит в ее основе? В этих случаях определяющая роль принадлежит психологическому фактору. Частой моделью оказывается постепенное закрепление гомосексуальных актов в однополой подростковой среде при их неоднократном повторении и отсутствии полноценных контактов с противоположным полом. Этому способствуют:

- допустимость в определенной среде и предпочтение индивидом однополых контактов в сравнении с мастурбацией;
- наличие крайнего варианта или психопатических черт характера, которые способствуют легкости закрепления привычного способа удовлетворения с последующей трудностью его перестройки;
- подростковая гиперсексуальность.

При другом варианте подростки с выраженным тревожно-мнительным характером в силу индивидуальных особенностей испытывают страх и неуверенность перед отношениями с лицами другого пола. Даже единичный случайный гомосексуальный контакт может привести их в полное замешательство и у одних зафиксироваться в сознании как свидетельство атипичности, а у других рассматриваться как спасительный выход из психологически трудной ситуации боязни общения с женщинами. В последующем и в том, и в другом случае отношения с лицами своего пола видятся более простыми и менее пугающими. Бесконечные возвращения в мыслях к прошлому гомосексуальному опыту приводят к появлению этой тематики в снах и фантазиях, что еще больше закрепляет опасения в своей гомосексуальности. Все это ведет к повторным контактам, неудачным «экспериментам» с лицами другого пола, а в результате — необычный стереотип прочно фиксируется, неумение общаться с другим полом может сохраниться на всю жизнь.

Важным фактором, способствующим обращению девочек к лесбийским контактам, часто оказывается отрицательный опыт, жестокость отношения к ним мужчин в виде сексуального насилия, избиений и постоянного морального унижения. Естественной реакцией в таких условиях может стать восприятие сексуальных отношений с мужчинами как психотравмирующих, не приносящих какого-либо удовлетворения, вплоть до появления фригидности. Невостребованная нежность и потребность в эмоциональном тепле могут найти реализацию в интимной дружбе, которая в ряде случаев перерастает в стабильные партнерские отношения.

Многозначность сексуальной сферы предполагает возможность появления гомосексуальных действий как следствия личностного неблагополучия и отражения внесексуальных проблем, явиться суррогатным способом компенсации блокированных потребностей или уходом из конфликтных ситуаций. В случаях, когда подобные явления неоднократно повторяются в подростковом возрасте, они также могут превратиться в поведенческие стереотипы и закрепиться, становясь обычным сексуальным поведением.

В последствиях сексуального насилия и совращения играют роль несколько факторов. Прежде всего — это психологическая установка на те или иные отношения со своим и противоположным полом. Сам факт произошедшего накладывается на определенный уровень психосексуального развития и, в зависимости от степени совпадения, может либо стимулировать, либо тормозить этот процесс, но ни в коем случае не способен радикально его изменить. В оценке этого, как и любого другого поведенческого феномена, важна не столько его констатация, сколько определение значимости для личности. Именно от преломления в сознании и эмоциональной окраски зависит его влияние на последующие ориентации и поступки. Чаще всего такого рода событие является шокирующим для ребенка, вызывает множество отрицательных эмоций и, естественно, не может стать образцом для последующего поведения и желания повторных действий. В этом смысле последствия гомосексуального насилия мало чем отличаются от хорошо известных описаний последствий гетеросексуального изнасилования.

Попытки поиска причин возникновения гомосексуальной ориентации с позиций однопричинности являются бесперспективными. Только синтез различных подходов позволяет строить модель происхождения атипичного влечения. Очевидно, надо говорить о том, что сексуально-эротическое поведение определяется социальной средой и ближайшим окружением, в то время как направленность влечения имеет более глубокие корни и собственные механизмы развития.

Процесс психосексуального развития связан с взаимодействием между индивидуальным опытом, усвоением и реализацией социальных половых ролей (половой социализацией) и врожденными задатками, основанными на половой дифференцировке мозга и особенностях характера.

При относительной независимости параметров половой идентичности, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации последние, с одной стороны, тесно связаны с половой идентичностью, ее биологическими и психологическими компонентами, а с другой — с особенностями и превратностями психосексуального развития как части психофизиологического развития вообще. Чем менее устойчив фундамент этого развития, например, неполная дифференциация мозговых структур или искажение психического развития, тем большая роль в их формировании может приходиться на различного рода психологические, средовые и ситуационные факторы, особенно в критические для этого периоды (10-16 лет).

Представленная картина формирования гомосексуальности с достаточной определенностью свидетельствует о том, что она может появиться лишь при обязательном участии в этом процессе эмоционально-личностных, социально-психологических и предрасполагающих биологических факторов. Такой подход согласуется с открытой многофакторной моделью психосоматических заболеваний [Исаев Д. Н., 1990].

Гомосексуальность может рассматриваться как болезнь адаптации в той степени, в какой индивидуальные особенности ребенка, подростка вступают в конфликт с социальными нормативами пола, являющимися более узкими для реализации его индивидуальных личностно-характерологических особенностей. В результате возникает серьезный психологический конфликт, носящий характер многолетнего стресса и приводящий к возникновению новой динамической функциональной системы (гомосексуальности) с новым личностным и биологическим подкреплением. Основная формула вторичной гомосексуальности в этих случаях: через неоднократное повторение поведенческого акта к его эмоциональному и психологическому принятию и превращению во внутреннюю потребность. При этом наблюдается постепенное ослабление и растворение влечения к лицам противоположного пола, замещение его в фантазиях и снах образами своего пола. Этому могут способствовать:

- некоторые особенности характера;
- задержка формирования эротических чувств и навыков общения с противоположным полом;

- бурное дисгармоничное протекание полового созревания с явлениями гиперсексуальности, готовность к любым формам удовлетворения физиологической потребности (диффузный эротизм);
- личностная незрелость, недостаточная критичность, легкость вовлечения в «нетрадиционные» сексуальные действия.

В дальнейшем вновь сформированная система обретает относительную независимость и самостоятельность и сама уже оказывает серьезное воздействие на поведение личности, психическое и телесное здоровье.

Результаты многочисленных психологических исследований показывают, что большинство гомосексуалов достаточно хорошо социально адаптированы, не имеют психических отклонений. И, тем не менее, многие из них нуждаются в психологической поддержке, консультациях специалистов. Причин для этого несколько.

Первой и наиболее острой, драматической проблемой становится обнаружение у себя атипичного влечения, резко отличающегося от того, что принято оценивать как «нормальное». Это событие может глубоко потрясти юношу, достигнуть уровня кризиса личности. В нем переплетены чувства вины, стыда и страха. Часто оказывается, что первые гомосексуальные желания и действия не могут быть восприняты как естественное проявление и продолжение себя, так как это входит в явное противоречие с морально-этическими нормами, сформированными с детства. Нарастает беспокойство и эмоциональная напряженность. Возможно появление растерянности, ощущения ущербности, утраты веры в себя, бесконечных и бесплодных поисков выхода. Психологические проблемы усугубляются от сознания невозможности поделиться с кем-либо своими переживаниями, включая родителей, друзей и врачей. «Что со мной, как на это реагировать и как дальше с этим жить, что делать? Могу ли я быть когда-нибудь счастлив? Есть ли еще люди, похожие на меня?» Вот вопросы, которые волнуют и настоятельно требуют ответа. Чем раньше найдены правильные ответы на них, тем меньше будет сделано ошибок, больше вероятность построения личного счастья не в ущерб себе и другим. В тех случаях, когда это не происходит, молодой человек не находит умную и доброжелательную литературу по этим проблемам, квалифицированного психолога-консультанта или хорошо организованную службу помощи и поддержки, реальностью становятся депрессия, невротическое состояние, алкоголизация, неоправданный прием лекарств.

Первичный кризис половой идентичности, описанный выше, для большинства заканчивается выходом в гомосексуальную идентичность, принятием своего влечения в той или иной форме. Но это не снимает целого ряда психологических проблем (особенно если предшествующий кризис разрешался собственными силами). Они смещаются в плоскость нахождения «единственно любимого и желанного». Чаще всего это сочетается с нарушением равновесия между сексуальными и несексуальными аспектами жизни. Сфера сексуальных интересов занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей личности, оказывается мерилом себя, своих поступков и действий

других. Многократные переживания по поводу своей внешности и степени привлекательности сочетаются с навязчивыми мыслями о необходимости чуть ли не немедленного нахождения сексуального партнера. В новых контактах ищут возможность самоутверждения, подтверждения своей желательности и бегство от мнимого или реального одиночества. Беспорядочные поиски своего «Я» в сексуальных контактах не дают желаемого результата и скорее приводят к формированию привычки к частой смене партнеров, в которой общество любит обвинять лиц с гомосексуальной направленностью влечения.

Есть в этом вопросе и еще одна, часто незамечаемая проблема. Чрезмерное сосредоточение на своем влечении, завышенные притязания и ожидания, предъявляемые к сексуальным отношениям, помноженные на высокую потребность в эмоциональной близости, приводят к попыткам найти близкого человека «в постели», а не через сложный и многоэтапный процесс духовного сближения. Безусловным следствием подобных контактов оказываются разочарования, пустота и ощущение невозможности построить личное счастье.

Близко к этому стоит проблема неразделенности чувств. Для некоторых она смыкается с направленностью влечения на «обычных» лиц, с которыми оказывается невозможно надеяться на взаимность. Комплекс личностных проблем, настороженное отношение к партнерам из-за имеющегося почти у каждого отрицательного опыта общения зачастую приводит к невозможности сформировать устойчивые партнерские отношения. Этому также мешает впитанный с молоком матери и воспитанный обществом стереотип гетеросексуальной семьи и характер разделения в ней ролей. Необходимость строить отношения методом проб и ошибок в отсутствие взаимоприемлемой модели является серьезным жизненным испытанием. Конфликты тут не только возможны, но и неизбежны. Это не исключает возможность существования стабильных и счастливых гомосексуальных семей с многолетним стажем.

Невозможность самостоятельного нахождения продуктивного выхода из лабиринта проблем толкает одних на путь забытья (прием больших доз лекарств, алкоголя или наркотиков), других может привести к ощущению бессмысленности бытия и суицидным попыткам. Их количество максимально у 16-18-летних (первичный кризис) и в 5-7 раз превышает количество самоубийств у сверстников.

Но самой острой и трудно разрешимой проблемой, откладывающей неизгладимый отпечаток на судьбе каждого гомосексуального человека, остается конфликт с взглядами общества на сексуальные меньшинства.

В конце мая 1993 г. вступил в силу указ Президента РФ, освобождающий от уголовной ответственности за добровольные контакты между совершеннолетними мужчинами. Однако общественное сознание не может быть изменено в одночасье. Актуальной проблемой остается *гомофобия,* которую можно определить как враждебность или страх перед гомоэротическими чувствами и желаниями или перед людьми с гомосексуальным влечением. Чаще всего подобные переживания и следующие за ними агрессивные действия носят бессмысленный характер, не имеют рационального объяснения.

Гомофобия может проявляться в самых различных формах: игнорирование и отрицание самой проблемы, различные формы притеснения, предубеждение к людям на основании имеющегося «ярлыка». Общественное сознание привыкло ставить знак равенства между понятием гомосексуальности и психической патологией. К сожалению, отсутствие должной информации приводит к тому, что большинство психиатров следуют именно логике «здравого смысла», а не научным результатам. Широко распространена социальная дискриминация в виде открытого осуждения однополого стиля жизни, отсутствие защиты от разного рода притеснений в работе, прописке, возможности совместного проживания, праве наследования, возможности воспитания детей и т. п.

С одной стороны, общественная мораль всячески клеймит гомосексуальных мужчин за сексуальную распущенность, беспорядочную смену партнеров, а с другой — категорически не приемлет однополые семьи, противится стабильному союзу двух любящих друг друга людей, рассматривает их как открытый вызов обществу. Страх перед «заразой гомосексуализма» велик и настолько глубоко сидит в общественном сознании, что большинство считают своим долгом выказать негативные чувства.

На протяжении всей жизни для любого человека сексуальность остается чрезвычайно значимой и эмоциогенной. Вольно или невольно получаемая на эту тему информация не проходит мимо, а примеривается на себя, подвергается личностной оценке в виде принятия или безусловного отвержения и отвращения. Этот феномен наиболее заметен именно на примере отношения к гомосексуалам. Не имея сколько-нибудь достоверной информации о природе и особенностях сексуальных меньшинств, рядовой человек пропускает через свое индивидуальное понимание о норме в сексуальности возможность контактов между лицами одного пола. Это вызывает активное неприятие. Все последующие аргументы фактически оказываются подбором более или менее подходящих аргументов «против», которые не имеют ничего общего с реальностью (утверждения «о сексуальной агрессивности», «социальной опасности» и т. п.).

Проведенные в разных странах исследования показали, что терпимость к личностному своеобразию и сексуальной атипии тесно связана со степенью консервативности общества в целом. Враждебность свойственна лицам, имеющим антидемократические взгляды.

Специфического средства от нежелательного влечения нет, поэтому нужно думать о широкой профилактике, которая подразумевает предоставление возможности каждому индивиду развиваться в соответствии с его неповторимой личностной организацией. Психологическая помощь должна быть направлена на облегчение прохождения подросткового периода и разрешения проблем общения (особенно с противоположным полом) у тех, кто имеет полоролевые отклонения и нарушение половой идентичности. При этом ни о каком давлении или запугивании не может быть и речи.

Молодой человек чаще всего упирается в жесткие нормативные рамки маскулинности-феминности, рабами которой обычно являются подростки и

юноши. Такое столкновение часто приводит к возникновению или усилению ощущения своей ущербности и (или) атипии. Особую роль призвано сыграть половое воспитание и просвещение, борьба с гомофобией и ханжеским отношением к сексуальности, разъяснение сути и неопасности для личностного развития ситуационно обусловленных (случайных, игровых) подростковых гомосексуальных контактов. Профилактическая работа должна быть направлена не на «излечение от гомосексуализма», а на предоставление молодому человеку возможности взглянуть на себя с точки зрения индивидуального оптимума, осознания своей ценности и неповторимости с учетом широких рамок нормативности, в которой много разноуровневых параметров, несводимых к двум категориям — гомо- и гетеросексуальности. Снятие надуманных запретов и ярлыков часто само по себе разрешает многие личностные проблемы, открывает путь к счастью через ориентацию не на абстрактные идеалы, а на свои собственные склонности, потребности и возможности.

Глава 11

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ

Нейродермит — хроническое, часто рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями и выраженной лихенизацией. Преимущественное значение в его происхождении придается аллергическим факторам, иммунным и гормональным нарушениям, дисфункции ЦНС.

## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Относительная роль наследственности в происхождении нейродермита — 66%, крапивницы — 66%, экземы — 61% [Маликов А. И., 1973]. Риск заболевания нейродермитом для следующего за пробандом ребенка у здоровых родителей составляет 5,8%, для последующих детей — 6,6%. Если нейродермитом страдает один из родителей, вероятность развития этого заболевания у потомства составляет около 9% [Третьяков Г. П., 1982].

В патогенезе принимают участие конституционально-измененная реактивность из-за внутриутробной сенсибилизации к алиментарным, медикаментозным, инфекционным, бытовым и другим агентам [Зверькова Ф. А., 1985]. Существенна также роль функциональной недостаточности иммунной системы, часто возникают осложнения (вторичная пиококковая инфекция) и сопутствующие заболевания (респираторные инфекции, пневмония, аденоидит, синуиит, холецистит, дисбактериоз кишечника и др.). В этиологии нейродермита также играют роль врожденные функциональные особенности вегетативной нервной системы, поливалентная сенсибилизация и аутоаллергия, нарушения нейроэндокринной регуляции, изменения водного, минерального, белкового, углеводного и жирового обмена [Штейнлухт Л. А., Зверькова Ф. А., 1979].

На большую роль центральной нервной системы в этиологии и течении дерматозов указывают многие авторы [Архангельский Г. В., 1952; Белоусова Т. А., 1981;СкрипкинЮ. К. и др., 1983; Слободяник А. П., 1982; Ago Y. etal., 1979]. Эти больные нередко страдают теми или иными нервно-психическими расстройствами [Рыболовлева Л. С, 1975; MedanskyR. S., 1980; Van Moffaert M., 1980]. У них обнаруживают личностные особенности и нарушения межперсональных отношений. В частности, необычную эмоциональную реактивность связывают с состоянием кожи [Никольский П. В., 1923; КушневЮ.А., 1964].

Нейродермит относят к психосоматическим расстройствам [Горохова В. Н. и др., 1978; Елецкий В. Ю., 1984; Rechenbeiger J., 1977; Graham D. T., 1979; Van Moffaert M., 1980]. К группе психосоматических кожных заболеваний относят также экзему, атопический дерматит, уртикарию, себорейную экзему, дисгидроз. В происхождении других кожных болезней принимают участие психогенные факторы [Христозов Хр., 1988], а чередование обострений и ремиссий, в свою очередь, тесно связано с психотравмирующими обстоятельствами.

Некоторые авторы кожное заболевание трактуют как проявление психического неблагополучия индивида, возникновение которого связывают с нарушением взаимоотношений между матерью и ребенком в раннем возрасте [Lefevre P. J. et al., 1980]. Л. С. Рыболовлева (1973), В. Ю. Елецкий (1984) обращают внимание на особенности преморбидной личности, влияющей на возникновение, клиническую картину и течение зудящих дерматозов. Причиной нейродермита Л. Д. Нифантьева (1964) считает нарушение корково-подкорковых отношений, возникающих вследствие переживания психотравмирующих обстоятельств.

Психогенные факторы вызывают изменения в коже с участием вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. R. H. Champion, W. E. Parish (1975) полагают, что изменение просвета сосудов и притока крови к коже при частой и быстрой смене эмоций может подготовить почву для развития дерматоза, способствуя возникновению воспалительного процесса. Развитие последнего сочетается с повышением чувствительности кожного покрова к аллергенам и травмирующим факторам. Повышение в крови уровня биологически активных веществ (гистамина, протеаз и др.), обусловленное продолжительным аффективным напряжением, усиливает аллергию, являющуюся одним из основных этиологических механизмов нейродермита [Горизонтов П. Д. с соавт., 1979].

Эти данные раскрывают процесс взаимосвязи переживаний индивида и изменений в коже. Окончательное представление о патогенезе нейродермита может сложиться только в процессе изучения личности и организма в целом, так как чувствительность к стрессовым ситуациям зависит от индивидуальных особенностей. Большую роль отводят возникновению психовегетативного синдрома — предболезненного состояния, важного звена патогенеза психосоматических расстройств, а также ВСД — одного из этапов развития психосоматической болезни [Губачев Ю. М, Стабровский Е. М., 1981; Apley J., 1979].

Психосоматические кожные заболевания, составляющие 14—18% всех дерматозов, как полагают, могут быть связаны с первичными психоэмоциональными нарушениями, органическими поражениями, приводящими к эмоциональным сдвигам, или сочетанным действием органических и эмоциональных факторов [Medansky R. S., Handler R. M., 1981].

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Нейродермит — одно из самых часто встречающихся кожных заболеваний. В последнее время заболеваемость нейродермитом значительно выросла. У 24,2% детей, обратившихся в аллергологический кабинет, диагностируют экзему, нейродермит и крапивницу [Суковатых Т. Н., Пуляева Э. Г., 1978]. По данным В. М. Рыченкова и Ю. К. Скрипкина (1974), экзема и нейродермит составляют 20% кожных заболеваний у детей. Атопическим дерматозом страдают 1-3% детей [Gready I., 1977]. О. В. Оловянишников и Б. Н. Никифоров (1985) отмечают значительный рост аллергодерматозов с 17% в 1962 г. до 55,6% в 1982 г. Частота нейродермита за те же 20 лет возросла в 10 раз.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕЙРОДЕРМИТА

Заболевание обычно начинается в первые месяцы жизни. Для него характерно образование мелких однотипных, быстро лопающихся пузырьков, на месте которых появляются углубления в эпидермисе, а в последующем — корочки. Нейродермит проходит стадии пятнышка, папулы, пузырька, ссадины, корочки, чешуйки и восстановления. Общее состояние ребенка может колебаться от вполне хорошего до «экзематозной кахексии». Различают ограниченную, очаговую и диффузную формы нейродермита. Наиболее частая локализация очагового процесса — задняя или передняя поверхности шеи, затылок, локтевые и подколенные ямки, внутренняя поверхность бедер, область лучезапястных суставов. Для этого заболевания типична лихенификация: утолщение и грубость кожи. Иногда появляется буровато-коричневая пигментация или депигментация. Зуд отмечается у всех больных, но его интенсивность различна.

Диффузный нейродермит характеризуется сильным зудом и выраженными кожными изменениями с инфильтрацией и лихенификацией. Распространенность поражения больше, чем при очаговой форме. Измененные участки — ярко-розовые с обильными экскориациями. Непораженная кожа сухая и нередко пигментирована.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ *

У 88% детей с нейродермитом наблюдаются нервно-психические расстройства [Калашников Б. С, 1986]. Среди этих расстройств выделяют:

1) неврозоподобные состояния (преимущественно соматогенного, но, как правило, сложного соматопсихогенного происхождения);
2) невротические реакции;
3) неврозы и невротическое развитие личности;
4) патологические формирования личности и психопатии.

Наиболее часто у детей, страдающих нейродермитом, встречаются: астенические расстройства, астеносубдепрессивные расстройства, тревожные расстройства, истерическая симптоматика и нарушения поведения [Калашников Б. С, 1986].

**Астенические расстройства** наблюдаются более чем у половины детей с нейродермитом, чаще всего в преддошкольном и младшем школьном возрасте. Характерны низкая работоспособность, утомляемость, замедление темпа учебной и игровой деятельности, неусидчивость, отвлекаемость и истощаемость. Нередко возникают головные боли, наблюдаются трудное засыпание, частые ночные пробуждения и другие диссомнические расстройства. Одни дети отличаются вялостью, другие — капризностью, раздражительностью. Настроение неустойчивое, оно колеблется от подавленности до раздражительности с легко возникающими аффективными разрядами. Капризность и раздражительность присущи детям 4—6 лет, а у старших детей чаще преобладают вялость и пассивность. Значительная истощаемость делает больных неспособными к длительному напряжению. Отмечаемое у некоторых пациентов ухудшение памяти может быть объяснено нарушением внимания. В ряде случаев может быть снижение настроения, вызываемое неблагоприятными обстоятельствами — конфликтами со сверстниками, «обидами» на родителей, госпитализацией. Больные с астеническими явлениями обидчивы и ранимы. Они плохо переносят громкие звуки, яркие цвета, резкие запахи. Почти у всех детей этой группы отмечаются вегетативные расстройства: дистальный и общий гипергидроз, дисфункции желудочно-кишечного тракта, тахикардия, головокружение и др.

Астеносубдепрессивные **расстройства.** В более старшем возрасте (8—12 лет) эти расстройства наблюдаются чаще, чем «чисто» астенические. Больные в этих случаях несколько подавлены, малоактивны, менее общительны и не стремятся участвовать в общих играх. Младшие дети плаксивы, капризны, раздражительны и непослушны. Преобладающий фон настроения снижен, настроение, как правило, неустойчиво. Суточные его колебания, если они обнаруживаются, чаще имеют тенденцию к повышению во второй половине дня, что сочетается с улучшением общего состояния и работоспособности. У детей всех возрастов отмечаются диссомнические расстройства, проявляю-

щиеся в форме трудного засыпания, поверхностного, с частыми пробуждениями сна и иногда с неприятными устрашающими сновидениями. Больным требуется значительное время, чтобы включиться в рабочий ритм учебного Процесса или другой деятельности. Старшие дети жалуются на скуку, снижение активности, отсутствие бодрости и нежелание чем-либо заняться. Некоторые дети способны отметить у себя плохое настроение. Причину его снижения они чаще всего объясняют тем, что устали от болезни и не могут переносить издевательства и насмешки, связанные с кожными проявлениями. Снижение активности и интереса к школьным занятиям в ряде случаев ухудшает успеваемость.

В то время, как у больных с астенией психическое состояние часто стабилизируется в период ремиссии нейродермита, астеносубдепрессивные расстройства нередко отмечаются и во время уменьшения кожных симптомов. Наряду с ними у больных заметно уменьшение двигательной активности. Дети избегают подвижных игр и развлечений, во внеучебное время предпочитают оставаться дома. В 11-12 лет иногда высказывают повышенную заботу о своем здоровье, пессимистически оценивают свое состояние, считают себя тяжело больными, полагают, что не смогут поправиться, будут долго лежать в больнице. У них отмечаются запоры, сухость слизистых оболочек и другие соматические симптомы.

Тревожные расстройства определяются наличием в клинической картине состояний напряженности, беспокойства и страхов разнообразного содержания. Эта симптоматика может отмечаться у детей в любом возрасте, но ее характер не одинаков у младших и старших, всегда на первый план выступает повышенная настороженность, боязливое отношение к манипуляциям медперсонала, осмотрам врача. Дети малообщительны, контакт с ними устанавливается не сразу, а лишь спустя некоторое время и при условии заинтересованного и доброжелательного отношения. В стационаре больные постепенно и с трудом привыкают к персоналу, нелегко приспосабливаются к общению со сверстниками, просят ускорить выписку из стационара. Значительная часть опасается, что родители к ним не придут, что их обидят старшие, что их надолго задержат в клинике. Свое состояние дети определяют как «скованность», «робость», говорят, что им «как-то не по себе», «тревожно». В их переживаниях выделяется страх за собственное здоровье, наиболее характерный для старшего возраста. Опасение же лечебных процедур, беспокойство о том, что не придут родители, чаще отмечается у младших. Только для старших детей (11—12 лет) характерна боязнь насмешек, издевательств и брезгливости со стороны сверстников. В клинической картине могут преобладать страхи. У младших детей наиболее часто обнаруживается страх темноты, одиночества, различных животных, чужих людей, сказочных персонажей. Эти страхи отличаются стойкостью и выраженностью. Они явно влияют на поведение больных. Так, ребенок может пугаться, не только попадая в неприятную для него обстановку (например, в темную комнату), но и при одном только упоминании о ней. Разубедить детей в необоснованности страха достаточно трудно. Они любым способом стремятся избегать угрожающих ситуаций. У более стар-

ших детей наблюдаются страхи высоты, замкнутых пространств и, особенно часто, страх потерять родителей. Они критичнее оценивают переживания понимая их нереальность, но борьба с ними, тем не менее, как правило, безуспешна. У части детей с тревожными расстройствами могут возникать навязчивые мысли и действия, отчасти ослабляющие эмоциональное напряжение. Среди наиболее распространенных — навязчивый счет (окон, ступеней номеров машин и т. д.), своеобразные несложные «ритуалы» — ребенок, например, носит на запястье резинку, которая «счастливым» образом помогает ему избежать плохих ответов на уроках, или сочиняет «считалку», призванную приблизить выписку из больницы.

**Истерическая симптоматика.** Для больных, среди которых преобладают девочки 9—12 лет, характерно демонстративное поведение. Их поступки и слова как бы рассчитаны на привлечение внимания, на оценку окружающих. Поведение по своим внешним проявлениям театрально и явно эгоцентрично. Рассказы о переживаниях могут быть фантастичными либо лживыми. Их аффективные реакции яркие, бурные и поверхностные. Жалобы очень разнообразны и изменчивы. Даже у старших детей (11—12 лет) можно отметить психическую незрелость, плохо сформированные нравственные понятия, в частности, о дружбе, товариществе, долге, обязанностях. По самому незначительному поводу возникают сильные аффективные вспышки, чаще всего не соответствующие по интенсивности реальному раздражителю (как правило, какому-либо замечанию или запрету). Несмотря на бурное выражение своих эмоций, эти больные не способны на глубокие чувства сострадания, привязанности, так как весьма эгоистичны и заботятся, в первую очередь, о себе, претендуя на роль лидера или «центра внимания». Больные с описываемыми явлениями нередко представляют трудность для воспитателей, стремятся подчинить своему дурному влиянию младших детей. Интересы их поверхностны и неустойчивы. Они склонны к всевозможным выдумкам, которые, как правило, подчеркивают их необычность. Некоторые дети даже преувеличивают тяжесть кожных поражений с тем, чтобы добиться каких-нибудь преимуществ, льгот, избежать наказания за проступки или просто обратить на себя внимание. Так, один из наблюдавшихся в отделении больных, уличенный в краже передачи, начинал расчесывать пораженные участки тела и протестовал: «Не смейте меня наказывать, я тяжело болен». У этих больных отмечается повышенная внушаемость и склонность подражать неправильным образцам поведения. У части больных наблюдаются так называемые конверсионные симптомы — разнообразные психосоматические расстройства. Среди них наиболее часто встречаются ощущение «комка в горле», онемение конечностей, трудности при проглатывании жидкой пищи, ощущение ползания по телу «мурашек», псевдоастматические (с затрудненным вдохом) приступы.

### Нарушения поведения

У части детей в возрасте 11-12 лет и старше, преимущественно у мальчиков, отмечаются нарушения поведения. Эти больные отличаются грубостью,

неуравновешенностью, неуживчивостью, склонностью к конфликтам, Несформированными морально-этическими понятиями, которые и определяет линию их поведения. У них уже имеется опыт курения, иногда ранней алкоголизации. Они часто попадают в асоциальные компании и даже в группы малолетних правонарушителей. Прогуливая занятия в школе, ограничивают круг своих интересов легкодоступными удовольствиями. Критика своего поведения формальная, обещания изменить поведение быстро забываются. В стационаре больные недисциплинированны, не подчиняются персоналу, постоянно нарушают режим, конфликтуют с детьми и взрослыми, затевают драки. Родители жалуются, что дети убегают из дома, иногда долго бродяжничают, попадают в милицию, а оттуда доставляются домой. Леность, тяга к удовольствиям, отсутствие усидчивости, трудовой установки и частые прогулы приводят к снижению школьной успеваемости. Поведение этих больных в значительной степени зависит от условий воспитания и среды, в которой они находятся. При строгом надзоре они могут подчиняться условиям режима. В тех же случаях, когда исправить поведенческие отклонения у детей не удается, а зависимость их от внешних условий не обнаруживается, можно думать о стойких характерологических изменениях.

У больных, страдающих нейродермитом и имеющих нарушения поведения, чаще, чем у детей с другими видами нервно-психических расстройств, выявляют неполные или неблагополучные семьи. В последнем случае родители таких детей даже при общении с медперсоналом не проявляют должной заинтересованности в ребенке; дома не обеспечивают необходимого контроля за режимом, диетой и выполнением лечебных мероприятий, часто ограничиваясь лишь формальным согласием с условиями лечения; помещая ребенка в стационар, редко приходят на свидания.

Среди **невротических реакций** у детей с нейродермитом выделяют тревожно-депрессивный, истероипохондрический, астенодепрессивный и истеродепрессивный типы, причем наиболее часто встречаются первые два [Изюмов А. М., 1986]. Возникновение реакций этого типа связывают с психогенным обострением нейродермита и большой эмоциональной значимостью кожных поражений для личности. Имеется тенденция к затяжному течению невротических реакций. В их клинических проявлениях большое место занимают вегетативные расстройства. Формируется сенситивный тип отношения к болезни с чрезмерной озабоченностью своим внешним видом.

Невротические расстройства проявляются в форме депрессивного невроза и неврастении. Клиническая картина депрессивного невроза характеризуется подавленным настроением, связанным со сверхценными переживаниями косметического дефекта, вызванного нейродермитом. Помимо грусти, больные жалуются на снижение активности и ухудшение успеваемости, работоспособности, утрату интересов и сужение круга общения.

При неврастении преобладают астеноипохондрические переживания, проявляющиеся вялостью, эмоциональной лабильностью, повышенной истощаемостью, разнообразными соматическими жалобами (неприятные ощущения в груди, животе).

**Невротическое развитие личности** формируются преимущественно по астеническому или истерическому типам, однако и в том, и в другом случаях наблюдается преобладание астенических расстройств. Невротическое развитие личности по астеническому типу через $1\frac{1}{2}$—2 года переходит в патологическое формирование личности астеноневротического типа. За этот период времени утрачивается критическое отношение к конфликтным переживаниям как к чуждым и болезненным, эти переживания упрощаются, их связь с психотравмирующими обстоятельствами утрачивается, одновременно с этим формируется ипохондричность, сочетающаяся с явлениями раздражительной слабости. Невротическое развитие личности по истерическому типу усложняется за счет аффективной неустойчивости, взрывчатости, а при сочетании астенодепрессивных и истерических расстройств, «уходом в болезнь» со стремлением преувеличить тяжесть своего заболевания и игнорировать интересы окружающих. У описываемых больных формируется неврастенический тип отношения к болезни, проявляющийся в непереносимости болевых ощущений, нетерпеливости, вспышках раздражения.

С течением времени у больных с нейродермитом развиваются либо астеноневротический, либо лабильный типы патологического формирования личности. Отмечаются два варианта динамики этих формирований: первый — с хорошей социальной адаптированностью и обратным развитием патохарактерологических расстройств и второй — с нарастанием тяжести этих нарушений, их стереотипностью, социальной дезадаптацией, частыми психогенными и соматогенными декомпенсациями [Изюмов А. М., 1986]. Это различие в динамике объясняется, главным образом, различной степенью злокачественности течения нейродермита. По мнению И. К. Жуковой, И. Г. Даллахяна (1986), из невротических расстройств у подростков наиболее часто встречаются истероподобные проявления. Подростки стремятся привлечь к себе внимание, при этом нередко преувеличивают тяжесть своего состояния или, напротив, нарочно подчеркивают его несерьезность. У них отмечают частую смену настроения, многословие, бурные эмоциональные реакции, склонность к конфликтам. У больных с тяжелым течением нейродермита чаще наблюдают замкнутость, подавленность, повышенную утомляемость, плаксивость, эмоциональную неустойчивость, нарушения сна. У больных с легким течением нейродермита нервно-психические расстройства носят преходящий характер и наблюдаются, главным образом, при обострениях кожного процесса.

В подавляющем большинстве случаев (91%) начальные проявления нейродермита возникают в возрасте около 2 лет и лишь у остальных 9% — в промежутке между 2 и 6 годами. Как правило, первичным симптомам нейродермита предшествуют явления аллергического диатеза.

Дальнейшее развитие нейродермита и возникновение нервно-психических расстройств наряду со степенью тяжести кожных поражений и другими биологическими факторами зависит от отношения родителей к ребенку с нейродермитом. Б. С. Калашниковым (1986) было обнаружено три основных варианта отношений:

- □ адекватное отношение к воспитанию;
- □ сверхценное отношение, гиперопека;
- □ безразличное отношение, гипоопека, жестокое обращение с детьми.

Адекватное отношение было отмечено примерно в '/з случаев. В этих семьях были гармоничными межличностные отношения и высокая ответственность за воспитание и здоровье ребенка. Родители, понимая, что нельзя рассчитывать на быстрое излечение, оптимистично относились к прогнозу заболевания ребенка. Они следовали указаниям врачей, выполняли их советы. Лечение расценивали как одну из важных, но не самую главную задачу воспитания ребенка. В результате оказалось, что при таком отношении родителей к больному почти у $^1/_3$ пациентов нервно-психических расстройств не было; у половины были астенические проявления. Тревожная, астено-депрессивная и истерическая симптоматика отмечена лишь у $^1/_5$ части больных.

Сверхценное отношение родителей проявлялось в их чрезмерной тревоге за состояние здоровья ребенка. Это приводило к неоднократным посещениям все новых и новых врачей, лечению у неспециалистов, самодеятельности в назначении лекарств и, в конечном итоге, к неудовольствию и разочарованиям в связи с недостаточной эффективностью терапии. Болезнь ребенка для таких родителей тяжела и неизлечима, в связи с чем она становилась основной проблемой жизни семьи. Вокруг ребенка-«кумира» создавалась тепличная обстановка, которая сводилась к попыткам обезопасить его от любых предполагаемых вредностей. В условиях такого воспитания более $^3/_4$ детей имеют тревожно-фобическую, астено-субдепрессивную или истерическую симптоматику.

Безразличное отношение родителей к больному ребенку встречается значительно реже: в неблагополучных семьях с нарушенными межличностными отношениями ее членов или при асоциальном поведении родителей безразличное или негативное отношение к болезни ребенка сочеталось с недостаточным лечением. В этих семьях дети предоставлены сами себе, никто не контролирует посещение школы, успеваемость. В некоторых семьях отмечают жестокое обращение с детьми. Нарушения поведения у этих пациентов выявлены в 50% случаев, в то время как астенические проявления встречались в 2 раза реже. Патохарактерологическое формирование личности наблюдают именно у этих больных.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что отношение родителей к заболеванию ребенка, стиль воспитания в семье, а также тяжесть течения нейродермита оказывают влияние на возникновение и формирование нервно-психических расстройств.

Почти у всех детей с нейродермитом есть негативные переживания, связанные с отрицательным отношением окружающих к их кожным поражениям. Одних детей обижали прозвища, в которых отражалась неприязнь сверстников. Другие из-за своего косметического дефекта не участвовали в коллективных детских играх. Третьи страдали из-за того, что с ними отказывались общаться из-за «заразности» или отталкивающей внешности. Многие избе-

гали раздеваться в присутствии других детей и поэтому были вынуждены отказаться от занятий физкультурой.

По данным Т. В. Ишутиной, Н. П. Ишутиной (1991), преобладающими типами отношений к болезни были сенситивный (35%), неврастенический (21%), тревожный (12%) и меланхолический (8%). Гармонический тип не встречался.

Не менее серьезной психотравмирующей ситуацией для больных была госпитализация. Младшие дети (6-8 лет) особенно тяжело переживали отрыв от родителей. Кроме того, многие с трудом переносили необходимость соблюдения диеты.

Все переживания больных лежали в основе их реакции на заболевание и участвовали в формировании внутренней картины болезни. У больных нейродермитом отсутствовали правильные представления о функциях кожного покрова. Только 15% детей после наводящих вопросов догадались, что кожа защищает от грязи, микробов и других вредностей. Больные не имели правильного понимания причины своего заболевания. Они называли «неправильное переваривание пищи», «плохую реакцию на воду», реакцию на пищевые продукты, нервность, а младшие дети указывали еще и на свое непослушание.

Представление о ближайшем прогнозе у детей было пессимистическим, тогда как отдаленная перспектива казалась им более радужной. При этом выздоровление понималось как исчезновение зуда и кожных высыпаний, возможность нормально общаться со сверстниками, есть разнообразную пищу, заниматься спортом, не лечиться.

По описаниям и оценкам болезни, некоторым данным психологических методик создается впечатление об остро эмоциональном восприятии. Подавляющее большинство детей рассматривало кожное заболевание как непреодолимое препятствие для общения.

Больные с нейродермитом редко вербализуют переживание своего косметического дефекта. Однако более половины опрошенных избегает вопросов о том, насколько им неприятно наличие кожных высыпаний. Хотя их жалобы сосредоточены на зуде, утомляемости, плохом сне, а не на обезображивающем дефекте, поведение больных показывает, насколько они переживают последний. Так, они прячут участки пораженной кожи от окружающих, садясь таким образом, чтобы их не было видно. Кроме того, многие из больных не хотят даже врачу демонстрировать места кожных поражений.

Таким образом, отсутствие четких представлений о причинах, течении, возможном исходе болезни препятствует формированию адекватной внутренней картины болезни, коррекция которой с помощью психотерапии становится затруднительной.

Нервно-психические расстройства при нейродермите в $^{2}/_{3}$ случаев сохранялись в течение многих лет. У взрослых их можно было квалифицировать как психопатии, невротическое развитие личности, невротические расстройства и др.

Психопатические или психопатоподобные расстройства отличались преобладанием истерических проявлений, взрывчатостью и неустойчивостью.

Поведение больных носило псевдоаутистический характер. Они упорно избегали общения, однако сохраняли узкий круг старых товарищей и друзей.

Невротическое развитие личности происходило либо по ипохондрическому, либо по депрессивному типу. Симптоматика характеризовалась сосредоточением на своих болезненных переживаниях и сопровождалась стойким снижением настроения, было много различных жалоб на боли в области груди, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. Кроме того, они упорно высказывали опасения о злокачественном перерождении кожных высыпаний. Депримированность сочеталась с тоскливостью, раздражительностью или гневливостью, чаще всего возникавшими при необходимости общения с людьми. Они проявляли повышенную чувствительность во всем, что касалось внешности и общения.

Невротические расстройства у взрослых с нейродермитом, заболевших в детстве, проявляются, главным образом, ипохондрической, истерической или тревожнофобической симптоматикой.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Основным методом диагностики описанных нервно-психических расстройств является клиническое наблюдение. При диагностике этих расстройств не требуется принципиально менять привычный метод расспроса больных. Целесообразно лишь обратить более пристальное внимание на ряд особенностей поведения ребенка и несколько расширить круг вопросов, задаваемых больным для выявления нервно-психической симптоматики. Кроме того, необходимо отметить ряд особенностей истории жизни ребенка и его семейного окружения.

Форма и тяжесть течения нейродермита оказывают существенное влияние на характер нервно-психических расстройств и степень их выраженности. Астенические и астено-субдепрессивные проявления чаще наблюдают у больных с локализованной формой дерматоза при относительно гладком его течении. Выраженные истерические и тревожные проявления, нарушения поведения отмечают, как правило, у лиц с распространенной формой нейродермита, плохо поддающейся лечению. Данные объективного исследования суммируют с результатами бесед с детьми. Полученные материалы уточняют при расспросе родителей. Необходимо выяснять, как давно возникли у ребенка те или иные нервно-психические расстройства, и имеют ли они тенденцию к прогрессированию. При изучении анамнеза целесообразно обратить особое внимание на черепно-мозговые травмы, длительные истощающие соматические заболевания в раннем и более старшем возрасте, неблагоприятное течение беременности и родов, как на факторы, обусловливающие биологическую (церебральную) неполноценность, предрасполагающую к возникновению нервно-психических расстройств. Чаще подобные вредности от-

мечают в анамнезе больных с нейродермитом и нарушениями поведения. Кроме того, дополнительным фактором, повышающим риск возникновения нервно-психических расстройств, является неблагополучная семья (неполная или распадающаяся, злоупотребляющие алкоголем родители, высокая частота внутрисемейных конфликтов, отсутствие внимания родителей к детям)

Если нервно-психические расстройства существуют длительно (свыше 3-4 месяцев), либо имеют тенденцию к прогрессированию и выражены в той степени, которая затрудняет адаптацию детей в коллективе, препятствует нормальному функционированию, можно предполагать, что эти расстройства носят стойкий, явный характер. Дополнительным указанием на развитой характер нервно-психических расстройств служит их обнаружение у больных с тяжелым течением нейродермита, отягощенным анамнезом и у детей из неблагополучных семей. Наличие нервно-психических расстройств — показание для направления больного к детскому психиатру. Астенические, нерезко выраженные субдепрессивные и тревожные расстройства, продолжающиеся короткий период времени (менее нескольких месяцев), как правило, не сложны в диагностике и поддаются лечению, которое может осуществляться дерматологом совместно с психиатром. Такие кратковременные расстройства составляют более половины всех наблюдающихся случаев нервно-психических нарушений у детей, больных нейродермитом.

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В терапии нервно-психических расстройств большую роль играет назначение психотропных препаратов с учетом ведущих психопатологических симптомов в комплексе с лечением кожных поражений.

Наличие астенических и астено-субдепрессивных расстройств служит показанием для применения ноотропных препаратов. Ноотропил (пирацетам) эффективен при лечении состояний, сопровождающихся снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, ухудшением памяти, головными болями. Он улучшает обучаемость, способствует адаптации детей в коллективе, нормализует настроение. Ноотропил не обладает ни стимулирующим, ни седативным эффектом. Противопоказаний к его применению до настоящего времени не отмечено. Детям в возрасте 5-7 лет назначают 400-800 мг препарата в сутки, 8—10 лет — 800 мг/сут, старше 11 лет — 800-1200 мг/сут. Суточная доза распределяется на 2-3 приема, последний прием препарата желательно назначать за несколько часов до ночного сна. Аминалон показан в случае отсутствия ноотропила. Средняя суточная доза для дошкольников составляет 500-750 мг, для детей 7—9 лет — 750-900 мг, 10—12 лет — 1000 мг. Препарат распределяют на 3 приема. Ацефен (по тем же показаниям) назна-

чают детям 5-8 лет в дозе 100-200 мг, 9-10 лет — 200-300 мг, 10-12 лет — 300-500 мг в сутки.

Для коррекции расстройств сна используют нитразепам (радедорм, эуноктин) в сочетании с пирроксаном. Назначение пирроксана целесообразно в связи с противозудным и успокаивающим эффектом этого препарата, который потенцирует собственно снотворное действие радедорма, благодаря чему последний можно применять в меньших дозах. Детям в возрасте 5-7 лет назначают 2,5 мг радедорма и 15 мг пирроксана за 30-40 минут до сна, в 8-летнем возрасте и старше — 5 мг радедорма и 15 мг пирроксана.

Если наряду с астенией у детей наблюдается снижение настроения, а лечение на протяжении 10-14 дней не дает улучшения, то к терапии ноотропами присоединяют антидепрессант пиразидол. У этого препарата также нет существенных противопоказаний. Пиразидол у 8-10-летних детей применяют в дозе 50-75 мг/сут в 2 приема, старше 10 лет —в дозе 75—100 мг/сут. Продолжительность лечения пиразидолом зависит от состояния больного и занимает в среднем 1 — $1\,^1/_2$ месяца.

Если преобладают тревожные расстройства, страхи или навязчивости, можно использовать феназепам или седуксен в сочетании с ацефеном. Феназепам обладает также успокаивающим действием. Относительным противопоказанием к его применению являются заболевания печени и почек. Препарат назначают детям 10—12 лет по 0,3—0,5 мг/сут, детям 7—10 лет рекомендуют половину указанной дозы. Если прием феназепама сопровождается вялостью, сонливостью, то вместо него можно назначить седуксен в дозе 5—10 мг/сут детям в возрасте 7—10 лет и 15 мг/сут в 11—12 лет. Когда тревога сочетается с навязчивостями или астенией, целесообразно назначение ацефена. Детям 5—6-летнего возраста лучше назначать мазепам (рудотель) в дозе 10—20 мг/сут (утром и днем). Прием феназепама, седуксена или рудотеля можно сочетать с пирроксаном (15 мг/сут).

Для коррекции истерических расстройств и нарушений поведения применяется сонапакс (меллирил) в дозе до 90-100 мг/сут (детям 12 лет). Для лечения истерических расстройств у 9—10-летних детей назначают меньшие дозы (до 60 мг/сут), более короткими (2—3 недели) курсами. В редких случаях, при крайней конфликтности, агрессивности больных для коррекции нарушений поведения у детей 11—12 лет может быть использован неулептил в дозе 10—20 мг/сут, курс — 2—3 недели.

Лечение всеми перечисленными выше препаратами занимает, в среднем 1—$1\,^1/_2$ месяца и зависит от динамики нервно-психических расстройств. При безуспешности повторных курсов лечения следует направить больного к психиатру.

На время лечения психотропными препаратами целесообразно снижать до минимума (или отменить совсем) дозы антигистаминных препаратов во избежание взаимного потенцирования их эффектов.

Врач не должен ограничиваться назначением медикаментозных средств, необходимо вносить в лечение элементы психотерапии.

Б. С. Калашниковым (1986) обоснована необходимость и разработаны основные направления медикаментозной и психотерапевтической помощи де-

тям, страдающим нейродермитом с нервно-психическими расстройствами. Результаты клинического и клинико-психологического обследования 157 детей 6— 12 лет, страдающих нейродермитом, выявили нервно-психические расстройства у значительного числа больных. Выраженность этих симптомов варьировала в диапазоне от невротических реакций и состояний до патохарактерологических и невротических формирований личности. У $^1/_5$ части наблюдавшихся больных кожные и психические расстройства возникали одновременно в возрасте до 1 года, причем первые проявлялись атопическим диатезом, крайне быстро трансформировавшимся в нейродермит, а вторые -. вегетативной неустойчивостью, диспропорциональным развитием психомоторики, то есть картиной органической невропатии, сменявшейся к 5-6 годам синдромом психомоторной расторможенности. В 10—12-летнем возрасте у этих больных формировалось делинквентное поведение, разнообразные патохарактерологические реакции. У них обнаруживались отчетливые проявления резидуально-органической неврологической микросимптоматики.

Таким образом, у этой части пациентов основой для возникновения нервно-психических расстройств служило раннее органическое поражение головного мозга, что подтверждалось анамнестически — указаниями на патологию беременности и родов, перенесенными заболеваниями. У некоторых больных было выявлено отставание психического развития. Нельзя исключить возможную биологическую детерминированность психических расстройств и у остальных пациентов, исходя из положения об общем эмбриональном происхождении кожи и ЦНС. Удельный вес нервно-психических расстройств, имеющих биологическую (органическую) почву, требует применения психофармакологических препаратов, эффективных при невропатических и неврозоподобных нарушениях.

## ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К БОЛЬНЫМ ДЕТЯМ

Как было отмечено выше, у родителей, начиная с первых месяцев жизни и болезни их ребенка, могут сформироваться три типа отношения к заболеванию:

1) адекватный, обусловливающий гармоничное воспитание;
2) сверхценный (тревожно-мнительный), сопряженный с воспитанием ребенка в условиях гиперопеки;
3) безразличный с недооценкой тяжести болезни ребенка, воспитанием по типу гипоопеки.

При первом типе достоверно чаще определяются сравнительно нетяжелые астенические проявления, либо нервно-психические расстройства отсут-

ствуют. При втором типе у больных наблюдается астено-субдепрессивная, тревожно-фобическая и истерическая симптоматика, а при третьем — доминируют нарушения поведения.

Таким образом, отношение родителей к болезни детей является важным ратопластическим фактором, определяющим клинику ведущих нервно-психических расстройств и отчасти — степень их выраженности. Оценка детьми своего состояния в большой мере представляет копию родительской. При сверхценном подходе родителей к заболеванию ребенка у последнего отмечается фиксация на соматическом неблагополучии, «уход в болезнь», ипохондрические жалобы, отрицательная прогностическая оценка выздоровления. При безразличном отношении родителей к заболеванию дети демонстрируют явное непонимание важности комплексного лечения, смысла госпитализации, пренебрегают диетой. Тем самым неадекватное отношение родителей к болезни детей выступает в качестве фактора, приводящего к формированию у ребенка искаженной внутренней картины болезни, что имеет значение для расстановки акцентов при проведении психотерапии.

Почти все больные постоянно сталкивались с негативным отношением окружающих. У части из них отмечен псевдоаутистический рисунок поведения. У некоторых детей выявлен навязчивый страх общения со сверстниками, причем половина из них отказывалась от посещения школы в период рецидива дерматоза, опасаясь насмешек. Эмоциональное отвержение в коллективе нарушало адаптацию больных. Психическое состояние больных ухудшалось также из-за длительных и повторных госпитализаций, особенно травматичных для детей 6–8 лет, воспринимавших помещение в клинику как серьезное наказание.

## ПСИХОТЕРАПИЯ

Перечисленные психогенные факторы, влияющие на возникновение, оформление и динамику нервно-психических расстройств у детей с нейродермитом, обусловливают необходимость сочетания психофармакологического лечения с психотерапией, равно как и двойную ориентацию психотерапевтических мероприятий — личностную и семейную.

Особенности реагирования больных детей позволяют сформулировать задачи психотерапии, решаемые последовательно в 5 этапов:

1) установление контакта с больными;
2) уменьшение остроты реакции на заболевание, госпитализацию, выработка адекватного отношения к ним;
3) избирательное воздействие на доминирующую в личностной картине нервно-психическую симптоматику;
4) выработка уверенности в физической и психической полноценности, расширение адаптивных возможностей больных;

5) коррекция нарушенных отношений внутри семьи, неправильного отношения родителей к болезни детей (осуществляется на всем протяжении работы с больными).

Психотерапию сочетают с психофармакологическим лечением, ориентированным на коррекцию преобладающих нервно-психических нарушений На **первом этапе** психотерапия проводится, начиная с 5-6-го дня после назначения психотропных препаратов индивидуально, затем в группе. Применяется рациональная психотерапия с использованием элементов художественного творчества и игры, суггестия наяву. Ориентация психотерапии учитывает ведущую клиническую симптоматику и особенности семьи больного. Так, для детей с астенической симптоматикой, воспитывавшихся в гармоничной семье, при адекватном отношении родителей к болезни, психотерапевтическое воздействие состоит лишь в создании теплой эмоциональной обстановки, доверительного контакта между врачом и пациентом, в известной степени восполняющих детям дефицит общения с родителями.

Пациентов с тревожно-фобической, астено-субдепрессивной, истерической симптоматикой и нарушениями поведения включают в более сложные психотерапевтические мероприятия. После установления контакта детям разъясняют, что лечение сопряжено с определенными болезненными процедурами; указывают на результат от применения психофармакологических препаратов. Быстро наступающий эффект повышает уверенность ребенка в положительных результатах дальнейшего лечения.

На **втором этапе** всем детям, особенно младшим, разъясняют, что их болезнь не является «заразной», а тем более опасной для жизни и здоровья и физически; не может препятствовать полноценному общению в коллективе. В доступной форме разъясняют связь между переживаниями трудностей и усилением зуда. Дети получают сведения о возможной тенденции нейродермита к сезонным обострениям, но обязательной последующей ремиссии дерматоза, получают информацию о смысле процедур. Для снижения значимости обид со стороны окружающих, с детьми ведут беседы о том, что насмешки и издевательства могут исходить только от непорядочных или не очень умных и воспитанных детей, в то время как истинные друзья никогда не судят о человеке по его внешности. Тем старшим детям, у кого реакция на заболевание включает переживания невозможности получить желаемую профессию (моряк, водитель), поясняют, что нейродермит не может служить препятствием к осуществлению их мечты.

Рациональную психотерапию дополняют на втором этапе изобразительным творчеством. Детей просят нарисовать свою болезнь так, как они себе ее представляют. Чаще всего изображают животных или насекомых отталкивающего вида (змеи, жуки и др.). В процессе анализа рисунка психотерапевт старается выяснить, почему болезнь кажется ребенку страшной (неприятной)- При этом «страшное» низводится до незначимого и смешного. Во время выполнения рисунка дети с помощью психотерапевта учатся критично относиться к болезни.

**На третьем этапе** психотерапевтическое воздействие направлено на уменьшение страха, тревоги или навязчивости, коррекцию поведенческих нарушений, снижение эмоциональной насыщенности истерических проявлений, субдепрессивных расстройств.

Важное значение и на этом этапе имеет использование методики детского творчества — рисунков с изображением предметов страха, травмирующих ситуаций (общение в семье, коллективе, встречи с новыми людьми, ситуаций, в которых больные подвергались насмешкам, обидам). В беседах с детьми, у которых доминировали нарушения поведения и истерические расстройства, делают акцент на недопустимости негативных форм поведения. Показывают, как добиться желаемой цели (внимания, сочувствия) приемлемыми методами — расширением сферы активности, внимательным отношением к окружающим. Детям со сниженным настроением внушают уверенность в преходящем характере этих расстройств, указывают на возможность связи сниженного настроения с обострением дерматоза, с одной стороны, и с травмирующими обстоятельствами — с другой. Директивно внушают эффективность назначенного лечения (суггестия наяву).

На **четвертом этапе** у всех пациентов, независимо от ведущих нервно-психических расстройств, вырабатывают навыки более гибкого поведения в коллективе, актуализируют те черты личности, которые могут помочь детям раскрыть себя. Исходя из особенностей личности конкретного больного, обсуждают возможности и способности к какому-либо роду деятельности вне учебных занятий — участию в художественной самодеятельности, рисованию, конструированию, занятиям спортом. Детям предлагают выразить в рисунках травматичные для них ситуации с возможными вариантами поведения при них с тем, чтобы они избрали оптимальный путь реагирования. Затем аналогичные трудные ситуации больные воспроизводят в игре на групповых психотерапевтических занятиях. Группы из 5—6 детей подбирают по возрасту. Разыгрывают стандартные ситуации с распределением ролей («обидчик-жертва», «ведущий-ведомый»), которые, как правило, выбирают сами дети. Продолжительность занятий составляет 25-30 мин. Детям раскрывают значение этих «игр» и рекомендуют в дальнейшем переносить их результаты в жизнь и принимать на себя активные роли, которые им, судя по результатам игры, вполне по плечу. Занятия проводятся 2—3 раза. Позиция, занимаемая при этом психотерапевтом, характеризуется как «одобряющий протекционизм».

Выделение **пятого этапа** в качестве завершающего скорее носит не временной, а общий характер. Подключение родителей к психотерапевтическим занятиям начинают еще при сборе семейного анамнеза. При этом с родителями, крайне чувствительно реагирующими на заболевание ребенка, проводят беседы, раскрывающие содержание болезни, разъясняют ее особенности, возможные последствия и варианты течения. Подчеркивают, что фиксация внимания детей на проявлениях болезни, многочисленные консультации у различных специалистов негативно влияют на формирование личности и достигают цели, прямо противоположной поставленной родителями. Такое по-

ведение не облегчает положения ребенка, а способствует его «уходу в болезнь», появлению переживаний и нервно-психических расстройств. Родителям, безразлично или негативно относящимся к заболеванию ребенка, разъясняют опасную роль такой позиции в связи с возможным появлением у детей неправильных личностных реакций, снижением школьной успеваемости, нарушений поведения и т. п. Родителям рекомендуют больше времени уделять детям, контролировать их деятельность, летнее время и выходные дни проводить по возможности вместе. Психотерапевт совместно с родителями и детьми обсуждает меры по расширению социальной активности больных — их участие в работе кружков (художественных, технических, спортивных). Необходимость и возможность дальнейшего наблюдения специалистом по нервно-психическим расстройствам (психиатром) должна быть согласована с родителями больного.

Результаты терапии показывают, что наиболее быстрое и полное исчезновение нервно-психических расстройств достигается при сочетании дерматологического, психотерапевтического и психофармакологического лечения — в среднем через 20 дней. Дополнение дерматологического лечения психофармакологическими препаратами и психотерапией увеличивает срок ремиссии при нейродермите на 1-2 года, при катамнезе — $2^1/_2$года [Калашников Б. С, 1986].

Глава 12

# СОМАТИЗИРОВАННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

## ПРОБЛЕМА СОМАТИЗАЦИИ

Дети и подростки, находящиеся на лечении в стационаре или обращающиеся за помощью в поликлинику, наряду с соматическими жалобами часто имеют симптомы нервно-психических расстройств. С другой стороны, детский невролог или психиатр нередко замечает у своих пациентов не только отклонения со стороны нервно-психической сферы, но и соматические нарушения. Из этого факта можно сделать заключение, что большая часть, если не большинство, больных страдают как физически, так и психически.

Д. Д. Плетнев (1989) высказывается более категорично: «Нет соматических болезней без психических, из них вытекающих отклонений, как нет психиатрических заболеваний, изолированных от соматических симптомов». Приняв это положение, необходимо решить, в каких именно взаимоотношениях могут находиться психические и соматические расстройства. Ответ на этот вопрос не только улучшит диагностику, но позволит сделать лечение более эффективным и создаст перспективы для предупреждения душевных и телесных нарушений.

Многообразие соотношений соматической и психической патологии включает следующие варианты [Смулевич А. Б. и др., 1984]:

1) соматическое заболевание обнаруживает сродство с психическим заболеванием;
2) соматическая симптоматика формируется в процессе развития психоза;
3) соматические аномалии сопутствуют врожденной психической патологии;
4) соматические расстройства возникают в связи с психогенной провокацией;
5) соматические нарушения как проявления психотических расстройств.

К двум последним относят такие соматопсихические корреляции, при которых имеется психогенная провокация соматических расстройств и соматизация психических нарушений. Сюда причисляют соматические заболевания, этиологически связанные с эмоциональными факторами, и психогенные психические нарушения, в клинической картине которых представлены соматические симптомы без соответствующей органической подоплеки.

Термин «соматизация» был введен в клинический обиход W. Stekkel (1921) для обозначения телесных расстройств, обнаруживавшихся при неврозах. K. Menninger (1947) соматические реакции определяет как висцеральное выражение тревоги, что таким образом препятствует ее осознаванию. Психоаналитики используют термин «соматизация» для обозначения бессознательного защитного механизма и гипотетического психогенеза определенных соматических болезней. В то же время понятие «соматизация» стало альтернативой «конверсии». Первоначально под соматизацией понимали трансформацию интрапсихических конфликтов в истинные соматические заболевания, затем подразумевали совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных компонентов. Большинство отечественных авторов причину соматоформных расстройств видят в психогенных факторах, нарушениях развития личности. Соматоформные расстройства расценивают как проявление ипохондрии, тревоги, депрессии или истерии. Некоторые авторы понимают соматизацию как переживание пациентом соматического дистресса и предъявление им симптомов, не подтвержденных медицинскими исследованиями, но объясняемых больным физическими заболеваниями, с целью получения врачебной помощи. Эта тенденция проявляется в ответ на психологический стресс, возникающий из-за жизненно важных для индивида событий и ситуаций. При этом сами больные, имеющие соматизацию, обычно не признают причинной связи между дистрессом и его предполагаемым источником. Они первично реагируют чаще соматически, чем психически, и имеют тенденцию рассматривать свои симптомы как показатель телесного заболевания и потребности внимания со стороны врача [Lipowski Z. J., 1988].

Таким образом, понятие соматизации включает три компонента:

- чувственный — то, что индивид воспринимает сам: боль, телесные ощущения, дисфункции, изменения внешности;
- когнитивный — интерпретация, отнесение переживаний к другим явлениям, процесс принятия решений в отношении симптомов, субъективное значение ощущений, которые понимаются как актуальные или угрожающие заболевания или повреждения;
- действия и сообщения, вербальные и невербальные, следующие за объяснениями восприятий, поведенческий аспект.

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

У 30% обследованных амбулаторно пациентов с болями в голове, животе, груди, спине, слабостью, кашлем, головокружением и нервозностью происхождение телесных расстройств объясняют психическими заболеваниями [Bain S. T., Spaulding W. B., 1967]. С другой стороны, у 72% больных с психиатрическим диагнозом отмечают хотя бы один соматический симптом [Schurman R. A. et al., 1985]. При этом около половины психических болезней, проявляющихся физическими нарушениями, не распознается.

Судить о распространенности соматизированных психических расстройств у детей труднее. Однако в связи с тем, что известна, например, большая частота соматических расстройств при депрессии, можно предположить, какова распространенность соматизированных психопатологических синдромов. Так, среди 955 детей 9-ти лет было обнаружено 1,8% больных с большой и 2,5% с малой депрессией [Kashani J. H. et al., 1983]. По мнению J. Bomba (1987), распространенность депрессии у детей и подростков составляет от 1,9 до 31,6%. Из 1000 дошкольников, обращавшихся в клинику, у 9-ти выявлена депрессия. Среди госпитализированных в психиатрическую клинику у 60% детей имеются симптомы депрессивных расстройств [Petti T., 1978]. 25—30% всех психически больных подростков страдают депрессией [Соскжало О. Д. и др., 1988]. Поданным G. Nissen (1982), $^{1}/_{3}$ страдающих депрессией подростков — мальчики и $^{2}/_{3}$ — девочки.

Соматизация депрессии у детей и подростков так выражена, что в подавляющем большинстве случаев вместо эмоциональных расстройств в клинической картине на переднем плане находят те или иные физические симптомы . Частота этих расстройств различна. У школьников в 51 % случаев отмечают затруднения в учебе, в значительной степени связанные с их ухудшившейся трудоспособностью, в 40% — симптомы желудочно-кишечных расстройств, в 30% — энурез, в 23% — расстройства сна, в 14% — головная боль, в 11% — энкопрез, в 2% — нарушения сердечно-сосудистой деятельности.

В детском и подростковом возрасте шизофрения часто сопровождается теми или иными проявлениями соматических расстройств. Частота шизофрении у детей до 14 лет составляет 1,66 на 1000 детского населения, причем преобладают мальчики. У мальчиков-подростков риск заболевания шизофренией в 1,5—1,7 раза выше, чем у девочек [Жариков Н. М., 1972; Творогова Н. А., 1984]. Точно определить число больных шизофренией с физическими симптомами затруднительно, так как более известны относительные величины в группе случаев соматизации эндогенных психозов. Например, аффективно-онейроидный приступ у подростков в 67% случаев начинается с выраженных соматических расстройств [Симашкова Н. В., 1984].

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Возникновение соматизации объясняют различно. Согласно А. Б. Смулевичу и др. (1984), соматизированные психические расстройства во всех проявлениях относятся к психической патологии и в то же время являются психопатологическими феноменами сферы соматопсихики при минимальной выраженности ауто- и аллопсихических расстройств. G. Huber (1982) этот вариант психических нарушений понимает как расстройство общего чувства тела (коэнестезию), ограничивающееся в своих симптомах внутренним пространством телесного «Я» и потому отличающееся от осознаваемых психопатологических проявлений.

Многообразные проявления соматизации, по всей вероятности, связаны с различием этиологических факторов. Эти факторы могут быть предрасполагающими, ускоряющими и поддерживающими. К первым относятся генетические, личностные, обучающие и социо-культуральные.

Обучающий фактор способствует фокусированию внимания на соматических восприятиях, интерпретации их в качестве угрозы, вербальному и невербальному их выражению и возникновению потребности занять определенное место в семье. Дети, часто наблюдающие физические заболевания и поведение переживающих боль членов семьи, становятся группой риска по возникновению соматизированных расстройств по мере взросления. У ребенка, знающего, что быть больным или жаловаться на телесные недомогания — значит повысить вероятность вознаграждения вниманием, избегнуть наказания или какой-то обязанности, может быть предрасположение к развитию соматизации, позволяющей преодолеть трудности в жизни [Mechanic D., 1980].

Некоторые особенности личностного реагирования: нейротизм, истерические черты, перцептивно-когнитивный стиль сенсибилизации или усиленная интроспекция — также связаны с соматизацией. Психологические характеристики больных с соматизацией в целом различны, но в одном они имеют сходство: на стресс и эмоции реагируют, главным образом, физическими симптомами. Соматизация особенно распространена в культурах, где выражение эмоционального дистресса психологически традиционно затормаживается.

Ускоряющими факторами оказываются предшествующие стрессы: жизненные события и ситуации, которые трудно переносимы личностью из-за субъективной значимости (потеря близкого человека, угроза личности, физическое заболевание или повреждение, разрыв отношений) [Robinson J. O., Granfield A. J., 1986].

Поддерживающие факторы способствуют устойчивости физических симптомов. Такими факторами являются уровень ипохондрической озабоченности, робость, неуправляемость желаний, ранимость, склонность к тревожности, враждебности, депрессии. Тенденция к развитию и сохранению телесных расстройств поддерживается реакциями членов семьи, а также врачами. Бесконечные медицинские исследования, неопределенные диагнозы и назначе-

ние необязательного лечения могут дать аналогичный эффект [Kellner R., 1986]. В то же время приходится констатировать отсутствие ясности в понимании этиологии соматизации.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы соматизации, часто множественные, могут охватывать любые органы и системы, имитировать любое телесное заболевание. Чаще всего это различные болевые ощущения, слабость, головокружение, расстройства дыхания, сердечно-сосудистой деятельности и функций желудочно-кишечного тракта. В некоторых случаях симптомы соматизации сосуществуют с истинными соматическими заболеваниями, что не исключает диагноза соматизированного психического расстройства. Нередко соматизация формируется как последствие физиологических проявлений эмоций или как составная часть первичных психических расстройств (паника). Тревога у детей может сопровождаться гипервентиляцией, болью в грудной клетке, сердцебиениями, болями в животе, ощущением жара или холода.

Симптомы соматизации в рамках психовегетативного синдрома, впервые описанные W. Thiele (1958), суть разнообразные вегетативные расстройства: бледность или гиперемия кожи, тремор, гипергидроз, тахикардия, изменения артериального давления, боли, нарушения деятельности различных систем. Эти проявления соматизации обозначаются также как функциональный, общий психосоматический, вегетативно-аффективный синдромы; вегетативная дистония, астеновегетативный синдром. Такие определения отражают представления авторов о механизмах их развития. В то же время симптомы соматизации называют и «функциональными», «психосоматическими», «психогенными» или «соматоформными». Делается это, главным образом, из диагностических соображений, чтобы уточнить происхождение болезненных проявлений. При этом объективная оценка врача сталкивается с субъективным восприятием больных, непропорционально жалующихся на имеющиеся патологии. Это создает трудности не только для диагностики, но и для лечения, так как больные не доверяют врачу, недооценивающему их страдания, а врачи нередко упускают из виду субъективную значимость симптомов для пациентов.

Соматизация не обязательно предполагает наличие нервно-психического заболевания. Она может быть проявлением преходящей стрессовой реакции, при которой не ставят никаких диагнозов. Только длительно сохраняющаяся соматизация требует ее квалификации в качестве болезни. По мнению D. Escobar et al. (1987), соматизация может наблюдаться при многих психических нарушениях: в рамках соматоформных расстройств, в сочетании с психиатрическими симптомами (депрессией), как «маскированное расстройство» или в качестве личностной черты. Соматические симптомы A. I. Barsky et al. (1986)

понимают как конечное выражение эмоциональных нарушении, психических расстройств и органической патологии. У некоторых индивидов при дисфориях появляются сопутствующие физиологические сдвиги, которые могут восприниматься как соматические симптомы, что заставляет сосредоточиться на них. Другие предъявляют жалобы на телесные расстройства, предполагая, что это хорошее средство для ослабления эмоционального напряжения.

Для описания и диагностики соматизации существенно предложение Z. G. Lipowski (1988) оценивать ее степень по продолжительности и выраженности ипохондризации, открытости эмоциональных проявлений, способности описывать чувства, развивать фантазии. В этой связи соматизация представляется как преходящая, упорствующая, относительно острая, спонтанно и психотерапевтически излечивающаяся. Ипохондрия у больных с соматизацией — континуум от сосредоточения индивида на собственном здоровье до бредовой убежденности в наличии тяжелого заболевания. Однако выраженность соматизации не всегда соответствует степени ипохондрии. Аффективный фон соматизации варьирует от явного безразличия до панического состояния или ажитирования депрессии, фокусированной на смерти или инвалидизации. Способность оценивать свои переживания различна. У одних больных можно наблюдать неумение оценить свои чувства и рассказать о них, у других — нет никаких отличий в этом смысле от несоматизированных больных.

## Соматизация депрессий

Одна из наиболее частых причин соматизации — депрессия: $^{3}/_{4}$ депрессивных больных обращаются в медицинские учреждения, жалуясь в большинстве случаев не на психические, а на соматические расстройства [Katon W. et al., 1982]. По некоторым данным, свыше 50% амбулаторных больных с психическими расстройствами обнаружили соматизацию и лишь 20% — психические симптомы [Bridges R. N., 1985]. Врачи общего профиля правильно распознают менее половины депрессивных больных. Если врачу не удается проникнуть в переживания больных, депрессия не распознается и поэтому не лечится. Отношение врача к больному, его заключения и действия нередко оказывают решающее влияние на болезненное поведение пациента и могут смягчить или активизировать телесные расстройства.

Соматизированные депрессивные больные жалуются на выраженные или неясные, единичные или множественные симптомы, и нередко их жалобы сопровождаются ипохондрической фиксацией. Наиболее частый симптом депрессии — боль. Депрессия при хронической боли встречается в 30—50% случаев [Fishbain D. A. et al., 1986]. Иногда идиопатическую хроническую боль рассматривают как эквивалент депрессии [BlumerD., 1982].

Соматические расстройства при депрессии имеют различное происхождение. Одни — проявления вегетативных нарушений, другие — соматические жалобы, которыми больные характеризуют эмоциональные дистрессы или

обострения сопутствующих соматических заболеваний. Депрессия также может усиливать восприятие телесных ощущений и способствовать их интерпретации в качестве соматического заболевания. Сниженное настроение провоцирует воспоминания о болезни и негативный взгляд на свое здоровье [Groyle R. T., Uretski M. B., 1987].

По мнению О. П. Вертоградовой (1989), структурно-динамические соотношения психосоматических расстройств и депрессии могут быть представлены 4-мя возможностями:

1) психосоматические ощущения соответствуют определенному типу депрессивного аффекта;
2) соматовегетативные расстройства адекватны аффекту, но имеют самостоятельную динамику, формируя соматизированный тип депрессии;
3) функциональные расстройства соматических органов и систем зависят от психогенных факторов;
4) психосоматические заболевания имеют сложные соотношения соматических и аффективных расстройств.

Соматические симптомы депрессии настолько обычны даже при типичной депрессии, что они вносятся в перечень проявлений выраженного заболевания. К их числу относят снижение либидо, потерю массы тела, снижение аппетита, нарушение менструального цикла, расстройства сна, запоры, сухость во рту, головную боль. При скрытой депрессии могут быть жалобы на состояние сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовых органов, опорно-двигательного аппарата, наболь в пояснице. В пубертатном возрасте при депрессии соматические нарушения встречаются как правило [Kaplan H. I., Sadock **B.** G., 1996].

### Соматизация депрессий у детей

Среди психически больных детей депрессивные проявления отмечены у 3-13%, среди подростков — у 25-30% [Сосюкало О. Д. и др., 1988]. Распространенность депрессий у детей и подростков за последние 10-20 лет значительно увеличилась, при этом они стали чаще выступать в форме соматовегетативных эквивалентов и так называемых соматизированных депрессий. Соматизация депрессии улучшает прогноз заболевания, облегчает лечебно-реабилитационный процесс. Кроме того, уменьшается возможность социальной дезадаптации и возникновения асоциальных и делинквентных форм поведения детей и подростков [Ковалев В. В., 1988]. Естественно, что реализовать благоприятные следствия патоморфоза в терапии возможно лишь при точном распознавании соматизированных синдромов.

В самом раннем возрасте депрессия, возникающая при отрыве ребенка от матери, наиболее соматизирована. Наряду с плачем, рыданиями, апатией обнаруживаются уменьшение массы тела, отставание в росте, задержка психомоторного развития, трудности засыпания, расстройство ритма сна, возрастание чувствительности к инфекциям. При длительном отсутствии матери

развитие ребенка останавливается, наступает деградация [Шевченко Ю. С, Бобылева Г. И., 1988; Spitz R., 1957].

Л. Ю.Данилова (1990) относит к стойким соматическим маскам депрессии различной природы у детей 7—15 лет функциональные психосоматические расстройства: гипертермию, цефалгию, сердечно-сосудистые расстройства (кардиалгию, гипотонию), желудочно-кишечные нарушения и инфекционно-аллергические синдромы.

Соматические проявления депрессии у дошкольников являются скорее правилом, чем исключением. К их числу относятся такие симптомы, как энурез, энкопрез, онихофагия, анорексия, гиперорексия, боли в животе, расстройства сна, уменьшение массы тела, утомляемость, замедление интеллектуального развития [Frommer E. A. et al., 1972; Kashani J. H., Carlson G. A., 1985]. Е. И. Кириченко (1988) среди депрессивных невротических расстройств у детей до 4 лет выделяет формы с преобладанием соматовегетативной симптоматики и общей или парциальной задержкой психического развития, регрессивной симптоматикой (мутизм, энурез, утрата навыков). В связи с обилием телесных расстройств в этом возрасте диагноз депрессии трудно распознаваем. Неразвернутые проявления депрессии у детей — не стертые или замаскированные ее проявления, а первичные возрастные формы болезни [Nissen G., 1973]. Характерные психопатологические и физиологические симптомы депрессии у детей и подростков до 16—17 лет встречаются редко. Это приводит многих психиатров к мысли, что у лиц в возрасте до 17 лет этой патологии вообще не бывает [Toolan J. M., 1962].

У младших школьников депрессия характеризуется сочетанием заторможенности и агрессии, нередко сопровождается такими психосоматическими симптомами, как энурез, онихофагия, частые манипуляции с гениталиями и др. [Nissen G., 1975]. По C. P. Malmquist (1976), соматизация у детей принимает формы болей различной локализации, головокружений, бессонницы, расстройств сна, нарушений пищевого поведения, то есть депрессивных эквивалентов. Эти симптомы могут сопровождаться снижением настроения, подавлением активности, чувством неудовлетворенности, отверженности, малоценности, низким фрустрационным порогом, стремлением к комфорту, нарушениями поведения, состояниями беспомощности и безнадежности.

E. McCauley et al. (1991) считают, что соматические симптомы при депрессиях у детей встречаются чаще, чем у взрослых. При этом, чем моложе дети, тем они более склонны к соматическим жалобам. Исследование детей 10-14 лет привело к выводу, что соматические расстройства определяются первичной депрессивной симптоматикой, а не сопутствующей тревогой. Оказалось, что девочки страдают физическими расстройствами, тревожными симптомами чаще, чем мальчики. Частота соматических жалоб больше коррелирует с остротой депрессий, чем с возрастом, полом или тревогой, то есть была доказана ценность обнаруживаемых соматических проявлений для распознавания депрессии у детей и подростков.

Клиническая картина депрессии у старших школьников приближается к характерным особенностям этого синдрома у подростков и взрослых. В то же

время и в этом возрасте наряду с типичными изменениями настроения, «поведенческими эквивалентами» могут наблюдаться те или иные физические симптомы, иногда оказывающиеся единственными. Диапазон таких симптомов очень широк: расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта (40% детей), энурез (30%), расстройства сна (23%), слезливость (20%), головная боль (14%), энкопрез (11%), сосание пальцев (8%), расстройства сердечно-сосудистой системы (2%), а также анорексия, ожирение, язвы желудочно-кишечного тракта, колит.

Соматические симптомы могут также наблюдаться при шизофрении. Они выступают в форме соматического или ипохондрического бреда телесных изменений, нарушений функций или уродства. При этом бред рассматривается как патологическая форма соматизации. У больного шизофренией наблюдаются и физические симптомы (боли, слабость), не объяснимые никакой органической причиной и не формирующие бредовых переживаний [Varsamis J., 1976].

А. А. Гериш (1995) наблюдал 5 типов «масок» детской депрессии: гипертермические (19%), сердечно-сосудистые (16%), желудочно-кишечные (28%), неврологические (29%) и дыхательные (8%). При затяжном течении или при повторном возникновении маскированные депрессии меняли соматические проявления. Углублялся полиморфизм симптомов, увеличивалась выраженность симптоматики, менялась степень тяжести и, наконец, происходило освобождение от сомато-вегетативных расстройств за счет преобладания аффективных симптомов. Происходило «демаскирование» депрессии [Северный А. А., 1985]. Выделены **стадии видоизменения соматизированной депрессии:**

1) усложнение соматизированного компонента;
2) гомогенизация соматической «маски»;
3) повторение однотипных соматизированных депрессий;
4) обнажение собственно депрессивной симптоматики.

Соматическая симптоматика менялась с возрастом пациентов. В раннем возрасте преобладали нарушения сна и питания. Алгические расстройства с однотипной локализацией были в старшем дошкольном возрасте. Нарастание алгической и вегетативной симптоматики наблюдали у младших школьников. Развитие массивных вегетативных нарушений, сенестопатий и дереализационных расстройств в сочетании со все более устойчивыми ипохондрическими идеями происходило по мере приближения к пубертатному возрасту. В дошкольном возрасте отмечены преимущественно желудочно-кишечные расстройства (алиментарные у младших и алгические у старших дошкольников). У младших школьников наряду с расстройствами ЖКТ преобладали гипертермические «маски». В препубертатном и пубертатном возрасте на первое место выходили сердечно-сосудистые и неврологические «маски».

Симптом, встречающийся при психическом заболевании и напоминающий физическую болезнь, обозначают термином «соматоформный», если при этом отсутствует органическое нарушение или известные патофизиологические механизмы. Соматоформный симптом должен быть явно или предполо-

жительно связан с психологическими факторами или конфликтами. Соматоформные расстройства по DSM-IV (1994) включены в 9 рубрик:

- соматизированное расстройство (300.81);
- недифференцированное соматоформное расстройство (300.81);
- конверсионное расстройство (300.11);
- стойкое соматоформное болевое расстройство (307.);
- связанное с психологическими факторами (307.80);
- связанное с психологическими факторами и соматическими или неврологическими заболеваниями (307.89);
- ипохондрия (300.7);
- дисморфофобическое расстройство (300.7);
- соматоформное расстройство неуточненное (300.81).

Соматоформные расстройства характеризуются болезненной озабоченностью своим здоровьем, чрезмерной боязнью заболеть той или иной болезнью.

Выделяют [Kaplan H. I., 1996]:

- соматизированное расстройство — многочисленные соматические жалобы без органической патологии;
- конверсионное расстройство (истерия, синдром Брике) — заболевание, при котором возникают мнимые расстройства, проявляющиеся слепотой, глухотой, аносмией, потерей чувствительности, парестезиями, параличами, атаксией, акинезией или дискинезией (при этом пациенты часто проявляют неуместную беззаботность и могут стараться извлечь определенную выгоду из своих действий);
- ипохондрию (ипохондрический невроз) — состояние чрезмерной заботы о собственном здоровье и устойчивая ложная убежденность в наличии у себя той или иной болезни;
- стойкое соматоформное болевое расстройство — состояние повышенной озабоченности болевыми ощущениями, при котором играют роль психологические факторы;
- дисморфофобическое расстройство — ложное убеждение в том, что та или иная часть тела деформирована.

Соматизированные расстройства нередко оказываются наиболее упорными из всех, переживаемых больным. Они, как правило, сосуществуют с другими психическими нарушениями, представляя только часть всех проявлений соматизации. Чаще всего бывает сочетание различных вариантов соматизации. Наличие только одного из них подвергается сомнению. В связи с этим у больных могут встречаться в различных сочетаниях непроизвольная потеря (или нарушение) моторной или сенсорной функций, являющихся выражением психологического конфликта (конверсии), озабоченность существованием серьезного заболевания без соответствующих доказательств (ипохондрия), переживание боли, не имеющей патофизиологической основы и т. д.

Эндогенные депрессии при шизофрении у детей, по мнению Н. М. Иовчук (1989), наряду с аффектами тревоги, страха и других психических нару-

шений, отличаются псевдорегрессивными вегетативными расстройствами. Последние заключаются во временной остановке развития, частичной утрате речевых и моторных навыков, а также появлении энуреза и энкопреза. Вегетативные расстройства проявляются нарушениями сна, питания и терморегуляции, а также болевыми телесными ощущениями и псевдоневрологической симптоматикой.

У детей раннего возраста при шизофрении наиболее характерными проявлениями соматизации оказываются изменения ритма и качества сна, снижение аппетита, избирательное отношение к пище, плаксивость, временная приостановка в развитии, адинамия [Башина В. М., 1989; Семеновская Э. И., 1972; Вроно М. С, 1975]. Дошкольникам более свойственны несложные соматические жалобы, энурез, энкопрез, нарушения сна, особое отношение к пище, жажда, вазовегетативные расстройства (потливость, гиперемия, бледность кожных покровов), ослабленность, истощение, неопределенные неприятные ощущения в разных частях тела; гиперестезии, летучая, но стойкая боль [Семеновская Э. И., 1972; Сосюкало О. Д., 1973; Кашникова А. А., 1973]. У школьников чаще обнаруживают соматические и выраженные соматовегетативные расстройства [Сосюкало О. Д., 1973], а также эндокринные нарушения [Brambilla F. et al., 1969].

Среди других депрессивных синдромов выделяют соматизированную депрессию, которая встречается в 15% случаев. Более половины этих детей попадает на прием к психиатру лишь после демаскирования депрессии: антидепрессанты снимают неприятные ощущения боли, вегетативные расстройства, а депрессивные проявления становятся явными [Северный А. А., 1985].

Неприятные и болезненные телесные ощущения наблюдают при различных вариантах депрессивного синдрома. При соматизированной депрессии телесные ощущения более выражены, они находятся на переднем плане, отодвигая на второй аффективные расстройства. Такой клинический вариант отличается тем, что неприятные телесные ощущения и боли не соответствуют проявлениям известных соматических заболеваний и не поддаются лечению симптоматическими средствами, исчезая при улучшении настроения. Они стойкие, упорные, однообразные или множественные, отличаются периодическим появлением и сезонностью. В одних случаях преобладают симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, в других — нервной системы, в третьих — сердечно-сосудистой системы, в четвертых — дыхательных органов, но могут быть и сочетаниями этих проявлений.

Примером являются депрессии при шизофрении, замаскированные субфебрилитетом или псевдоневрологическими расстройствами: головными болями, головокружениями, окуло-вестибулярной симптоматикой, чувством утраты энергии [Мамцева В. Н., 1988]. Нарушения деятельности внутренних органов или отсутствуют, или так незначительны, что не могут объяснить глубину астенических проявлений. Иногда появляются астеноподобные расстройства: озабоченность состоянием своего здоровья, физиологическими отправлениями, страх смерти. Основными признаками этого варианта депрессии у школьников нередко оказываются снижение продуктивности учеб-

ной деятельности и боязнь посещения школы, связанные с падением жизненного тонуса, идеаторными расстройствами и нарушением поведения [Иовчук Н. М., 1989].

Соматизация у подростков может наблюдаться и при других синдромах шизофрении. Явления соматизации отмечают при аффективно-онейроидных приступах [Симашкова Н. В., 1984], психопатоподобных эквивалентах [Татарова И. Н., 1985], циклотимоподобном варианте [Данилова Л. Ю., 1987], малопрогредиентной форме [Киреева И. П., 1989].

Возрастные особенности пубертатных депрессий, наряду с психопатологическими проявлениями, включают массивные вегетативные симптомы (тахикардия, потливость, зябкость, анорексия, запоры, аменорея, нарушения ритма сна), соматические эквиваленты (головные боли, тошнота, головокружение, боли в животе, неприятные ощущения в конечностях и в области сердца), необычную озабоченность своим физическим здоровьем [Иовчук Н. М., Козюля В. Г., 1981].

Соматизация эндогенных аффективных нарушений у подростков может проявляться в форме «вегетативного» реагирования — соматовегетативных симптомов, имитирующих то или иное соматическое заболевание. Эти соматические расстройства проявляются в начале психических болезней, при обострениях или ремиссиях, когда психогенно-ситуационная вегетодисфункция отражает углубление или возникновение в процессе болезни сенситивного и астенического личностного радикалов. Вегетативная дисфункция может проявляться либо в форме психовегетативной лабильности, либо в виде вегетативных парциальных кризов [Северный А. А. и др., 1995].

Соматические симптомы могут быть не только признаками текущего заболевания, но и указывать на повышенный риск возникновения шизофрении. Выявление соматизации может помочь предупреждению или раннему лечению эндогенного процесса. Такими признаками у детей повышенного риска оказываются отклонения в развитии инстинктивно-вегетативной сферы. Изменения ритма «сон—бодрствование», в частности, проявляются в поверхностном сне с частыми пробуждениями, позднем засыпании, колебании продолжительности. Отмечают нарушения формирования самоощущения: снижение реакции на голод, отсутствие контроля за количеством съеденной пищи и реакции на микроклиматический дискомфорт. Иногда эти реакции резко усиливаются. Нарушается формирование функций питания и выделения. Сосательный рефлекс недостаточно выражен. Возникают разнообразные диспептические явления. Встречаются отклонения в формировании взаимоотношений с матерью: ребенок не успокаивается у нее на руках. Формирование инстинкта самосохранения изменяется, отсутствует страх посторонних, высоты и т. д. В вегетативно-инстинктивной сфере обращает на себя внимание дефицитарность, сочетающаяся с диссоциацией: анорексия с булимией, сильная реакция на дискомфорт с нарушением инстинкта самосохранения. Эти явления сочетаются с дефицитарностью и диссоциированностью эмоциональной сферы и сферы общения, моторики, с избирательностью внимания и задержкой развития социального поведения [Римашевская И. В., 1989].

## Соматизация маниакальных состояний

Соматические расстройства при маниакальных состояниях изучены значительно хуже, чем при депрессиях.

В типичной маниакальной фазе с повышенным настроением, ускоренным течением представлений, двигательным возбуждением и другими расстройствами, свойственными мании, они сочетаются с повышением обмена веществ, уменьшением массы тела, изменением чувствительности и деятельности эндокринных желез. При осложненном течении и атипичных формах соматизация выражена в еще большей степени. Ее проявлениями могут быть сенестопатии, переживаемые как локализованные боли, тяжесть, ожог, спазм, судороги. Могут быть также разнообразные соматические нарушения, воспроизводящие синдромы бронхиальной астмы, желудочной диспепсии, гинекологических заболеваний и других расстройств. При атипичном варианте маниакально-депрессивного психоза, названном циклосомией [Плетнев Д. Д., 1989; Краснушкин Е. К., 1948], наряду с этими расстройствами отмечаются упорные головные боли пароксизмального характера, проявления симпатикотонии, неврологическая микросимптоматика и изменения состава белой крови [Гамкрелидзе Ш. А., 1980]. Соматизацию описывают также в структуре «гипоманиакальной ипохондрии», при которой обострено самонаблюдение и выражено стремление к неоднократным обследованиям у врачей [цит. по Смулевичу А. Б. и др., 1984].

У детей гипоманиакальные состояния сопровождаются соматовегетативными расстройствами. Иногда вегетативные нарушения перекрывают аффективные проявления. В этих случаях в первую очередь отмечают повышение аппетита, нарастание массы тела, уменьшение продолжительности сна при отсутствии явных признаков повышенного настроения. У старших детей, особенно в пубертатном возрасте, соматовегетативные расстройства менее выражены. При хронических гипоманиях у детей раннего возраста на передний план выступают вегетативные нарушения и моторное возбуждение.

Н. М. Иовчук (1989) наряду с другими вариантами выделяет вегетативную и соматизированную гипоманию. К числу наиболее частых соматических симптомов в этих случаях относят потливость, блеск глаз, румянец на щеках, расстройства засыпания, бессонницу, булимию, полидипсию, ожирение, артериальную гипертензию, отсутствие утомления, ощущение бодрости, свежести, физического здоровья [Озерецкий Н. И., 1938; Северный А. А., Иовчук Н. М., 1984; Башина В. М., 1989; Буреломова И. В., 1986].

В пубертатном возрасте при гипоманиакальных состояниях, с одной стороны, нарастает гневливость, растормаживаются влечения, с другой — падает работоспособность, присоединяются ипохондрические расстройства, рудиментарные сенестопатии.

## Соматизация при тревожных состояниях

При нервно-психических заболеваниях нередко (40%) встречаются тревожные состояния разной степени выраженности. Они характеризуются ожида-

нием воображаемой опасности, неуверенностью, беспокойством, сильным волнением, отрицательным отношением к ситуации, к деятельности. Поведение таких больных становится неадекватным, внимание резко нарушается расстраиваются память и критика, замедляется или ускоряется процесс мышления, страдают выдержка и самоконтроль.

Тревожные расстройства характеризуются глубокой и устойчивой тревогой (генерализованное тревожное расстройство), часто доходящей до паники (паническое расстройство), боязнью выйти из дома (агорафобия), боязнью определенных ситуаций или объектов (специфические фобии), публичного выступления (социальные фобии), непроизвольным и устойчивым возникновением каких-либо мыслей, желаний, побуждений или действий (обсессивно-компульсивное расстройство) [Kaplan H. I., 1996].

Наряду с симптомами психического уровня появляются разнообразные психомоторные нарушения, вегетативные реакции в форме тремора, гипергидроза, бледности или гиперемии, мышечных подергиваний [Попов Х., 1986].

По W. Poldinger (1970), любой синдром страха складывается из трех групп симптомов: психопатологических, психомоторных и вегетативных. В руководстве H. I. Kaplan (1996) также приводится перечень соматических симптомов, наблюдающихся при тревожных расстройствах и показывающий, что телесные и психические проявления находятся в неразрывной связи. К ним относятся: дрожание тела и конечностей, боли в голове и спине, расстройства дыхания (нехватка воздуха, удушье, гипервентиляция), тахикардии, боль или дискомфорт за грудиной, потливость, похолодание конечностей, диарея, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, затруднения при глотании, нарушения сна, понижение либидо, тошнота и другие желудочно-кишечные расстройства, жар, озноб.

Тревога (из-за почти постоянного сочетания с соматическими проявлениями) часто оказывается причиной обращения к терапевту или педиатру. Особенно это касается больных с паническими расстройствами, частота которых в популяции составляет 2—5% [Herman J. B. et al., 1988]. Обычно пациенты жалуются на интенсивный страх, боли или дискомфорт в груди, сердцебиение, тахикардию, диспепсию, головную боль, головокружение, расстройство ритма дыхания, обмороки, потливость, ощущение жара или холода, парестезии. У них могут быть также страх смерти, чаще всего от сердечного заболевания, явления деперсонализации, боязнь замкнутого пространства.

Детский страх всегда связан с соматическими симптомами, возникает одновременно с ними и обусловливает такое состояние, в котором ребенок воспринимает конкретную ситуацию как непосредственную угрозу для своего существования [Abegg W., 1977]. При этом у детей, страдающих врожденной или приобретенной нервностью, повышена готовность к переживанию страхов, а сам страх более интенсивен и сопровождается вегетативными и соматическими расстройствами. Повторные переживания страхов могут привести к нарушению общего состояния, особенно к расстройствам сна и аппетита. В препубертатном возрасте страх часто является ядром многих невротических состояний и при этом охватывает ограниченную область либо психичес-

ких переживаний, либо висцеровегетативных функций. Легкость возникновения нейровегетативных проявлений у детей связана с быстрой и легкой иррадиацией нервных процессов из высших сфер в висцеральные области — особенность, которая с возрастом ослабевает, сохраняясь лишь у истерических личностей [ХристозовХ., 1980]. H. E. Alessi, J. Maqen (1988) из 136 госпитализированных в психиатрическую клинику детей у 5,15% обнаружили панические расстройства. У них были тревога отрыва от близких, страх смерти, депрессия, агрессия, нарушение внимания, оппозиционные расстройства, дистимия. Среди соматических расстройств отмечались тремор, удушье, сердцебиение, головокружение, боль и неприятные ощущения в грудной клетке, обмороки, парестезии.

Наибольшее количество соматических жалоб обнаруживают у детей с соматизированным заболеванием, психозом и тревогой отделения от близких. С тревогой отделения достоверно связаны боль в животе и сердцебиение. При этом у девочек отмечали больше соматических симптомов, чем у мальчиков [Livingstone R. et al., 1988]. По сравнению с депрессивными детьми, дети с тревогой склонны к преувеличению своих симптомов [Stavrakaki, Vardo B., 1986].

У детей выделяют также тревожные расстройства, существенной чертой которых является необычная обеспокоенность не только в ситуациях, идентифицируемых с недавними переживаниями, но и при более широком круге обстоятельств. Дети с этими расстройствами беспокоятся о своем будущем и озабочены своим прошлым поведением. Они жалуются на обмороки, расстройства ритма дыхания (удушье), головные боли, неуверенность и легкое возникновение душевного беспокойства. Тревога упорно сохраняется продолжительное время и препятствует душевному успокоению. Эти изменения чаще наблюдают у мальчиков, чем у девочек [Francis G., Ollendick T. H., 1987].

При неврозе страха и других невротических расстройствах с переживанием тревоги, вне зависимости от содержания переживаний (боязнь смерти, утраты родителей, страха транспортных средств или животных) обнаруживаются соматические проявления: анорексия, тошнота, боли в животе, понос, рвота, головная боль, учащение мочеиспускания, потливость, затрудненное дыхание, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца [Barker Ph., 1974].

Старшие дети и подростки, фиксируясь на своих переживаниях, часто жалуются на ощущения остановки сердца, удушья, затрудненное глотание; утверждают, что они тяжело больны; опасаются близкой смерти, требуют внимания к своему здоровью, просят немедленно показать их врачу [Ковалев В. В., 1995]. Страх или убежденность в своем соматическом заболевании так обычны при тревожных состояниях, что заставляют считать ипохондрию их существенной чертой.

Возникновение соматизации при тревожных расстройствах объясняют такими облегчающими факторами, как улучшение осознавания и избирательного внимания к телесным ощущениям, пугающая информация, возрастание уровня возбудимости вегетативной системы, пессимистическая оценка своего здоровья [Lipowski Z. J., 1988].

Биологический подход к анализу тревоги позволяет понять, с одной стороны, механизм ее возникновения, а с другой — появление соматических расстройств. В частности, панические расстройства, являясь наследственными могут возникать в определенной ситуации или спонтанно. Благодаря адренергической сверхактивности, возникает десенситизация сердечного ответа на β-адренергическую стимуляцию и сверхактивность — на $L_2$-стимуляцию. Предрасполагают к этим тревожным расстройствам метаболические нарушения в области парагиппокампальной извилины, а также сверхактивность норадренергических систем, особенно в locus coeruleus [Teicher M. H., 1988].

## Соматизация при истерических расстройствах

При истерических состояниях разрешение аффекта происходит посредством конверсионного механизма — психологические конфликты трансформируются в соматоневрологические проявления. Доказательством существования процесса конверсии может быть провокация симптомов под действием психологического стресса и наличие первичной или вторичной выгоды существования симптомов. Конверсионные расстройства довольно распространены, их наблюдают у 1—2% женщин общей популяции, у 33% женщин, поступивших в соматическую больницу, и у 46% женщин, страдающих хроническими соматическими заболеваниями [Смулевич А. Б. и др., 1984].

Соматизированные расстройства часто встречаются при истерических состояниях у детей. Распространенность последних составляет 12% от всех психогений, наблюдаемых в детском возрасте [Горохов В. И., 1982]. У девочек в 3,3 раза чаще, чем у мальчиков [Захаров А. И., 1988]. В раннем возрасте число истерических синдромов у детей составляет 13% от общего количества невротических расстройств. В препубертатном и пубертатном периодах среди расстройств невротического уровня возрастает удельный вес ипохондрических, дисморфофобических и истерических расстройств [Козловская Г. В., Лебедев С. В., 1981].

Возникновению конверсионных расстройств способствуют конституциональные особенности истерической личности, механизмы подражания близким больным людям, аутоимитации перенесенных истинных соматических заболеваний. Однако конверсионные симптомы могут наблюдаться не только при истерии, но и при других соматических, неврологических и психических заболеваниях: шизофрении, опухолях мозга, рассеянном склерозе, тиреотоксикозе, менингите и др.

Среди соматических симптомов при истерических реакциях Е. Е. Сканави (1962) описывает рвоту, нарушение глотания, дыхания, кашель, задержку мочеиспускания, гиперестезию, обмороки. В. Я. Семке (1971) и В. И. Гарбузов (1977), систематизируя соматические расстройства при истерии у детей, подчеркивают их возрастные различия. Так, на первом году жизни наблюдаются психомоторный регресс, энурез, энкопрез. У детей 1-7 лет симптоматика более разнообразна: удушье, расстройства сна, анорексия, рвота и др.

у старших детей и подростков наряду с энурезом, энкопрезом, нарушениями сна, головными болями можно наблюдать почти все известные симптомы и синдромы (нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, сердечной деятельности). Соматовегетативные расстройства у детей чаще оказываются истерическими проявлениями [Белов В. П., 1974].

Г. Е. Сухарева (1940), Т. П. Симеон (1948), В. В. Ковалев (1995) указывают на то, что при психических заболеваниях у детей вероятность появления соматических нарушений и их выраженность тем больше, чем младше ребенок. Этим подчеркивается важный для диагностики факт сочетания душевных и телесных расстройств при нервно-психической патологии детского возраста.

## Варианты психосоматического балансирования при психотических расстройствах у детей и подростков

В нашей клинике Н. В. Александрова и М. Ю. Мартынова проанализировали 5131 историю болезни детей, поступивших за последние 5 лет в детскую психиатрическую больницу (Санкт-Петербург). Выявлено 45 больных с психозами (от 9 до 15 лет), у которых были соматические расстройства, относящиеся к «психосоматическим».

В нескольких случаях у одного и того же ребенка отмечалось сочетание соматических расстройств: нейродермита с бронхиальной астмой, бронхиальной астмы с гастродуоденитом, вегетососудистой дистонии с пищевой аллергией. Как правило, соматические расстройства возникали за несколько лет до появления психоза, в среднем, не менее, чем за 2 года, часто значительно раньше. Исключение составили 2 случая нетоксического зоба, обнаруженного одновременно с психотическими расстройствами, и 1 случай сахарного диабета, который был диагностирован спустя 5 лет после начала психоза. У 16 детей психосоматические расстройства возникли в дошкольном возрасте, у большинства больных они обнаруживались лишь в препубертатном и пубертатном возрастах.

В 30 случаях, когда психоз возникал спустя несколько лет после соматической болезни, предполагалось независимое сосуществование психотической и соматической патологии. В таких случаях появившаяся психопатология не меняет течения соматических расстройств.

У 15 больных констатирована зависимость между психозом и соматическими нарушениями. Так, у двух девочек-подростков с аффективным психозом, имевших депрессивные переживания в одном случае и тревожно-ипохондрические — в другом, отмечен нейродермит. У обеих больных при улучшении их психического состояния уменьшалась распространенность и выраженность нейродермита. Такой же параллелизм с нейродермитом отмечен у 13-летней девочки с экзогенно-органическим психозом, проявлявшимся синдромом расстроенного сознания. При успешном лечении психоза наблюдалось разительное улучшение кожного поражения. Аналогичный положи-

тельный эффект под влиянием антипсихотического лечения бредового синдрома шизофренического генеза был отмечен у трех мальчиков, страдавших одновременно нейродермитом, а в одном случае — еще и язвенной болезнью желудка.

У нескольких детей психоз возникал одновременно или провоцировал ухудшение соматического расстройства. У двух девочек 14 лет с возникновением галлюцинаторно-бредовых переживаний, диагностированных в рамках шизофрении, протекавшей на органически осложненной «почве», одновременно был обнаружен нетоксический зоб. У двух мальчиков с началом шизофрении, в клинической картине которой преобладала негативная симптоматика в одном случае и бредовая — в другом, совпало учащение и утяжеление приступов бронхиальной астмы. В одном из случаев ухудшение состояния больного сочеталось с появлением ипохондрических переживаний, центрировавшихся на соматических симптомах, что и осложнило клинику тревожно-бредового синдрома при шизофрении.

Только у 4 больных можно было предполагать психосоматическое балансирование [Baruk H., 1959]. У одной больной, страдавшей шизофренией, при эффективном назначении антипсихотической терапии наступало ухудшение астматического бронхита. Удругого больного, также с шизофренией, при ухудшении ее течения отмечалось значительное улучшение астматического бронхита. У двух мальчиков, страдавших непрерывнотекущей шизофренией с преобладающей негативной симптоматикой, язвенная болезнь желудка и гастрит обострялись при улучшении психического состояния. Изучение нашим сотрудником Б. Г. Фроловым 511 подростков позволило выявить 29 больных (16—18 лет), у которых психопатия и наркомания, олигофрения, эпилепсия, шизофрения и другие психозы сочетались с нейродермитом, вегетососудистой дистонией, гастродуоденитом и язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмой. Преобладающим типом взаимоотношений психической и соматической патологии у этих подростков оказалось уменьшение выраженности соматических расстройств при присоединении или обострении психического заболевания.

Таким образом, только у 7% из всех поступивших в детскую психиатрическую больницу за последние 5 лет детей оказалось сочетание психотических расстройств и соматического заболевания. Изучение этих больных привело к выводу о том, что наряду с наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам, своеобразием личности, микросоциальными трудностями у них обнаруживается сочетание дизонтогений (наследственной или приобретенной мозговой неполноценности) со значительной соматической отягощенностью (частые или продолжающиеся длительно заболевания). Это значительно нарушает нейродинамику и приводит к слабости механизмов защиты при неблагоприятных ситуациях.

У большинства наблюдавшихся детей наиболее часто отмечены независимые отношения между психической и соматической патологией. Такая независимость отражает высокую наследственную предрасположенность как к определенным психосоматическим расстройствам, так и к психозу. Действи-

хельно, наследственная отягощенность психосоматическими заболеваниями колеблется от 60 до 90%. Однако отсутствие связей между соматическими расстройствами и развивающимся спустя годы психозом может быть лишь кажущимся. Возникновение психических расстройств способно определяться не только генетической предрасположенностью (например, к шизофрении), но и провоцируется и подготавливается теми же нейродинамическими механизмами, которые лежат в основе психосоматического заболевания. Эти механизмы, запускаемые стрессом, реализуются вегетативной нервной системой и эндокринной системой и способны вызвать значительные аффективные сдвиги, провоцируя развитие психических нарушений.

Одновременное улучшение психического и соматического состояния под влиянием успешного антипсихотического лечения, по-видимому, может быть объяснено наличием общих патогенетических звеньев, лежащих в основе как душевных, так и физических расстройств. Сочетанное появление психотических и соматических симптомов может быть связано с возможными врожденными физическими дефектами.

Ухудшение соматического состояния наряду с утяжелением или возникновением психоза позволяет предположить нарушения компенсаторных механизмов биологической, а возможно, и психологической защиты.

По данным психиатрической клиники для взрослых, психосоматическое балансирование наблюдали почти в '/з случаев [СорокинаТ. Т., Евсегнеев Р. А., 1986]. В наших наблюдениях психосоматическое балансирование у детей отмечено лишь в 11 % случаев и более часто — у подростков. Причина такого возрастного различия еще недостаточно ясна. Возможно, у взрослых явление психического балансирования встречается чаще в связи с более совершенными механизмами защиты организма и личности.

## ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Боль — комплекс психофизиологических проявлений, состоящих из когнитивных, нейрохимических, сенсорных, аффективных и мотивационных компонентов, которые действуют одновременно, вызывая восприятие различной степени интенсивности и различные реакции у разных индивидов и в разных социально-средовых условиях [Varni J. W., 1981].

Рецидивирующие боли относят к соматоформным расстройствам. Для их обозначения используют различные термины: «соматоформные болевые расстройства», «алгопатии», «хронические алгические расстройства», «хронический болевой синдром». Под названием «хроническое соматоформное болевое расстройство» этот синдром в 1992 году был закодирован в рубрике F45,4 раздела «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» в Международной классификации болезней (МКБ-10). Приводим определение этого расстройства. Ведущей жалобой является постоянная, тя-

желая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами. Происхождение хронического болевого синдрома связывают с одним из вариантов психогенно спровоцированных соматизированных истероконверсионных нарушений, либо с расстройствами аффективного спектра, либо с соматоформными болевыми расстройствами. Последние не всегда обнаруживают отчетливую связь с психотравмирующими обстоятельствами и отличаются локальностью и изолированностью. Хронические алгические расстройства среди посещающих кабинет по лечению неврозов составляют 25% [СмулевичА. Б. идр., 1992]. По B. Lubah-Plozzaetal. (1994), наряду с мигренью и головными болями, связанными с напряжением, алгические расстройства могут встречаться в следующих случаях.

1. При психосоматических реакциях на острую психотравмирующую ситуацию или конфликт. Это головные боли после особенно волнующих событий или тягостных переживаний, замещающие обиду, враждебность и гнев.
2. В рамках нарушений личностного развития. В одних случаях это — простые аномалии душевного развития, при которых конфликты осознаются. В других случаях — аномалии душевного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное. Примерами могут быть невротические нарушения развития или психосоматические заболевания.
3. У психопатических личностей возникают во время дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях.
4. Как психосоматические симптомы при эндогенных психозах: сенестетические ощущения при шизофрении или психосоматические при депрессии.

Невротические механизмы могут быть основными в происхождении алгических явлений. Изучение жизненных обстоятельств больных с этим синдромом позволяет установить связь между возникновением головных болей и психотравмирующими обстоятельствами. Психосоматический подход пытается придать какое-то значение симптому головной боли вне зависимости от ее причины. Так, головная боль может означать затруднения мышления. У больных с головными болями часто встречаются тревожность, повышенное честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и, вследствие этого, хронические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями. Это может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности (конфликт между желанием и умением больного).

### Особенности переживания болевого синдрома детьми

Дети описывают свою боль, характеризуя ее качество словами «тупая», «острая», «обжигающая», или указывают место появления, продолжительность и

степень переносимости. Словесное определение боли детьми зависит от опыта и обучения в определенной среде; происходит от характеристики болезненного переживания; вторичных терминов, описывающих ее свойства (пронзающая, жгучая); третичных определений, уточняющих субъективное болевое переживание (глубокая, интенсивная, терпимая, подавляющая) [Fabrega H,, fyma S., 1976]. Сам термин «боль» обозначает абстрактное понятие, характеризующее множественность ощущений различного происхождения и находящееся в зависимости от культурных и социальных факторов. Исторически слово боль несет в себе понятия страдания и наказания, а нейрофизиологический его смысл связывают еще и с вредоносным воздействием на ткани тела. Для маленьких детей само слово боль может не иметь значения, придаваемого ему старшими детьми.

В большинстве случаев в педиатрической практике отличить острую боль от хронической не представляет труда. Однако существуют заболевания, при которых определение степени остроты боли особенно важно, так как может облегчить диагностику и лечение. Острая боль обычно сигнализирует о каких-то повреждениях и играет роль защитного механизма. Переживание боли состоит из двух компонентов: ощущений и реакции на них. Реактивную составляющую боли представляет страх, который может изменять болевые ощущения и при острой боли часто усиливает их. При хронической боли компонент страха выражен значительно меньше, так как пациент уже адаптировался к боли. Пациент с хронической болью характеризуется своеобразным поведением, депрессивным настроением или снижением активности. Хронические болевые реакции подкрепляются вне зависимости от вредоносности факторов, вызывающих боль. Фактически хронические болевые реакции могут стать полностью независимыми от определяющей их патологии и существовать даже тогда, когда патогенный фактор уже ликвидирован. Это контрастирует с острой болевой реакцией, которая более тесно связана с определяющей ее патологией.

**У детей выделяют 4 группы болевых синдромов:**

1) синдромы, связанные с физическими повреждениями и травмами (ожоги, переломы);
2) синдромы, связанные с заболеваниями (гемофилия, артриты);
3) боли, не вызванные ни заболеваниями, ни физическими повреждениями (хронический абдоминальный синдром, головные боли напряжения и др.);
4) боли, вызываемые медицинскими процедурами (спинномозговые пункции, хирургические операции, отсасывание костного мозга).

Хронический абдоминальный синдром, головную и поясничную боль изучали в течение 8 лет у 18 162 школьников (6-19 лет). Головная боль выявлена У 20,6%, хроническая абдоминальная боль у 14,4%, поясничные или «ростовые боли» у 15,5% обследованных детей. При этом у девочек эти болевые синдромы встречались чаще [OsterJ., 1972].

Катамнестическое обследование взрослых, страдавших хроническим абдоминальным синдромом в детстве, показало, что у 53% из них имеется синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, гастрит, понос, запор и метеоризм. У 89% из них эти синдромы были спровоцированы стрессом. В контрольной группе только в 29% случаев были синдромы поражения желудочно-кишечного тракта. Болевые синдромы, локализованные в других органах (головные боли, поясничные боли и гинекологические боли), встречались в основной группе у 32%, а в контрольной группе у 13% обследованных [Cristensen M. F., Mortensen O. 1975]. Хроническая абдоминальная боль чаще (28%) встречается у детей, родители которых страдали этим расстройством, в отличие от детей из контрольной группы (7%). Эти данные указывают на роль социального обучения и моделирования детьми родительского болевого синдрома.

Оценка болевого синдрома у детей осуществляется не только по словесным жалобам, но и по таким невербальным признакам, как искаженная мимика, компенсирующая поза, скованные движения, хромота и отсутствие поведения, свойственного возрасту; приходится учитывать влияние среды, лечения и перенесенных ранее болевых синдромов. Для оценки жалоб детей на боль существуют специальные опросники и рейтинговые шкалы. Так, вопросник McGill, оценивающий болевые переживания, был создан R. Melzak (1975) и рассчитан на три класса вербальных характеристик:

1) сенсорную (временную, пространственную, давление, температуру);
2) аффективную (напряжение, страх);
3) оценочную (рейтинг субъективной оценки).

Цель этой методики — дать количественное определение боли, с тем, чтобы по этому показателю судить об эффективности лечения. Однако словесная характеристика болевого синдрома слишком ограничена, чтобы больной мог оценить свое переживание в полном объеме. Субъективное переживание боли не обязательно соответствует тяжести процесса. Более того, в некоторых случаях боль возникает без явной патологии. Диагностика болевых синдромов требует участия разных специалистов, так как происхождение боли очень разнообразно. У ребенка боль может появиться в том случае, когда он поймет, что она поможет ему избежать, например, экзамена. Повторное появление боли, освобождающей от неприятных ситуаций в школе, приведет к возникновению самоподдерживающего цикла, который позволит ребенку не посещать учебное заведение.

**Головная боль** — одна из наиболее часто встречающихся жалоб у детей. Распространенность головных болей у детей — от 5 до 33% [Веснина В. А., Пикулин С. Д., 1978]. Примерно до $^{3}/_{4}$ этого числа приходится на мигрень. Происхождение последней понимают как комплекс гемодинамических нарушений. Однако мигрень — скорее всего полиэтиологичное заболевание, в происхождении которого играют роль эндогенные и экзогенные факторы (например, перинатальные) [Громова Л. Л., 1984]. У 35% детей с синдромом вегетативной дистонии отмечены цефалгии [Талицкая О. Е., Шварков С. Б.,

1999], наблюдается также головная боль вазомоторного происхождения. Головная боль может быть симптомом черепно-мозговой травмы, опухоли мозга или разрыва внутричерепной аневризмы. Нередко причиной головной боли становятся нарушения рефракции или другая патология глаз. Хроническая головная боль может быть связана с запорами, поражениями печени и почек, глистной инвазией, проявлением эндогенных депрессий или депрессий другого происхождения [Nissen G., 1973; Мамцева В. Н., 1989]. Пароксизмальная головная боль может быть эпилептическим эквивалентом. Умственное и физическое напряжение способны вызывать цефалгии, так же как шум, голод и неблагоприятные метеорологические факторы. В большинстве случаев головные боли являются следствием стрессов, вызванных неблагоприятными обстоятельствами жизни, с которыми личность не в состоянии справиться. В то же время эмоциональные стрессы иногда являются пусковыми механизмами при функциональных и органических заболеваниях. У 136 из 150 обследованных детей с алгическими расстройствами были обнаружены цефалгии. У 54,4% пациентов они были незначительно выраженными, описывались как давление изнутри в височных, лобных и затылочных областях. Болевым ощущениям было свойственно постоянство или почти неочерченная эпизодичность, иногда с не очень сильным головокружением, тошнотой, редко с рвотой, приносящей облегчение. Большей части детей было трудно определить качество головной боли: «болит голова», «давит в висках», «просто болит». 35,3% детей страдали более выраженными, но менее продолжительными периодически повторяющимися головными болями. Головные боли часто сопровождались тошнотой, иногда рвотой, а также головокружением продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Дети их описывали образно: «сдавливает мозг», «как тесто мнет», «болит как рана», «режет как ножом». У 10,3% больных головные боли имели характер явного приступа мигрени. Болевые ощущения провоцировались интеллектуальным и (или) физическим напряжением, изменением погоды, а также психотравмирующими обстоятельствами и колебаниями настроения. Средний возраст начала головных болей — 9,1 года. У 83,1% этих больных психопатологическая симптоматика определялась депрессией. Преобладали астено-тревожное, тревожное, реже было тревожно-тоскливое и тоскливое настроение [Антропов Ю. Ф., 1999].

**Абдоминальная боль** органического происхождения встречается лишь у 5% детей, тогда как жалобы на боли в животе в связи семейным неблагополучием и неприятностями в школе наблюдаются во много раз чаще. Обследование 1000 детей выявило рецидивирующие боли у 12,3% девочек и у 9,3% мальчиков. Чаще всего жалобы на боли в животе обнаруживают в 9-10 лет [Apley J., 1967]. Частота болей варьирует от 6—7 приступов в течение суток до одного в Неделю или месяц. Продолжительность приступа составляет 5—30 мин, но иногда он длится часами. Обычно болевой приступ — прямое следствие неблагоприятных обстоятельств. Выраженность болей средняя или легкая. Боли чаще начинаются постепенно. Болевой синдром может сочетаться с тошнотой, рвотой, бледностью, слабостью, головокружением. Ребенку, как прави-

ло, трудно локализовать боли, но изменения болезненности он отмечает правильно. Диагностика рецидивирующих болей в животе психогенного происхождения требует не только констатации отсутствия органического поражения, но и установления причины заболевания. Иногда причину болей выявить не удается. В таких случаях приходится проводить дифференциальный диагноз с болезнями желудочно-кишечного тракта органического происхождения Неправильное распознавание причины абдоминальных болей приводит к неоправданным хирургическим операциям. Это было обнаружено в 20% случаев при длительном наблюдении 161 ребенка [Stickler G. B., Murphy D., 1979].

**Рецидивирующие боли в конечностях.** Происхождение болей в конечностях различно — это и быстрый рост (так называемые «ростовые боли»), и ревматические или ревматоидные заболевания, и растяжение, и эмоциональный стресс, и ортопедические дефекты, и миофасциальный болевой синдром. У 14 детей, наблюдавшихся Ю. Ф.Антроповым, отмечались боли в нижних конечностях и редко в позвоночнике и верхних конечностях. Обычно они имели характер миалгий, которые были длительными, достаточно выраженными и нарушали двигательные функции. Реже наблюдались болевые проявления, характеризовавшиеся как неприятные ощущения, покалывающие, колющие, сдавливающие, скручивающие боли в вечернее время, перед сном. Иногда миалгий сочетались с артралгиями, при этом изменения суставов были незначительными. Алгические симптомы обычно отмечались в младшем школьном и среднем подростковом возрастах. Средний возраст первого появления болей в конечностях — 6,6 лет. У всех больных алгические симптомы были на фоне субдепрессии, сочетавшейся с астеническими и тревожными проявлениями.

## Особенности детей, страдающих алгическими расстройствами

Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко (1999) у 150 детей изучал алгические проявления психосоматического происхождения, продолжавшиеся в среднем 2,6 года. У 4% детей боли возникли до 5-летного возраста. Почти у половины детей они были выявлены в возрасте от 5 до 10 лет. У 98% больных отмечена резидуально-органическая неполноценность; акцентуации черт характера — у 85% детей. Наиболее часто это были эмоциональная лабильность, истерические, лабильно-истерические, реже — сенситивные и совсем редко — эпилептоидные и психастенические черты. Наследственность больных была отягощена нервно-психическими расстройствами (10%), психосоматическими заболеваниями (30,7%), патологическими чертами характера (86%), в том числе тревожной мнительностью, аффективной возбудимостью, эпилептоидностью, истероидностью.

У всех исследованных 150 детей алгические симптомы возникали на фоне депрессии невротического уровня. Происхождение депрессивных проявлений было в 67,3% случаев психогенным, в 45% соматогенным и лишь в 2,6% эндогенным. У подавляющего большинства больных наряду с различными проявлениями гипотимии были астения и тревога.

Глава 13

# СОМАТОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Традиционно изучение соматогенных нервно-психических расстройств у детей проводили в психиатрических клиниках. В связи с этим анализу подвергали, как правило, выраженные психические расстройства с затяжным или периодическим течением. Значительно реже описывали случаи кратковременных расстройств, не требовавшие госпитализации в психиатрические стационары. В последние десятилетия выраженные и особенно тяжелые формы соматогенных психических нарушений у детей стали редкостью. В то же время участились случаи неразвернутых, субпсихотических, неврозоподобных, эндоформных расстройств. Необходимость предупреждения и лечения психических нарушений и связанных с ними осложнений требует изменить подходы к изучению достаточно распространенной соматогенной психопатологии.

С начала 1980-х годов мы исследовали нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях у детей. Работа проводилась, как правило, с больными, обратившимися в детскую поликлинику или находившимися на лечении в детских соматических стационарах и санаториях. Это позволило выявить весь спектр нервно-психической симптоматики: от начальных проявлений до выраженных психотических нарушений.

В результате изучения неглубоких психических нарушений было показано, что симптомы нервно-психических расстройств в подавляющем большинстве случаев сочетаются с личностными реакциями на соматическое заболевание. Эти реакции зависят от особенностей личности, возраста, пола и тем явственнее, чем менее выражена и тяжела психопатологическая симптоматика.

Для изучения личностного реагирования проводился анализ внутренней картины болезни (ВКБ), для чего были разработаны специальные методические приемы. Они позволили оценить роль интеллектуального уровня знаний о здоровье и болезни, опыта перенесенных страданий, преобладающих эмоциональных отношений родителей ребенка к болезни и восприятия ее пациентом.

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

К соматогенным относятся нервно-психические расстройства, связанные с экзогенными факторами: инфекционными болезнями, интоксикациями травматическими поражениями мозга. Предполагают, что экзогенные расстройства возникают вследствие действия внешних причин, а эндогенные — благодаря развертыванию внутренних механизмов, реализации наследственного предрасположения. На самом деле между «чистыми» эндогенными и экзогенными расстройствами существуют переходы: от состояний с выраженным предрасположением, легко провоцируемым незначительным внешним воздействием, до неуловимой предрасположенности, когда этиологическим фактором оказывается мощная экзогения.

О распространенности экзогенных психических расстройств можно судить по данным В. И. Горохова (1982). Среди наблюдавшихся им больных у 10% были экзогенно-органические заболевания. Причиной их в 24% случаев послужили травмы головы, в 11% — менингиты, энцефалиты, в 8% — соматические и инфекционные заболевания, в 45% — сочетания перечисленных.

Среди этиологических факторов инфекционных психозов отмечены: грипп, пневмония, корь, скарлатина, кишечные инфекции, малярия, гепатит, ангина, тонзиллит, ветряная оспа, отит, ОРЗ, краснуха, герпес, полиомиелит, коклюш. Нейроинфекции вызывают психические расстройства при менингитах, энцефалитах (менингококковый, паротитный, туберкулезный, клещевой, энтеровирусный и др.), бешенстве. Возможны также вторичные энцефалиты при гриппе, пневмонии, кори, сыпном тифе, дизентерии, малярии, ветряной оспе и после вакцинации. Острые психозы могут возникать при ревматизме, красной волчанке, склеродермии, узелковом периартериите. Встречаются нервно-психические расстройства, осложняющие заболевания почек, эндокринных желез, крови, пороки сердца. Описаны нарушения психики, обусловленные трициклическими антидепрессантами, барбитуратами, антихолинергическими препаратами, бензином, растворителями, алкоголем, ацетилсалициловой кислотой, кортикостероидами, марганцем. Травматические поражения мозга (сотрясения, ушибы и, реже, открытые травмы) также могут оказаться причиной острых психических нарушений.

Связать возникновение обсуждаемых расстройств с одной-единственной причиной очень трудно. «Нельзя выделять один главный фактор, и тем более единственный, и свести к нему этиологию явления». (Давыдовский И. В., 1962).

Экзогенному психическому расстройству обычно предшествует воздействие факторов, ослабляющих организм, снижающих его реактивность. К ним относят особенности конституции, иммунной реактивности, повышенную ранимость определенных, например диэнцефальных, отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, перенесенные воспалительные или травматические повреждения мозга, многочисленные соматические заболевания, тяжелые моральные потрясения, перенапряжения, интоксикации, хирургические операции.

Особенности воздействия экзогенного «причинного фактора» определяются его силой, темпом воздействия, качеством и особенностями взаимодействия предрасполагающих и производящих причин. По данным Б. Я. Первомайского (1977), могут возникнуть 3 типа взаимодействия организма и инфекции. При первом из них из-за высокой вирулентности инфекции и реактивности организма для возникновения психических расстройств нет условий. При затянувшейся инфекционной болезни (второй тип) возможность развития психических расстройств будет зависеть от дополнительных факторов. В этом случае правильный уход, диета, лечение, борьба с осложнениями инфекционного процесса (например, с обезвоживанием) оказываются решающими. Третий тип характеризуется невысокой реактивностью и недостаточностью терморегулирующей системы. При этом пирогены действуют не только на гипоталамус, но и на кору головного мозга. Возникающее охранительное торможение является защитой организма, и психические расстройства, в которых оно проявляется, играют определенную положительную роль.

При рассмотрении патогенеза экзогенных нервно-психических расстройств учитывают значение церебральной гипоксии, ацидоза, аллергии, нарушения мозгового метаболизма, а также изменение водноэлектролитного баланса, гипопротеинемию, нарушение кислотно-основного состояния ликвора и крови, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, нарушение ликворообращения, сосудистые и дисциркуляторные изменения, отек мозга, дистрофические процессы в нервных клетках.

Острые психозы с помрачением сознания возникают при воздействии интенсивных, но непродолжительно действующих вредностей, в то время как протрагированные психозы, приближающиеся по клиническим проявлениям к эндогенным, развиваются при длительном воздействии фактора с более слабой интенсивностью [Тиганов А. С, 1978].

В связи со сходством развития экзогенных психических расстройств, а также из-за недостаточности наших знаний для понимания патогенеза можно использовать данные по инфекционным психическим нарушениям.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

### Начальные признаки нервно-психических расстройств и препсихотические симптомы экзогенного происхождения

**Нарушения сна:**

- □ затруднения засыпания, беспокойный сон;
- □ снохождение (поднимается, встает, ходит во сне);
- □ сноговорение (что-то бормочет, произносит членораздельные фразы во сне);
- □ кошмарные сновидения;

- ночные страхи (просыпается, кричит, с испуганным лицом пытается бежать);
- бессонница;
- сонливость.

**Астенические явления:**
- головная боль;
- чувство разбитости;
- непереносимость внешних раздражителей (громких звуков, яркого освещения);
- плаксивость;
- капризность;
- повышенная эмоциональная возбудимость;
- легкая истощаемость аффекта;
- быстрые переходы от слез к радости и наоборот;
- чувство внутреннего беспокойства;
- повышенная утомляемость при физической и психической нагрузке;
- ослабление «памяти»;
- расстройство внимания (затруднение сосредоточения, легкость отвлечения, сужение объема внимания).

**Эмоциональные расстройства:**
- пугливость;
- страхи;
- тревожность;
- дистимии;
- недовольное раздражительное состояние;
- благодушие;
- эйфория (чувство довольства, радости);
- экзальтация (чрезмерная восторженность);
- депримированность (стойкое сниженное настроение);
- апатия (безразличие).

**Расстройства произвольной деятельности:**
- снижение активности (двигательной, игровой) до ее полного исчезновения («ничего не хочу делать», «буду лежать»);
- разные степени двигательной расторможенности (от суетливости до двигательного беспокойства).

**Идеаторные нарушения:**
- подозрительность;
- ипохондричность (преувеличение имеющихся страданий);
- легкость возникновения навязчивых и сверхценных идей («вредят, пугают, обижают, бросают родители»).

**Расстройства восприятия:**

- □ иллюзорное восприятие окружающих предметов и явлений, в том числе фантастическое усложнение реальных узоров (обоев, ковров и т. д.);
- □ галлюцинации при засыпании, пробуждении, в бодрствующем состоянии (устрашающие видения, пугающие звуки и шепот, неприятные прикосновения);
- □ психосенсорные расстройства — искаженное восприятие величины, формы, количества реальных предметов или их частей («удвоение игрушки», «мама маленькая», «стенки шкафа перекосило»), расстройства схемы тела («язык не помещается во рту», «голова распухла», «ножки длинные»);
- □ оптико-вестибулярные расстройства («пол качается», «стены рушатся», «потолок падает»);
- □ деперсонализация («все вижу как в тумане, как во сне, иначе», «исчезли чувства, потеряли остроту, притупились», «как будто совсем не сплю»);
- □ сенестопатии — мурашки, покалывания, онемения и др.

**Расстройства сознания:**

- □ легкие степени оглушенности (затруднения понимания обращенной речи и формулирования собственных переживаний, односложность ответов после паузы, неточность ориентировки);
- □ субделириозные состояния (кратковременные эпизоды страхов, тревожности, сочетающихся с расстройствами восприятия и двигательным беспокойством).

**Пароксизмальные проявления:**

- □ приступы тонических мышечных сокращений и клонических судорог с потерей сознания;
- □ приступы вздрагивания конечностей или всего тела с изменением или без изменения сознания.

Перечисленные нервно-психические нарушения завершаются обычно легкими астеническими явлениями и затем выздоровлением, совпадающим или следующим за исчезновением соматических симптомов. Они могут быть мимолетными и ликвидироваться без перехода в другие проявления. Наконец, возможен менее благоприятный исход, когда вслед за начальными развертываются симптомы более или менее выраженных психических расстройств. Последние могут быть оформлены в виде нижеследующих синдромов.

## Синдромы соматогенных нервно-психических расстройств

**Оглушение** характеризуется затрудненным восприятием внешних раздражений, отсутствием реакций на тихую речь, появлением лишь ориентировочной реакции на нормальную, при возможности ответов на громко задан-

ные вопросы. На другие раздражители (звук, свет, запахи, прикосновения) больной реагирует также в зависимости от их силы. Мыслительный процесс затруднен, что обнаруживается при оценке как настоящих, так и прошлых событий. Ориентировка в месте и времени расстроена.

**Делирий** проявляется в галлюцинаторном помрачении сознания, в котором преобладают истинные, яркие зрительные, а иногда тактильные и слуховые галлюцинации и иллюзии, образный бред, тревога, двигательное возбуждение, дезориентировка в окружающем и во времени.

**Аментивная спутанность** или чаще встречающаяся **астеническая** спутанность отличаются бессвязностью мышления и речи, растерянностью, аффектом недоумения, крайней отвлекаемостью внимания. При нередко возникающем речевом возбуждении — выкрики из отдельных слов или фраз, восприятие и реакции замедлены. Отмечается нарушение ориентировки не только в месте, времени, но и нередко в собственной личности. Может быть психомоторное возбуждение, иногда сменяющееся заторможенностью, достигающей в некоторых случаях ступора. Разница между аментивной и астенической спутанностью в том, что последняя характеризуется менее глубокой дезориентировкой и временами сменяется более или менее выраженным прояснением сознания, во время которого больной способен сосредоточиться и ответить на некоторые вопросы, с тем, чтобы, истощившись в беседе, опять вернуться в прежнее состояние.

**Эпилептиформное возбуждение** — остро развивающееся расстройство сознания с резким возбуждением и страхом. Больной мечется, убегает от мнимых преследователей, выкрикивает одно и то же, переживает страх, который отражается в его мимике. Возбуждение может внезапно смениться сопорозным сном или спутанностью.

**Острый галлюциноз** — состояние, характеризующееся преобладанием в клинической картине вербальных (словесных) галлюцинаций и сопровождающееся растерянностью, страхом, тревогой. Галлюцинаторные переживания, как правило, усиливаются в ночное время.

**Онейроид** проявляется полной отрешенностью больных от окружающего, впечатляющим содержанием возникающих в воображении сценических переживаний, сказочных фантастических событий. Эти переживания возникают на фоне резкой заторможенности или растерянно-суетливого возбуждения, причем преобладающий аффект может сменяться — от страха, тревоги до экстаза (напряженно переживаемого восторга, блаженства).

**Депрессия,** глубоко сниженное настроение, может сочетаться с заторможенностью течения мыслей, моторных проявлений, с постоянной, усиливающейся к вечеру астеничностью, либо с возбужденностью, тревожностью, многоречивостью и слезливостью.

**Депрессивно-параноидное состояние** выражается сочетанием депрессии с вербальными галлюцинациями, бредовыми идеями, астенией.

Галлюцинаторно-параноидное **состояние** характеризуется бредом преследования, вербальными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями, астенией.

**Апатический ступор** проявляется обездвиженностью, аспонтанностью, чувством апатии, безучастности к происходящему вокруг и к своему собственному состоянию.

**Маниакальное состояние** — веселое настроение, с многоречивостью, чрезмерной активностью, иногда с бредовыми переживаниями, нарушениями сознания.

**Преходящий корсаковский синдром** — расстройство памяти на события настоящего, обманы памяти (конфабуляции и псевдореминисценции), дезориентировка при относительно лучшей сохранности воспоминаний на события прошлого.

**Состояние эмоционально-гиперестетической слабости** отличается астенией, выраженной лабильностью аффекта, непереносимостью даже незначительного эмоционального напряжения, громких звуков, яркого света, утомляемостью, истощаемостью, крайне неустойчивым вниманием, ослабленной памятью. В таком состоянии больные кажутся потерявшими свои знания и навыки, они плохо и с большим трудом соображают, раздражительны, вялы, апатичны или подавлены, отмечаются слабость, нарушение аппетита и сна.

## Особенности психических расстройств при общих нейроинфекциях, травмах мозга

Каждый из представленных выше синдромов может встречаться при любом остром экзогенном психическом расстройстве. Однако необходимо отметить имеющееся своеобразие при некоторых заболеваниях.

Для *гриппозного психоза,* по Г. Е. Сухаревой (1974), характерны синдромы нарушения сна и бодрствования: бессонница, сонливость, извращение ритма сна, эпизодические онейроиды и делирии, а также аффективные нарушения с выраженной эмоциональной гиперестезией (депрессия, тоскливое возбуждение, приступы безотчетного страха, сопровождающиеся болями в области сердца и другими болезненными ощущениями). По нашим наблюдениям, гриппозные психозы проявляются, главным образом, в виде нарушений сознания: астенической или, реже, аментивнои спутанности, и значительно реже в форме онейроида, сноподобного оглушения и делирия, сменяющихся астенией. Наиболее общие особенности этих расстройств сознания — в колебании интенсивности («мерцании»), в содержательности переживаний и близости их личности больного [Исаев Д. Н., 1960].

ПРИМЕР

Больная 10-ти лет. В 2-месячном возрасте была пневмония; в 3 года — корь в тяжелой форме, после чего осталось косоглазие. Перенесла грипп с температурой 39-40 °С; незадолго до болезни узнала, что она «подкидыш». В течение 3 дней на фоне лихорадки отмечался страх, двигательное беспокойство, казалось, что «поднимет палец, и кровать улетит», видела какие-то фигуры, чертей. Они были «черные, полосатые, с противными

мордами, рогами, хвостами и что-то говорили». Головная боль, появившаяся в острый период, продолжалась некоторое время после снижения температуры. Через 7 дней пошла в школу, однако спустя 4 дня вновь появилась головная боль, окружающие предметы стали восприниматься уменьшенными, маленькими были буквы в книге, лицо матери казалось удлиненным, ее глаза превращались в точки. Слышала голоса, которые подгоняли ее: «Быстро, быстро», — особенно когда ей было поручено какое-нибудь дело. Эти слова звучали в ушах то на высоких, то на низких тонах. Голову сжимало, казалось, что она уменьшается в размерах. При длительном рассмотрении предметы уходили вдаль, а затем и вовсе исчезали. Было очень страшно. В это время усилилось косоглазие. Понимала свое болезненное состояние, обращалась к врачу за помощью. Будучи в клинике, продолжала посещать класс, была приветливой, исполнительной. Примерно через 7-8 недель исчезли слуховые галлюцинации, а вскоре и психосенсорные расстройства. Еще некоторое время повторялись приступообразные головные боли, длительнее всего сохранялась утомляемость. На рентгенограмме черепа — отложение извести в серповидном отростке твердой мозговой оболочки. ЭЭГ выявила пароксизмальную активность с дисфункцией глубинных структур.

Как видно, больная перенесла делирий, а затем, после светлого промежутка — галлюциноз в сочетании с психосенсорными расстройствами. В раннем детском возрасте был коревой энцефалит, о чем можно предполагать по тяжести заболевания и развившемуся вслед за ним косоглазию. Анамнез ребенка при заболевании тяжелой формой гриппадолжен был мобилизовать врачей на предотвращение повторного поражения ЦНС назначением транквилизаторов, нейролептиков, дезинтоксикационных и дегидратирующих средств. В связи с тем, что эти меры не были приняты, развился психоз, отдаленный прогноз которого не ясен, так как и в клинической картине, и на ЭЭГ имеются данные за органическое поражение мозга.

**Психические нарушения при скарлатине** зависят от стадии заболевания. В продромальном периоде нередки эйфория, возбуждение, затем — оглушенность, сонливость. На высоте заболевания возникают сновидно-делириозные состояния, психосенсорные расстройства («ноги врастают в постель», «тело тяжелое», «голова пустая»). В периоде реконвалесценции отмечаются астенодепрессивные состояния с бредовой настроенностью.

В картинах **психозов при пневмонии** преобладают состояния расстроенного сознания: астеническая спутанность, делириозно-депрессивный синдром в сочетании с оглушением [Боднянская Н. Н., 1973].

При **вирусном гепатите** Б. В. Воронков (1984), обследовав свыше 200 больных детей, обнаружил, что примерно в 10% случаев, наряду с соматическими проявлениями заболевания, дети страдают более или менее выраженными психическими расстройствами. Психические нарушения у одних детей были в форме астении, проявлявшейся вялостью, разбитостью, слабостью, затруднением сосредоточения, утомляемостью, головной болью и головокружениями, снижением игровой активности, нежеланием делать уроки, общаться со сверстниками. Эти нарушения достигали степени астеноапатичсского или астеноадинамического состояний. У других больных отмечались расстройства сна с сонливостью днем, трудностью засыпания, поверхностным, сопровождающимся кошмарами, страхами и сноговорением ночью. У третьей группы

детей наблюдались внутреннее беспокойство, эпизодическая беспричинная тревога, сниженное настроение. У нескольких пациентов были парэйдолии, истинные зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства, оптиковестибулярные нарушения. Нарушения сознания в виде оглушенности отмечены лишь у двух детей. Больные с психическими расстройствами отличаются от тех, у кого гепатит не осложняется ими, тем, что у них в 5 раз чаще обнаруживаются неблагоприятные биологические факторы (патология беременности и родов у матери, тяжелое сотрясение головного мозга), в 6 раз чаще встречаются неблагоприятные микросоциальные условия. У этих больных высокий уровень нейротизма и личностной тревоги, неспособность адекватно вести себя в трудной ситуации встречается в 4-5 раз чаще, чем в контрольной группе. На основании изложенного можно сделать заключение о том, что перечисленные вредности выступают не только в виде провоцирующих, но и внутренних факторов, определяющих течение инфекционного процесса и повышающих вероятность возникновения соматогенных нервно-психических расстройств.

ПРИМЕР

Больная 12-ти лет. Отец злоупотребляет алкоголем, в связи с чем в семье постоянно напряженно-конфликтная обстановка со скандалами и драками. Развивалась без особенностей. Учится посредственно, в школе конфликты с учителями. В преджелтушном периоде у девочки отмечались затруднения засыпания, часто просыпалась ночью, чувствовала себя вялой, разбитой, жаловалась на головную боль, головокружения, отказывалась делать уроки, стремилась днем лечь в постель, однажды при гостях заснула за столом. С развитием желтухи помещена в больницу, где отмечены депримированность, сноговорение, при разглядывании окружающего мелкие предметы (лампочки, розетки) двоились, ощущала, что пол и потолок «качаются».

Описанное состояние можно оценить как психотическое, обусловленное основным заболеванием — гепатитом. Преобладающая симптоматика укладывается в астенодепрессивныи синдром с психосенсорными нарушениями и расстройством сна. Возникновение психических расстройств в данном случае нельзя считать случайностью, так как тревожная личность девочки, истощенная постоянными домашними конфликтами, представляла благоприятную почву для развертывания психоза. Однако можно предположить, что если бы именно эта больная с ее тревожностью и неблагоприятным семейным конфликтом, заболев гепатитом получала психотропное лечение, то психоз мог бы и не развиться.

**Кишечные инфекции** осложняются вначале глубокой астенией, слабостью, вялостью, раздражительностью, затем подавленностью и тревогой, которые на высоте заболевания сочетаются с устрашающими зрительными галлюцинациями (звери, пауки), психосенсорными расстройствами и двигательным беспокойством. При токсической дизентерии преобладает оглушенность, судорожные явления, реже встречаются делирии [Кудрявцева В. П., 1963].

При **кори** в инкубационном периоде встречаются раздражительность, плаксивость, двигательное и речевое возбуждение, в разгаре заболевания — дели-

риозные синдромы с оптико-вестибулярными расстройствами, сенестопатиями с последующим оглушением, в периоде выздоровления — астения, нередко сопровождающаяся утратой приобретенных навыков [Симеон Т. П., Модель М. М., 1952].

В остром периоде полиомиелита может быть астения со страхами, тревогой, сновидными переживаниями, делириозными эпизодами, при энцефалитической форме — разные степени оглушения и психосенсорные расстройства [Галинис В. И., 1962].

**Ревматизм** при первой атаке может проявиться в форме обмороков, висцеро-вегетативных кризов, что связано с нарушением мозгового кровообращения и реакцией диэнцефально-лимбических структур [Доброгаева И. В., 1973]. Дальнейшее его течение знаменуется своеобразным астеническим синдромом, на фоне которого развиваются:

1) моторные расстройства — замедленность, меньшая ловкость движений, подергивания, двигательное беспокойство, насильственные действия;
2) сенсорные расстройства — удвоение окружающих предметов, приближение или удаление их, восприятие цветных шаров, ощущение падения, проваливания, изменение вкусовых ощущений, нарушение восприятия собственного тела (отчуждение рук, ощущение присутствия кого-то рядом);
3) эмоциональные расстройства — раздражительность, вспыльчивость, немотивированная плаксивость, обидчивость, тревожность.

Выраженные ревматические психозы чаще всего оформляются в картине онейроидных или депрессивных синдромов [Осипова Е. А., 1946].

При **энцефалитах и менингитах** особенности психических проявлений определяются типом возбудителя, локализацией его действия (менингеальные оболочки, мозговая ткань), патогенезом (первичные или вторичные энцефалиты), видом патологического процесса (гнойное или серозное воспаление в оболочках мозга, пролиферативные и альтеративные энцефалиты). Примером вторичного энцефалита может быть коревой, при котором в момент завершения высыпания на фоне уже снизившейся температуры тела возникает новое ухудшение — развивается сначала вялость, сонливость с двигательным возбуждением, а затем возможно глубокое помрачение сознания — стопор и даже кома, с гиперкинезами, а у более младших детей и судорогами.

Психические нарушения вследствие **травм мозга** (коммоций, контузий) в начальном периоде выступают в форме нарушений сознания различной глубины — от легкой оглушенности до комы. Обычно прояснение сознания происходит постепенно, и именно в этот период может развиться психоз, характеризующийся сумеречным или делириозным помрачением сознания, астеническим оглушением [Мнухин С. С, 1935; Личко А. Е., 1985]. В менее тяжелых случаях в остром периоде наблюдаются расстройства настроения, тревога, страхи, повышенная истощаемость, иногда адинамия, эмоциональная гиперестезия, головная боль, головокружение, вегетативные нарушения. Обычно при травматических расстройствах нарушения памяти могут высту-

пать в форме корсаковского синдрома, особенно после тяжелых повреждений мозга. При этом у детей отмечается не только неспособность запомнить текущие события, но и отсутствие воспоминаний на значительный период прошлого (ретроградная амнезия).

## Особенности психических расстройств при соматических заболеваниях

В подавляющем большинстве случаев соматогенные психические расстройства выражаются либо в «чистом» астеническом симптомокомплексе, либо на его фоне возникают депрессивные (подавленность, плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость), ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, неверие в выздоровление), истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические (страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие включения.

**Астения,** лежащая в основе этих расстройств, обычно проходит ирритативную, апатическую и атоническую стадии. В первой из них, характеризующейся раздражительностью, тревожностью, могут возникнуть нарушения восприятия: галлюцинации, иллюзии, необычные телесные ощущения, бредовое толкование окружающего и своего состояния, а в наиболее тяжелых случаях — астеническая спутанность или делирий. Для апатической стадии, отличающейся вялостью, равнодушием к своему заболеванию и окружению, бедностью мыслительных процессов, падением активности, более свойственны деперсонализация, менее яркие и чувственные галлюцинации, бредовые идеи и расстройства сознания онейроидного типа или в форме спутанности. Если наступает атоническая стадия, то развивается апатическое состояние, достигающее степени выраженной оглушенности.

Для **эндокринных заболеваний** характерен так называемый психоэндокринный синдром. При нем постепенно нарастают ослабление памяти и интеллекта, расстраиваются инстинктивная деятельность и мотивации, изменяется личность больного в целом. **Гипотиреозу** более свойственны амнестические расстройства в сочетаний с аспонтанностью и равнодушием, **гипертиреозу** — тревожная торопливость, депрессия, боязливое ожидание несчастья, тетании — эпилептиформные нарушения. В случае вовлечения в патологический процесс диэнцефальной области чаще встречаются выраженные психотические расстройства с бредовыми и аффективными синдромами. Картина психозов при **болезни Иценко—Кушинга** напоминает шизофреническую [Целибеев Б. А., 1966].

При **сахарном диабете** в начале заболевания имеют место явления массивного церебрастенического синдрома, за которым может последовать коматозное состояние; с улучшением состояния церебрастения сменяется невроподобными и психопатоподобными расстройствами. В стадии стабилизации

преобладают вегетативные нарушения и диэнцефальные пароксизмы, становится более заметной задержка психического развития [Вечканов В. А., 1973].

Приводим краткую историю болезни, иллюстрирующую трудности диагностики соматогенных психозов (наблюдение Г. К. Поппе).

**ПРИМЕР**

Больная Ч., 14 лет. Раннее развитие благополучное. С 12 лет стала отставать в росте кожа стала сухой, появилась зябкость. Постепенно развились малоподвижность и вялость, ничем не интересовалась, не могла быстро собрать свои вещи. Стала пугливой нерешительной, при приходе гостей пряталась в угол. В 8-м классе пошла в новую школу. Там училась с трудом, стеснялась своего низкого роста, нерасторопности. Лицо стало одутловатым и землистым. Руки были холодными и цианотичными. Появилась утомляемость, ухудшились сон и аппетит. Казалось, что родные недовольны ею, а соседки смеялись: «лентяйка», «сухая», «низкорослая». Девочка почти не выходила на улицу, а когда ее возили к врачам, думала, что родные хотят от нее избавиться. Услышала, как отец сказал: «Убью ее!», а брат: «Отравлю». Не спала до 2-3 часов ночи. Казалось, что окружающие знают ее мысли, повторяют их вслух, смотрят на нее, комментируют ее действия. Была госпитализирована. Элементарно ориентирована. Отвечала тихо, односложно, не сразу. Не запомнила имя врача, дату и первые дни пребывания в больнице. Жаловалась: «все серо», «звуки доходят глухо», «тупость в голове», плохая память. Была заторможена, депрессивна, плаксива. Считала себя низкорослой, сухой, неспособной работать и учиться. Вялая, сонливая, большую часть времени лежала в постели. В классе не могла сложить двузначные числа. При проверке интеллекта производила впечатление умственно отсталой. Был заподозрен гипотиреоз, начато лечение тиреоидином. Больная сразу же стала бодрее, улучшилось настроение, встала с постели. Заявила, что «стала лучше соображать голова». Приступила к занятиям в классе. Однако в это время периодически появлялись «голоса» родных и врачей, говорящие, что она их «убивает». Исчезли зябкость, сухость кожи, запоры. Улучшилось усвоение школьного материала, сначала 7-го, а потом и 8-го классов. Вспомнила пройденную школьную программу. Под влиянием лечения исчезли пастозность лица и ног, сухость кожи и цианоз, нормализовался менструальный цикл, пульс вместо 55 стал 80 уд/мин. Артериальное давление поднялось с 90/50 до 130/75 мм рт. ст. Масса тела увеличилась с 40,5 кг до 44, 5 кг, рост — со 136 см до 143. Через 1 год: регулярно принимает тиреоидин, явлений гипотиреоза нет, успешно учится в швейном училище. Критически оценивает переживания во время болезни.

У больной наряду с остановкой роста и появлением соматических признаков гипотиреоза наблюдались вялость, утомляемость, легкая оглушенность, затрудненность интеллектуальной деятельности и апатическая депрессия. Психотическое состояние, развившееся на этом фоне, следует расценить как тревожно-галлюцинаторный синдром с эпизодическими слуховыми галлюцинациями, с бредовыми трактовками конкретного характера, соответствующими личности и ситуации, со звучанием мыслей и чувством открытости. Течение психотических соматических симптомов и исход заболевания позволили поставить диагноз соматогенного психоза, что подтверждается наличием гипотиреоза и успехом от лечения тиреоидином.

О нервно-психических расстройствах, возникающих при **нарушении менструального цикла** в пубертатном возрасте, известно мало. Б. Е. Микиртумов (1988) у 352 девочек-подростков 11-16 лет обнаружил несколько синдромов,

типичных для этой патологии центральных регулирующих функций гипоталамуса:

1) астеновегетативный,
2) тревожный,
3) тревожно-ипохондрический,
4) обсессивно-фобический,
5) тревожно-обсессивный,
6) депрессивно-ипохондрический,
7) астенодепрессивный,
8) сенестопатически-ипохондрический,
9) депрессивно-дистимический,
10) дисморфофобический,
11) дисморфоманический,
12) синдром страха.

Приводим выписку из истории болезни (наблюдение Б. Е. Микиртумова).

ПРИМЕР

Больная Д., 15 лет. В семье дед, бабушка и два дяди по линии матери страдали хроническим алкоголизмом. Отец — пьяница и скандалист, во время одного из пьяных дебошей сломал больной руку, несмотря на развод с матерью, продолжает жить в той же квартире. Больная в раннем дошкольном возрасте перенесла корь в тяжелой форме. Менархе в 13 лет, с 14 лет во время менструации отмечала головокружения, обмороки, гипергидроз, повышенный аппетит, жар и озноб, частые позывы на мочеиспускание. Активна, общительна, эмоционально лабильна. После домашних ссор считала себя лишней, появились суицидные мысли, уходила из дома, ночевала на лестнице, отказывалась от еды. После случившегося дома пожара по ночам вскакивала, был приступ кашля, обморок, маточное кровотечение, продолжавшееся в течение 1 месяца. Во время всего этого периода сохранялись слабость и раздражительность, было трудно учиться. Постоянно чувствовала тревогу; казалось, что о ней все плохо думают, будто она сделала что-то нехорошее: «На меня смотрят, как на развратную». После пробуждения тревога нередко достигала такой силы, что захватывала ее всю, сковывала; девочка в этот момент стояла у кровати, не могла двигаться. На этом фоне были неоднократные вагоинсулярные кризы.

Тревожное состояние с идеями отношения у этой больной обусловлено той же причиной, что и ювенильное кровотечение. Вагоинсулярные приступы, как и характер психических расстройств, указывают на гипоталамическое поражение. По-видимому, ему способствовали наследственная отягощенность и хроническая психотравмирующая ситуация. Страх в связи с пожаром сыграл роль провокации ювенильного кровотечения, а с ним и психического расстройства.

Психическим расстройствам при **заболеваниях почек** свойственна мерцающая оглушенность, на фоне которой развиваются более сложные психопатологические картины. Аменция и аментивно-делириозные расстройства либо монотонны, стереотипны, без страха, тревоги, продолжительностью не более 2-3 недель, либо, реже, с выраженным кататоническим возбуждением. Сме-

няющая их астения продолжается несколько месяцев и сочетается с апатией или депрессией, но может быть и в форме астеновегетативного синдрома. На этом фоне развивается болезненная личностная реакция с чувством неполноценности, депрессивными и ипохондрическими переживаниями, могут быть галлюцинации и даже делириозные эпизоды [Герман Т. Н., 1971]. Описывают также делириозные расстройства, при которых возникают неяркие статические зрительные обманы чувств и невыраженное двигательное возбуждение со стереотипными движениями, а иногда судорожными проявлениями. В ряде случаев обнаруживают эндоформную симптоматику в форме кататонического возбуждения, чередующегося с судорогами, апатического ступора или параноидных явлений на фоне астении.

При осложнении почечного заболевания гипертонией может возникнуть псевдотуморозный вариант экзогенного органического психоза. При хронической почечной недостаточности в терминальной стадии у большинства больных отмечаются астенодепрессивные явления с деперсонализацией, делириозно-онейроидными переживаниями, бредом, судорогами [Лопаткин Н. А., КоркинаМ. В., ЦивилькоМ.А., 1971]. Лекарственная терапия этих больных — часто слишком большая дополнительная нагрузка на организм и при назначении АКТГ, кортизона, антибиотиков или в ходе диализа у некоторых больных возникают или усугубляются бывшие ранее психические нарушения [Наку А. Г., Герман Г. Н., 1971].

О психических нарушениях при этих заболеваниях у детей известно меньше [Smith A., 1980; Franconi C, 1954]. Наблюдавшиеся нами больные обнаруживали галлюцинаторные и делириозоподобные эпизоды на фоне выраженной астении, двигательную расторможенность с эйфорией, тревожно-ипохондрические переживания с обсессивными явлениями.

Приводим выписку из истории болезни ребенка, наблюдавшегося О. В. Острецовым.

ПРИМЕР

Больной В., 11 лет. Развитие без особенностей. Болел краснухой и дважды пневмонией. Учится удовлетворительно. С 7 лет страдает болезнью почек. В настоящее время диагностирован хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период обострения. Психическое состояние характеризуется неусидчивостью. Не может спокойно оставаться на месте даже на короткое время, вертит головой, щелкает пальцами, вмешивается в дела окружающих. Эйфоричен, сам отмечает у себя повышенное настроение: «Хочется бегать, прыгать». Несмотря на понимание вредности нагрузок, не может удержаться от излишней активности. О болезни заявляет: «Я не помню о ней». Внимание неустойчивое, легко истощается, утомляется. Уровень реактивной и личностной тревожности низок.

В данном случае нелегко объяснить причину возникновения психического расстройства и именно в форме эйфорически окрашенной астении. Можно лишь предположить, что в основе расстройства лежит тяжелое нарушение функции почек, не совместимое с нормальной работой ЦНС. Профилактика психических изменений затруднительна, так как потребовала бы длительно-

го применения психофармакологических средств без уверенности в их безвредности для почек.

Среди болезней крови **лейкозы** занимают особое место. Тяжесть физического состояния больных всегда побуждает врача сосредоточить внимание на нервно-психических проявлениях, серьезно осложняющих положение ребенка, что, в связи с увеличением длительности жизни пациентов, наблюдается достаточно часто [Алексеев Н. А., Воронцов И. М., 1979]. Так, астенические и астеновегетативные синдромы встречаются у 60% больных, менингоэнцефалитический синдром, обусловленный нейролейкозом, — у 59,5%. Раннее распознавание и терапия этих болезненных явлений может значительно смягчить осложнения [Жолобова С. В., 1982].

И. К. Шац (1989) описал нервно-психические расстройства, встречающиеся у всех детей, страдающих острым лейкозом. Он обнаружил у этих больных дистимические, тревожные, депрессивные, астенические и психоорганические расстройства непсихотического уровня и психозы с тревожно-ажитированной, тревожно-астенической, депрессивно-меланхолической или депрессивно-адинамической симптоматикой, а также в форме астенической спутанности. Течение нервно-психических расстройств осложняется тяжестью соматического заболевания, наличием сопутствующих психотравмирующих факторов, формированием отрицательной внутренней картины болезни [ИсаевД. Н., ШацИ. К., 1985]. В связи с этим для лечения непсихотических расстройств рекомендуется сочетать психотропные средства с психотерапией.

Психические отклонения у детей встречаются и в специализированных детских клиниках. Примером могут быть психические расстройства при **ожоговой болезни,** патогенетические факторы которой (тяжелая интоксикация, сильный болевой синдром, обширные гнойные процессы, поражение внутренних органов нарушение водно-солевого равновесия) приводят во многих случаях к этим нарушениям. В значительной степени они определяются периодами ожоговой болезни, глубиной и площадью поражения, соматическими расстройствами, преморбидными особенностями личности, полом и возрастом больных [Гельфанд В. Б., Николаев Г. В., 1980]. Постоянное место на всех этапах болезни занимают стойкая астения, неврологическая симптоматика и нарастающие интеллектуальные нарушения. В течение первой, эректильной фазы наряду с психомоторным возбуждением наблюдаются неврологические признаки поражения ствола мозга (глазодвигательные расстройства, нистагм, слабость и асимметрия мимических мышц), мышечная гипертензия, тотальная гиперрефлексия, вегетососудистые симпатико-тонические расстройства: повышение артериального давления, тахикардия, тахипноэ, бледность и сухость кожи. Вторая, торпидная фаза характеризуется общемозговыми нарушениями с заторможенностью и оглушенностью, снижением чувствительности и рефлексов, психотическими расстройствами. Неблагоприятно появление судорог [Волошин П. В., 1979]. Среди психозов описывают делириозные эпизоды, состояния спутанности и оглушенности, галлюцинаторно-параноидные, астеноипохондрические, астеногипоманиакальные синдромы [Богаченко В. П., 1965]. Н. Е. Буторина и др. (1990) описывают нервно-психические расстройства у де-

тей и подростков при ожоговой болезни в зависимости от ее стадий. Во время ожогового шока на первом этапе отмечаются острые аффективные шоковые реакции, чаще в форме двигательной бури, на следующем этапе — оглушенность, аментивно-делириозные и судорожные состояния. На этапе токсемии преобладают такие расстройства сознания, как астеническая спутанность, делириозно-онейроидные эпизоды, тревожно-депрессивные, депрессивно-фобические и деперсонализационные состояния. В период септикотоксемии обнаруживают энцефалопатию с тревогой, раздражительностью, страхом, реакциями протеста и отказа. В периоде реконвалесценции явления энцефалопатии осложняются психоэмоциональными факторами, в результате возникают астенодепрессивные, астеноипохондрические и обсессивно-фобические проявления. Сходные наблюдения приводят другие авторы [Анфиногенова Н. Г., 1990]. В постреконвалесцентной стадии (спустя 6-12 месяцев) наиболее частое явление — церебрастения с вегетативной нестабильностью, диссомнией, эмоциональными и поведенческими нарушениями. У большинства больных на депрессивном фоне возникают симптомы дисморфофобического комплекса [Шадрина И. В., 1991].

И. А. Зильберман (1988), изучив детей, поступивших в стационар с ожоговой болезнью, обнаружила у них психические нарушения, тяжесть которых зависела от площади ожогов и глубины поражения. Непосредственно вслед за травмой у детей возникают эмоциональное возбуждение, двигательное беспокойство и расстройства сознания различной степени выраженности. На период токсемии, характеризующейся высокой лихорадкой, приходится большинство наблюдаемых психозов: делириозных или делириозно-онейроидных расстройств, особенность которых — отсутствие психомоторного возбуждения и волнообразное течение. В период септикопиемии на первый план выступают эмоциональные и двигательные нарушения: эмоциональная лабильность, депримированность, плаксивость, страхи, двигательное беспокойство, возбудимость, развертывающиеся на фоне явной астении. Во время выздоровления и улучшения соматического состояния обнаруживаются нарушения поведения с легкой возбудимостью и иногда агрессивностью.

Для понимания клинической картины нервно-психических расстройств у детей с ожоговой болезнью необходимо знать особенности их преморбидной личности, микросоциальное окружение и другие факторы риска возникновения ожогов. В 75% случаев эти дети происходят из семей с неправильным воспитанием. У 50% из них в прошлом — психологические травмы, наблюдается невропатоподобный синдром [Фролов Б. Г., Каганский А. В., 1985].

## Особенности интоксикационных психотических расстройств

Распространение бытовой химии, широкое использование и хранение дома лекарственных средств и алкогольных напитков таит в себе опасность случайного их приема детьми. Нередко такие отравления приводят к психическим расстройствам и оказываются тем опаснее, чем меньше ребенок и боль-

ще доза принятого средства. Другой из возможных причин интоксикационного психоза является необычная чувствительность ребенка к лечебным дозам препарата, случайная его передозировка. Известны психозы, вызванные атропином, циклодолом (ромпаркином, паркопаном), динезином, димедролом, преднизолоном, АКТГ, кортизоном, фенамином, изониазидом, нуредалом, ипразидом, мумиё и другими средствами.

Холинолитические препараты способны вызвать у детей кому с последующим развитием онейроида или делирия, а у младших детей — галлюцинаторные эпизоды [Федотов Д. Д. и др., 1976]; возможны астеновегетативные нарушения [Буторина Н. Е. и др., 1973]. Интоксикационные психозы у детей могут проявляться галлюцинозом в сочетании с двигательным беспокойством [Eggers C, 1975]. Лечение кортизоном в некоторых случаях приводит к депрессивно-параноидному состоянию с кататонической симптоматикой. Наблюдавшаяся нами девочка 13 лет длительно лечилась по поводу тотальной алопеции преднизолоном. В процессе терапии у нее развился выраженный онейроидно-кататонический синдром, который, несмотря на отмену гормонотерапии, сохранялся в течение нескольких недель.

Другая возможность развития интоксикационных психических расстройств — употребление различных веществ, модных в определенных группах подростков. В связи с любопытством, желанием приобщиться к группе, завоевать авторитет или по принуждению дети и подростки принимают алкоголь, лекарства, вдыхают пары растворителей, бензина. Естественно, что при этом появляется опасность интоксикации и психических расстройств. А. Е. Личко, В. С. Битенский (1991) описали у подростков психотические расстройства, вызванные алкоголем, циклодолом, димедролом, амфетамином, первитином, эфедрином, кокаином, гашишем. Они указывают на возможность возникновения делириозных расстройств, галлюцинозов, онейроидов и параноидов в результате злоупотребления этими препаратами.

Приводим пример интоксикационного психоза — делирия, развившегося у 14-летнего подростка после выпитого вина с таблетками димедрола. Ночью на фоне бессонницы и страха он увидел мужчин, которые влезли через балкон в комнату, ходили, размахивали дубинками, хотели избить отца. Он стал разговаривать с пришельцами, и они ушли в дверь. На кухне видел двух школьников, а в комнате появились крокодилы и медведи, плясавшие в течение некоторого времени перед ним. Сбрасывал с себя жучков и белых червей. Наутро правильно ориентировался в обстановке, но был эйфоричным, возбужденным, и вначале не понимал болезненности пережитого. Через несколько дней полностью восстановилось правильное поведение и критическое отношение к психотическому эпизоду.

Интоксикационные психозы у детей не всегда кратковременны.

В одном из наших наблюдений мальчик 14 лет в связи с отравлением бензином на фоне возникшего страха увидел колдунью, а сзади нее — кресты, поля, вокруг вилась липкая желтая лента. Колдунья дотрагивалась до больного, что усиливало страх. Он прислушивался, улавливал какие-то голоса, содержание которых не мог разобрать. Вокруг мелькали тени. Такое состояние

повторялось в форме эпизодических обострений в течение более чем двух месяцев. В дальнейшем некоторое время сохранялись тревожность, беспокойство, яркая вегетативная симптоматика, нарушение сна. Полное выздоровление наступило лишь после длительного лечения в больничных условиях. Возможно, что неблагоприятное течение психических расстройств в этом случае объясняется преморбидной органической неполноценностью. Определенную роль могла сыграть и неблагоприятная семейная обстановка.

## ТИПЫ, ТЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

На модели инфекционных психозов С. С. Мнухин (1963) выделил четыре основные формы течения экзогенных нервно-психических расстройств:

1) однократная, однотипная по структуре, кратковременная психотическая вспышка (оглушенность, делириозный эпизод);
2) однократный, однотипный по структуре, продолжительный и устойчивый психотический приступ (тревожное, тревожно-бредовое, онейроидное состояния);
3) периодическое течение, характеризующееся многократным повторением однотипных клинических картин (делириозно-онейроидных);
4) чередование разнородных психотических состояний — тревожных, апатоабулических и нелепоэйфорических (волновое течение).

Три первых типа отличаются вполне благоприятными исходами с отсутствием каких-либо резидуально-органических расстройств и, в конечном итоге, — полным выздоровлением. Лишь при периодическом течении под влиянием дополнительных вредностей в дальнейшем могут повторяться отдельные приступы. При волновом типе течения даже после первых приступов выявляются дефекты психики органического типа, преимущественно в эмоционально-волевой сфере [Мнухин С. С, Богданова Е. И., Исаев Д. Н., 1963].

У детей раннего возраста после инфекций, интоксикаций, контузий, алиментарных дистрофий, тяжелых истощающих заболеваний могут утрачиваться приобретенные навыки. Эти нарушения держатся в течение недель или месяцев, а затем медленно восстанавливаются. При этом дети могут терять навыки ходьбы и речи, понимания речи, способность узнавать окружающих лиц и предметы, самостоятельно есть, проявлять реакции самозащиты; становятся неопрятными, ни на что не реагируют, издают нечленораздельные звуки. Такие состояния расценивают как слабоумие, однако преходящее угнетение мозговой деятельности держится в течение недель или месяцев, а затем наступает медленное восстановление утраченного, ребенок как бы заново овладевает тем, что уже умел ранее. По прошествии этого периода у большинства

детей выявляют резидуальные нарушения в виде психического недоразвития, изменений личности или различного рода припадков [Барыкина А. И., 1954].

Течение экзогенных психических расстройств у старших детей зависит от возраста. Мы изучали детей 3—7, 7—12, 12—14 лет, перенесших инфекционные психозы. Частота выраженных психозов у дошкольников незначительна в сравнении с более старшими детьми; в большинстве случаев они развивались у детей с патологией пре- и перинатального периодов, проявлявшейся в форме невропатии или энцефалопатии. У младших школьников часто встречался нейротизм, а у подростков — выраженные акцентуированные черты характера. Младшие школьники, как правило, заболевали в связи с «цепочкой» инфекционных и соматических заболеваний. У дошкольников в подавляющем большинстве случаев наблюдаются делириозные эпизоды, астенические проявления редуцированы, кратковременны и относительно редки. У младших школьников преобладают аффективные и астенические проявления: тревожные, тревожно-галлюцинаторные, тревожно-ипохондрические, астенодепрессивные, астеноипохондрические. Чем старше дети этой группы, тем ближе симптоматика к той, которая наблюдается у подростков. Синдромы расстроенного сознания встречаются у них в 2 раза реже, чем у дошкольников, и более продолжительны. Подростки отличаются преобладанием выраженных и разнообразных синдромов расстроенного сознания: делирия, онеироида, астенической или аментивнои спутанности, которые протекают более длительно и нередко повторяются. У них чаще бывает самостоятельный или сочетающийся с другими состояниями развернутый астенический синдром [Исаев Д. Н., Александрова Н. В., 1983].

Часто болезненные состояния экзогенного типа остаются нераспознанными и поэтому ничего не делают для предупреждения стабилизации расстройств, их утяжеления или повторного проявления. В то же время известно, что далеко не во всех случаях наступает полное выздоровление. В связи с этим необходимо учитывать факторы, препятствующие восстановлению психического здоровья, и добиваться нейтрализации или смягчения их действия. К их числу относятся наследственная отягощенность психическими и эндокринными заболеваниями, рано приобретенная органическая неполноценность ЦНС, истощение многими соматическими болезнями в прошлом, ослабление непосредственно предшествующими психозу заболеваниями, невропатия, психопатические черты личности, неблагоприятные микросоциальные условия (неправильное воспитание, неадекватное отношение к ребенку).

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Первичная профилактика симптоматических психических расстройств связана с профилактикой самих инфекционных и соматических заболеваний. Все мероприятия, направленные на мобилизацию защитных сил организма

(закаливание, иммунизация, адекватное питание); санитарный надзор за атмосферой, водой, пищей, жилищами, детскими учреждениями, пищевыми предприятиями; противоэпидемические меры при возникновении инфекционных заболеваний являются действенными средствами предупреждения психических расстройств, сопровождающих инфекционные болезни, первичные или вторичные поражения мозга. Первичной профилактикой психических расстройств, обусловленных инфекционным процессом, фактически является его эффективное лечение. Как правило, более легкое течение заболевания уменьшает риск возникновения симптоматического психоза.

Терапия начальных, неоформленных и выраженных психотических расстройств составляет вторичную профилактику, которая направлена на предупреждение затяжных или повторяющихся расстройств и, главное, стойких резидуально-органических нарушений. Вмешательство должно осуществляться на самых ранних стадиях развития психических расстройств и соответствовать имеющейся симптоматике.

При своевременной терапии острых начальных нервно-психических расстройств легче остановить их дальнейшее развитие, например, в оформленный делирий, нежели успешно лечить в дальнейшем. В этот период назначают общие успокаивающие средства: холод на голову, теплые ванны (34—36°С), препараты брома, транквилизаторы (феназепам, нитразепам), одновременно улучшающие сон. При появлении расстройств восприятия, гиперестезии, мерцающих нарушений сознания назначают внутримышечно диазепам (седуксен). При нарастании тревоги и страха вводят аминазин, левомепромазин (тизерцин). Одновременно проводят лечение основного заболевания, поэтому таких больных нецелесообразно переводить из соматических отделений в психиатрические. Важное место занимает дезинтоксикационная терапия (гемодез, полидез, полиглюкин, реополиглюкин, глюкоза, изотонический раствор натрия хлорида с витаминами, обильное питье). При лечении нейролептиками во избежание коллапса следует следить за артериальным давлением и назначать кордиамин или кофеин. После купирования расстройства сознания (делирия) для предупреждения его рецидива целесообразно назначение магния сульфата внутримышечно, подкожного введения изотонического раствора натрия хлорида [Авруцкий Г. Я. и др., 1975; Авруцкий Г. Я., Недува А.А., 1981].

Более оформленные и продолжительные, например, галлюцинаторно-бредовые, синдромы в связи с выраженными соматическими расстройствами предпочтительно лечить френолоном, тераленом, меллерилом, так как больные лучше их переносят. При отсутствии эффекта приходится переходить к более сильным нейролептикам с избирательным действием: галоперидолу, аминазину в сочетании с антипаркинсоническими средствами (цикдодол). Полезно добавление ноотропов. Депрессивные состояния лечат азафеном, амитриптилином, пиразидолом или мелипрамином, депрессивно-бредовые состояния — антидепрессантами в комбинации с трифтазином или галоперидолом. Терапия эмоционально-гиперестетической слабости заключается в назначении общеукрепляющего лечения, больших доз витаминов, препара-

тов фосфора, аминалона, транквилизаторов (диазепама, триоксазина), психостимуляторов. Корсаковский синдром лечат аминалоном, церебролизином, дибазолом, натрия нуклеотидом, витаминами, фосфорсодержащими средствами.

На высоте соматического заболевания или (реже) в период реконвалесценции у детей младшего возраста нередко возникают энцефалические реакции с судорожным синдромом и другие пароксизмальные состояния. Это связано с внутричерепной гипертензией, раздражением сосудистых сплетений и рецепторов мозговых оболочек, отеком и набуханием мозга, обусловленными дисциркуляторными нарушениями. Течение и тяжесть реакций определяются гипоксией, тахипноэ, гипокапнией, ацидозом, гипертермией, функциональной недостаточностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, электролитными нарушениями. Неотложная помощь при энцефалических реакциях должна учитывать указанные звенья патогенеза. Для дегидратации назначают маннитол, лазикс (каждые 4—6 часов), глицерин (через зонд). При утяжелении состояния показана люмбальная пункция. При гипоксии назначают оксигенотерапию. Гормональную терапию (преднизолон, гидрокортизон) применяют с целью восстановления нарушенной гемодинамики, электролитного обмена. Борьба с гипертермией проводится с помощью литических смесей, амидопирина, локального охлаждения мозга, печени, магистральных сосудов. Противосудорожное лечение включает диазепам (седуксен), натрия оксибугират. Реже применяют хлоралгидрат, который вводят ректально со слизью из крахмала (20% от общего объема жидкости). При отсутствии эффекта — наркоз с миорелаксантами.

У 10% детей, перенесших энцефалическую реакцию, в дальнейшем развивается эпилепсия. Для предупреждения повторных судорожных явлений необходимо назначение фенобарбитала, фенобарбитала с дифенином. Если ребенок перенес эпилептический (судорожный) статус или у него были повторные энцефалические реакции (фебрильные судороги), нельзя отменять противосудорожное лечение в течение 1 года после последних судорог. Для окончательного суждения о продолжительности противосудорожного лечения необходима электроэнцефалография. Профилактические прививки можно проводить лишь спустя 1 год после фебрильных судорог и только на фоне десенсибилизирующей и противосудорожной терапии.

## ВИКТИМНОСТЬ

Первичная профилактика нервно-психических нарушений травматического, ожогового и отчасти интоксикационного происхождения может быть облегчена выявлением виктимности (подверженности) детей этим случайным поражениям. Детский бытовой травматизм пытаются понять, изучая преимущественно социо-культуральные факторы, а уровню психомоторного разви-

тия, личностным особенностям (любознательности, мере ответственности) своеобразию поведения, определяемому возрастом ребенка, уделяется меньше внимания. Среди социокультуральных факторов, ответственных за детский травматизм, называют неблагополучную социальную среду, конфликтную или распадающуюся семью, неблагоприятные бытовые условия, среди психологических — безнадзорность, чрезмерную опеку или бессистемное воспитание. Предполагают также, что в личности самих детей имеются особенности, способствующие возникновению несчастных случаев, в том числе болезненные изменения психики при олигофрении, эпилепсии, шизофрении, минимальной мозговой дисфункции с расторможенностью и функциональной нестабильностью. Б. Г. Фролов и А. В. Каганский (1986) на примере детей, перенесших ожоги, исследовали наиболее значимые факторы виктимности. Оказалось, что многие обследованные были из неполных семей или из семей, в которых воспитание проводилось лишь одним родителем, к тому же они были, как правило, не единственными детьми. У многих родителей их характерологические особенности (неуравновешенность, раздражительность и «жестокость»), вероятно, способствовали нарушению внутрисемейных отношений, выявленному в большом числе случаев. По-видимому, с этим связано и неправильное воспитание (бессистемное, безнадзорное, деспотическое, по типу «кумира»), отмеченное в $^{3}/_{4}$ случаев. Почти у половины детей были такие психологические травмы, как отрыв от семьи, длительное пребывание вне дома. Личностные особенности большинства детей квалифицируются как невропатоподобный ирритативно-астенический синдром, складывающийся из эмоциональной неустойчивости, аффективной взрывчатости, повышенной подвижности, нарушенного внимания, неустойчивости увлечений, склонности к негативизму и недисциплинированности, вегетососудистых нарушений, расстройств сна и аппетита. По своему происхождению этот резидуально-органический синдром связан главным образом с пре-, интра- и ранним постнатальными периодами, а также с тяжелыми или частыми соматическими заболеваниями. Эти выводы иллюстрирует выписка из истории болезни, представленной Б. Г. Фроловым.

ПРИМЕР

Больной Ж., 12 лет. Отец — алкоголик. Раннее развитие без особенностей. До школы был гиперактивен, возбудим, плохо засыпал. С 7 до 10 лет жил у деда с бабушкой. С 10 лет, после распада семьи, снова с матерью, которая к нему не проявляла ни теплоты, ни заботы. Друзей среди сверстников не было, тянулся к старшим, а те издевались или эксплуатировали его. Любил ходить в места, где пахнет керосином, растворителями, бензином — «там приятный запах». Занимался в кружке созданием моделей с бензиновыми двигателями. В 7 лет нюхал бидон из-под краски, а когда туда бросил сигарету, опалил волосы. В 8 лет наблюдал за горящим поролоном и получил ожог. В 10 лет — ожог от воспламенившегося бензина. В 12 лет получил ожог, так как был обрызган каплями вспыхнувшего в банке горючего. Когда запылала одежда, не мог сдвинуться с места, затем потерял сознание. Очнулся дома, дальнейшее помнит плохо. Через 2 часа поступил в больницу в связи с термическим ожогом Ⅲ А-Б степени лица, головы, шеи, кистей и верхней трети предплечий, передней поверхности правого бедра, ожогом дыхательных

путей и глазных яблок I степени (общая пораженная поверхность — 13%). Состояние ожогового шока продолжалось 20 часов. В течение 3 недель был в состоянии средней тяжести. Выраженные в течение недели отеки, озноб, фебрильная температура постепенно под влиянием дезинтоксикационных и противовоспалительных мер уменьшились. Сохранялись адинамия, вялость, анорексия, сонливость. Временами в сновидениях и сразу после пробуждения видел «кружащийся огненный шар, который приближался и проваливался», было страшно, отмечалось двигательное беспокойство. Обстановку понимал, но плохо фиксировал внимание и запоминал, настроение было «скучное». Об обожженном лице узнал лишь через неделю. В течение последующих двух недель оставался адинамичным, вялым, но менее сонливым, прекратились «страшные» сновидения. Были сильные головные боли, боли в ранах, рвота, после наркоза (в связи с перевязками) повторялось двигательное возбуждение, сохранялось сниженное настроение, все окружающее казалось отдаленным, звуки глухими. Интерес к происходящему вокруг и своему состоянию был снижен, не ощущал голода и сытости. По мере нормализации состояния возникала обида на виновного в его ожоге парня, вспоминая об этом событии, «с трудом сдерживал слезы». Думал, что последствия ожогов не очень сильные, и это ему не повредит в дальнейшей жизни.

Анализ случая показывает, что мальчик, воспитывавшийся в системе гипоопеки, переживший отрыв от матери, по характеру неустойчивый, зависимый, имевший влечение к огню, летучим веществам, пострадал от тяжелого ожога, вызвавшего выраженные психические расстройства. В момент ожога развилась шоковая реакция с двигательной заторможенностью. Вначале сохранялось колеблющееся оглушение на фоне глубокого астено-адинамического состояния с субделириозными эпизодами, в последующие недели — астено-апатичная депрессия с деперсонализационными переживаниями и ирритативная астения с выраженной эмоциональной лабильностью и анозогнозическим отношением к болезни.

Таким образом, наибольший риск травматизма существует у детей, подверженных влиянию отрицательных психологических факторов в семье и страдающих от минимальной мозговой дисфункции. Из этого следует, что предупреждение нервно-психических расстройств травматического, ожогового и интоксикационного происхождения возможно посредством коррекции межличностных отношений в семье, оптимизации воспитания и исправления аномальных черт личности ребенка, способствующих его виктимности.

Особое место занимает предупреждение психических расстройств, которые могут возникнуть в связи с употреблением тех или иных веществ для наркотизации (алкоголь, бензин, растворители, димедрол, циклодол и др.). Здесь может помочь широкая разъяснительная работа среди подростков и их родителей, многие из которых не имеют представления о привыкании к этим средствам, об их вредности. Не меньшее значение имеет воспитание детей и подростков в рамках вовлечения в трудовые, спортивные, художественные и другие коллективы, организация их досуга, чтобы свести до минимума возможное влияние асоциальных групп. Как правило, именно последние оказываются источником знаний о «наркотических качествах» тех или иных средств.

Глава 14

# ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье — нормальная функция организма на всех уровнях его организации: организма, органов, тканевых, клеточных и генетических структур. Вычисляются среднестатистические показатели нормы. Колебания в пределах верхней и нижней границы нормы допустимы. Предболезнь — переходное состояние от здоровья к болезни. Уже имеются некоторые признаки болезни, но они не нарушают здоровья. Индивидуальная норма меняется с течением времени.

### Основные показатели здоровья

*Динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой.* Здоровье — гармония. Важно, как внутреннее равновесие, так и внешнее — с окружающей средой.

*Способность к выполнению основных социальных функций,* участие в социальной деятельности и общественно полезном труде.

*Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде,* способность поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность, сохранение живого начала в организме.

*Отсутствие болезни, болезненных состояний, болезненных изменений,* т. е. оптимальное функционирование организма.

*Полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие,* гармоническое развитие физических и духовных сил, принцип единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов [КальюП. И., 1988].

Здоровье — это динамический процесс. Психические проявления процессуальны. Психические состояния [Левитов Н. Д., 1964] — целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, в которой находит отражение всё своеобразие протекания психических процессов. Психические состояния — целостны и устойчивы.

**Идея системности в толковании понятия здоровья**

Личность — био-психо-социальное единство [Мясищев В. Н., 1916]. Чем более гармонично соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна противостоять влияниям, стремящимся нарушить ее целостность [Корсаков С. С, 1901].

В то же время существуют акцентуации характера, отличающиеся специфической уязвимостью, соответствующей типам акцентуаций.

# КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ

Критерии психического здоровья: причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность; соответственная возрасту человека зрелость чувств; постоянство места обитания; максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности; гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ним; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений; критический подход к обстоятельствам жизни; способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; самутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь [Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1976].

Здоровый человек — счастливый, живущий в гармонии с самим собой, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но первым ни на кого не нападающий и пр. Основные потребности: физиологические потребности, потребность в безопасности, потребность в привязанности и любви, потребность в уважении, потребность в самоактуализации, т. е. в выражении присущих личности способностей (Маслоу А.).

Таким образом, **критерии здоровья:**

*Психические процессы:* адекватность психического отражения, адекватное отражение самого себя, способность концентрации внимания, удержание информации в памяти, способность к логической переработке информации, критичность мышления, креативность, управление мыслительным потоком.

*Психические состояния:* эмоциональная устойчивость, зрелость чувств, совладение с негативными эмоциями, свободное естественное проявление чувств, способность радоваться, сохранность привычного самочувствия.

*Свойства личности:* оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность, адекватный уровень притязания, чувства долга, уверенность

в себе, необидчивость, не склонность к лени, независимость, непосредственность, чувство юмора, доброжелательность, самоуважение, адекватная самооценка, самоконтроль, воля, энергичность, активность, целеустремленность

*Социальное здоровье:* адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация к физической и общественной среде, направленность на общественно полезное дело, культура потребления альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, бескорыстие, демократизм в поведении.

Характеристика психического здоровья школьниками:

1. Благоприятные эмоциональные черты.
2. Благоприятные эмоциональные состояния.
3. Способность к волевым усилиям.
4. Способность к установлению душевного контакта с окружающими.
5. Наличие интеллектуальных способностей.
6. Способность к регуляции своего поведения.
7. Принятие себя.
8. Адекватность восприятия.

У младших школьников особая роль отводится эмоциональному благополучию. Подростки в 6 раз чаще, чем шестиклассники, называют в качестве критерия здоровья способность регулировать свое поведение. Они называют 80 личностных свойств, характерных здоровым людям, девятиклассники — 68, шестиклассники — 38.

## ОЦЕНКА И САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ

Для оценки здоровья используется от 15 (в поликлинике) до 26 (в стационаре) критериев. Исследуют массу тела, флюрографию грудной клетки, частоту сердцебиений, АД, спирометрию, гемоглобин, эритроциты, лейкоциты и т. д. Кроме того, оценивают:

- □ проявление активности;
- □ способность работать подолгу, не утомляясь;
- □ регулярность и правильность физиологических функций;
- □ удовлетворительное самочувствие;
- □ отсутствие устойчивых ощущений напряжения;
- □ достаточные адаптационные резервы.

Эффективность самооценки здоровья зависит от:

- □ знания самых необходимых сведений об устройстве организма и его функционировании;
- □ знания о его наиболее слабых местах, в первую очередь подверженных заболеванию;

- □ знания о том, какие лекарства противопоказаны, какие заболевания были перенесены и т. д.;
- □ знания индивидуальных, наиболее опасных факторов риска;
- □ знания своей наследственности;
- □ знания о своем телосложении;
- □ знания о признаках повышенного риска.

# ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

50% здоровья зависит от образа жизни.
20% приходится на наследственность.
20% — на влияние внешней среды.
10% — на факторы, зависящие от здравоохранения (ВОЗ).

*Образ жизни* — устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, проявляющийся в их труде, быте, досуге, удовлетворении материальных и духовных потребностей, нормах общения и поведения.

*Уровень жизни* — категория в основном экономическая, отражающая степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека.

*Качество жизни* — степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей.

Качество жизни охватывает многие стороны жизни человека, связанные не только со здоровьем:

- □ условия жизни;
- □ удовлетворенность учебой, работой;
- □ семейные отношения;
- □ социальное окружение;
- □ политическая и экономическая ситуация в стране;
- □ состояние личности, позволяющее ей безболезненно преодолевать противодействие (борьбу, агрессию, конкуренцию) внешнего мира;
- □ способность адекватно решать поставленные задачи;
- □ возможность жить полной жизнью в тесном контакте со всем, что любит человек;
- □ способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация);
- □ возможность находиться в психическом и физическом равновесии с природой и социальной средой, с самим собой.

Методики оценки качества жизни по предмету исследования направлены на изучение:

1) физического состояния (благополучие, постельный режим, инвалидность, физические ограничения);

2) психического состояния (тревога, депрессия, благополучие, самоконтроль эмоций и поведения, познавательные функции);
3) социального функционирования (межличностные контакты, социальная поддержка: пособия, льготы);
4) ролевого функционирования (на работе, дома);
5) общего субъективного восприятия состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы, оценка боли).

*Стиль жизни* — категория социально-психологическая, характеризующая особенности повседневной жизни человека, т. е. определенный стандарт, под который подстраивается психология и физиология личности.

*Здоровый образ жизни* — совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничному развитию личности, методов труда и отдыха.

## ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ

Отношение к здоровью — система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния.

Препятствия адекватному отношению к своему здоровью:

1. Здоровый человек не замечает своего здоровья.
2. Здоровье привлекает к себе внимание, как правило, когда возникают неполадки в организме.
3. «Нереалистичный оптимизм» из-за отсутствия опыта болезни, веры в то, что если заболевание не появилось, то и не появится в будущем, а если и появится, то с ним легко можно будет справиться.
4. Отсутствие должной активности больного человека.
5. Недостаток необходимых знаний о здоровье, о способах его формирования, сохранения и укрепления.
6. Неоднократное нездоровое поведение может приносить мимолетное удовольствие (сигарета, рюмка спиртного, мороженое).
7. Неосознавание опасности нездорового поведения (нарушение питания, личной гигиены, режима труда или быта).
8. Рекомендации по укреплению здоровья не совпадают с личными представлениями об этом.
9. Значимость здоровья нередко определяется возрастом индивида (приоритет у среднего и старшего поколения).
10. Социальное давление нередко заставляет осуществлять нездоровое поведение.

11. Эффект задержанной обратной связи — результат от заботы по сохранению здоровья скажется далеко не сразу.
12. Наличие моды на здоровье и отсутствие проблемы здоровья, как постоянной общегосударственной.
13. Половые (гендерные) различия по отношению к здоровью.

Правила здорового образа жизни:

- сон (7-8 часов),
- регулярное питание,
- отказ от дополнительного приема пищи,
- масса тела, не превышающая оптимальную массу на 10%,
- регулярные занятия физическими упражнениями,
- ограничение употребления алкоголя,
- отказ от курения,
- личная гигиена,
- режим труда и отдыха,
- удовлетворенность работой,
- достаточная медицинская активность.

Глава 15

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИХ ЛЕТАЛЬНОМ ЗАВЕРШЕНИИ

Заболевший ребенок отличается от здорового. У него меняется настроение, он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, тревожным, беспокойным и, реже, беспечно-благодушным. Иногда у больного ребенка появляются упорные мысли о тяжести заболевания, его необычности и даже исключительности, невозможности излечения или, наоборот, о его незначительности и несерьезности. В связи с этим и отношение к лечению оказывается либо адекватным и даже зависимым, либо пренебрежительным и отвергающим процедуры, манипуляции и медикаменты. У многих детей во время заболевания нарушается поведение. Они перестают играть так, как это делали прежде, утрачивают непосредственность общения с взрослыми и сверстниками, не получают радости от совместных занятий и развлечений. У части детей возникает нежелание вступать в контакт со сверстниками или взрослыми. Как правило, дети тяготятся теми Офаничениями, которые накладывает на них болезнь. Нередко они отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, капризничают. Рисунок их поведения нарушается шалостями и неожиданными поступками. Такие переживания и нарушения поведения у больных детей — своеобразные проявления реакции детской личности на возникшую болезнь.

## ИСТОРИЯ УЧЕНИЯ О ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО

Переживания личностью страданий известны и давно описаны. Знаменитые врачи прошлого М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, В. М. Бехтерев, Н. М. Филатов ориентировали на необходимость лечения больного, а

не только симптомов болезни. Они требовали понимания личности больного и учета ее особенностей в процессе диагностики и лечения. Многие специалисты изучали влияние болезни на психологическое состояние пациентов. При этом каждый из них по-своему понимал механизм формирования реакций личности на болезненный процесс. A. Goldscheider (1929) ввел представление об аутопластической картине болезни, которая формируется больным в связи с имеющимися ощущениями и восприятиями соматического расстройства.

А. Р. Лурия (1977) под понятием внутренней картины болезни (ВКБ) подразумевает «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Он выделяет такие типы ВКБ, как адекватная, ипохондрическая, истерическая, анозогнозическая. В рамках ВКБ различают:

- чувственный уровень — комплекс болезненных ощущений;
- эмоциональный уровень — переживание заболевания и его последствий;
- интеллектуальный уровень — представления и знания о болезни пациентом и ее реальная оценка;
- мотивационный уровень — отношение к заболеванию, изменение прежнего и создание нового образа жизни, необходимого для выздоровления (в соответствии с представлениями больного).

Определение ВКБ необходимо не только для понимания психики больного, но и для психотерапии, без которой, по нашему мнению, лечение соматического больного неэффективно.

В последующие годы понимание ВКБ усложнилось. Удалось доказать, что наряду с болезненными измененениями в организме, их сенситивной и интеллектуальной переработкой оформление ВКБ зависит от структуры личности, глубины осознания и переживания болезни. Душевное состояние, возникающее у больного, обозначают различными терминами. Как правило, используемая терминология отражает представления авторов о том, что играет наиболее важную роль в возникновении реакции личности на стресс, вызванный заболеванием. Так, под реакцией адаптации Е. А. Шевалев (1936) и О. В. Кербиков (1971) понимают совокупность механизмов, позволяющих личности преодолевать чувство неполноценности, ограничения возможностей, чтобы лучше приспособиться к проявлениям болезни. Описывают компенсаторные, псевдоаутистические и псевдокомпенсаторные типы реакций.

Е. К. Краснушкин (1950) вводит понятие сознания болезни. Оно, по мнению автора, является частью сознания «Я» и зависит от интероцепции, интеллектуального уровня, эмоционального тонуса и состояния высших интегративных функций. Сознание болезни находится в зависимости от личной жизненной ситуации и социальной среды. Этим же термином пользуется

Л. П. Рохлин (1972), который полагает, что сознание болезни создается из отражения болезни в психике больного (гнозис болезни), вызванных болезнью изменений психики, реакции личности на нее. В свою очередь, разновидности гнозиса болезни представляются ему как асимптоматический, анозогнозический, гипонозогнозический и гиперсенситивный варианты. Отсутствие сознания болезни объясняется торможением интероцепции более мощными экстероцептивными сигналами, в связи с чем интероцептивная рефлекторная деятельность протекает ниже порога сознания. При гиперсенситивном варианте выявляется крайняя чувствительность к сигналам от внутренних органов.

Наряду с попытками осмысления происходящих реакций личности на существующую болезнь, делаются точные, яркие и емкие описания самих переживаний, которые для врача имеют не меньшее значение, чем гипотетические объяснения процессов, происходящих в сознании больного. Так например, К. А. Скворцов (1958) делает заключение, что больной может «держаться выше болезни», «бороться с ней», «не обращать на нее внимание», «диссимулировать, считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «становиться ее рабом», «привыкать к ней», трагически переживать.

В последние годы создается модель внутренней картины болезни [Смирнов В. М., 1975; Вассерман Л. И., 1989; Резникова Т. Н., 1976]. В своем конечном виде эта модель представляет функциональную организацию В КБ в виде единства и взаимодействия двух блоков: внутриличностной структуры, состоящей из множества взаимосвязанных психологических компонентов, и нейрофизиологического базиса, в основе которого лежат церебральные системные механизмы [Резникова Т. Н., 1998]. Это понимание **ВКБ** основывано на концепции В. М. Смирнова и Ю. С. Бородкина (1975) об искусственных стабильных функциональных связях, которые формируются независимо от воли и сознания человека без участия его мотиваций и потребностей. По мнению авторов, эта модель облегчает изучение реакции личности на болезнь, прогнозирует ее течение и создает возможности для немедикаментозного физиологического воздействия на различные структуры ВКБ.

## РЕАКЦИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА НА БОЛЕЗНЬ

Многие из наблюдавших реакции личности на заболевание подчеркивают влияние возраста на ее формирование [Ковалев В. В., 1972; Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1976; Квасенко А. В., Зубарев Ю. Т., 1989; Личко А. Е., 1980; Цивилько М. А. и др., 1981]. Переживание болезни, по мнению В. В. Ковалева, складывается из общего чувственного и эмоционального фона, сочетающегося с ощущениями, представлениями, психогенными реакциями и другими психическими проявлениями. А. Е. Личко и Н. Я. Иванов (1980) описывают 13 различных типов отношения к соматическому заболеванию.

1. Гармоничный — с трезвой оценкой своего состояния, без преувеличений степени тяжести, но и без недооценки реального положения, со стремлением содействовать успеху лечения.

2. Эргопатический — «уход от болезни в работу», избирательное отношение к лечению, обусловленное стремлением сохранить возможность активной трудовой деятельности.

3. Анозогнозический — активное отбрасывание мысли о болезни и о ее последствиях, отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами и продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь.

4. Тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного прогноза, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, в сочетании с поиском новых методов лечения и «авторитетов».

5. Обсессивно-фобический — опасения касаются не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач в лечении, трудностей в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью; защитой от фобий становятся предметы (талисманы) и ритуалы.

6. Ипохондрический — сосредоточение на субъективных болезненных и неприятных ощущениях, стремление демонстрировать их окружающим, преувеличивая действительные болезни и рассказывая о несуществующих заболеваниях и страданиях. Сочетание желания лечиться и неверия в успех.

7. Неврастенический — вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах в лечении; непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения, с последующим раскаянием за беспокойство и несдержанность.

8. Меланхолический — удрученность болезнью, неверие в выздоровление и возможное улучшение, в успешность лечения, пессимистический взгляд на все вокруг, суицидальные мысли.

9. Апатический — безразличие к своей судьбе, исходу заболевания, результатам лечения; пассивное подчинение обследованию и терапии при настойчивом побуждении со стороны; утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

10. Сенситивный — чрезмерная озабоченность возможным неприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих, боязнь стать обузой для близких и неблагожелательного их отношения в связи с болезнью.

11. Эгоцентрический — «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью овладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе; другие люди, требующие заботы, рассматриваются как конкуренты.

12. Паранойяльный — уверенность, что болезнь является результатом злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Приписывание осложнений или побочных действий лекарств халатному отношению или злому умыслу персонала и врачей. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

13. Дисфорический — преобладание мрачно-озлобленного настроения, зависть и ненависть к здоровым, вспышки гневного аффекта со склонностью

винить в своей болезни других, подозрительность к процедурам и лечению деспотизм по отношению к близким, требование во всем им угождать.

В основе психосоматических невротических симптомов, а также структуры реагирования на заболевания может лежать нарушение отношения к своему телесному и духовному «Я», изменение самосознания.

Реакции на заболевание у ребенка формируются иначе, чем у взрослого человека. Дети долго не разделяют телесное и психическое. Они думают, что повреждение тела, физическая боль не влияют на мыслительную деятельность — состояние «Я» [Субботский Е. В., 1985], что создает искаженную картину болезни.

В значительной степени на отношении детей к заболеванию сказывается их помещение в больницу, соседство с больными, ограничение активности, отрыв от коллектива сверстников, друзей и членов семьи, изменение режима питания и состава диеты [Еренков В. А.,1976; Forman M. A. et ah, 1983].

Большое влияние оказывают возраст, преморбидное состояние, темперамент, акцентуация характера, наличие психопатических черт личности, незрелость самосознания и личностной самооценки, половая принадлежность, психосексуальное развитие [Игнатьева Н. Д. и др., 1978; Сидельников В. Я., 1982]. Имеют значение своеобразие интерперсональных отношений в семье, семейная обстановка, тип воспитания, родительская реакция на болезнь ребенка [Захаров А. И., 1971; Игнатьева Н. Д. и др., 1978]. Наконец, отношение детей к болезни определяется степенью осознания дефекта, кататимной психологической защитой, представлениями о болезни [Сидельников В. Я., 1982; Яковлева А. А., 1977].

# ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Изучение внутренней картины болезни — наиболее прямой путь к оценке психосоматической ситуации, в которую попадает пациент. Психосоматическая ситуация создается переживаниями, страдающего от соматических нарушений больного. Это не только невозможность играть, учиться, участвовать в любимых занятиях, но и отношение к больному близких родственников, окружающих взрослых и детей. Более того, психосоматическая ситуация — это череда надежд, разочарований больного по поводу выздоровления и лечения, перспектив жизни и отношений с окружением и, в то же время, это его ропот, попытки защититься, бороться за свой прежний социальный статус, а в некоторых случаях — отчаяние или апатия.

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от взрослых тем больше, чем младше ребенок. ВКБ в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на про-

явления и течение заболевания, на отношения в семье, успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

## Основные составляющие внутренней картины болезни у детей

Основными составляющими внутренней картины болезни у детей являются:

1) объективные проявления болезни;
2) особенности эмоционального реагирования личности;
3) половые особенности;
4) уровень интеллектуального функционирования;
5) личный опыт (общежитейский опыт и опыт перенесенных заболеваний);
6) полученная информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении;
7) понимание универсальности и необратимости смерти;
8) отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию;
9) влияние врача и медперсонала на заболевшего;
10) наличие других стрессоров.

Выявление ВКБ у ребенка, особенно дошкольного возраста, — трудная задача. Способами раскрытия ВКБ могут быть беседы с ребенком и его родителями, наблюдение за его свободным поведением и участием в играх, интервью с медперсоналом, воспитателями, психологические и социально-психологические исследования.

### Уровень интеллектуального функционирования

Понимание происходящего в организме и представление о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления, определяются возрастом ребенка. Возможность оценки болезненных переживаний связана с развитием представлений об образе тела. По мнению В. М. Смирнова (1976), наряду с элементарными представлениями о схеме тела существует психологический и социально-психологический уровень ее развития. Человек вычленяет себя из окружающей среды, познает себя через восприятие других людей и создает психологический образ тела, являющийся основой структуры «Я». Нарушения формирования сенсорных элементов схемы тела, психологического восприятия своего физического «Я» в связи с органической патологией или неправильностями воспитания могут стать существенными препятствиями в осознании своей болезни. Для создания представления о болезни, ее причинах требуется способность к анализу воспринимаемых симптомов: общего

дискомфорта, болевых ощущений, нарушенных функций органов и др. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Таким образом, наряду с развитыми умственными способностями ребенка требуются достаточно дифференцированные чувства и значительные волевые усилия.

Как показал К. Д. Ефремов (1990), проведя исследование умственно отсталых детей 7-12 лет с вегетососудистой дистонией, внутренняя картина болезни у них существенно отличается от детей с нормальным интеллектом В два раза чаще отмечаются гипернозогнозический и эйфорически-анозогнозический типы отношения к болезни. В то же время у них явно выше показатели тревожности. Им значительно реже удавалась реальная оценка своего состояния, был ниже самоконтроль. На этом основании можно заключить что низкий уровень интеллектуального функционирования детей изменяет направленность личностных реакций на болезнь, тип эмоционального отношения к ней, характер переживания своего состояния. Низкий интеллектуальный уровень препятствует развитию адекватной и достаточно дифференцированной внутренней картины болезни и у детей младшего возраста, и у умственно отсталых. Это приводит к примитивному типу реакций личности на заболевание. По-видимому, такой элементарный характер ВКБ связан с недостаточной сформированностью у детей концепции **«Я».**

**Знания о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении**

Без концепции о здоровье очень трудно создать представление о болезни. Дети 4-9 лет на вопрос «что такое здоровье?» отвечают: «не быть больным», «когда ты был больным, и тебе стало лучше», «когда мы выздоравливаем от простуды». Старшие дети описывают здоровье как переживание приятного состояния: «чувствовать себя превосходно», «когда тебе очень хорошо». Дети знают об ограниченной возможности сохранить здоровье и осознают подверженность людей болезням. Питание рассматривается ими как наиболее важная мера подержания здоровья и вместе с образом защищающего взрослого фигурирует в детских представлениях о преодолении потенциальной угрозы заболевания. Однако устойчивые представления о вероятности нарушения здоровья дети приобретают лишь к 7 годам. Девочкам свойственен более высокий уровень опасений расстроить здоровье, чем мальчикам. У старших детей он выше, чем у младших, так же как у детей больших городов по сравнению с обитателями сельской местности. В возрасте 10 лет ребенок знает, что «быть здоровым» означает нечто противоположное понятию «быть больным»- То, что младшими детьми такие мысли не формулируются, понимается как доказательство освоения этих мыслей в процессе воспитания. Они могут быть не столько основной частью знаний, сколько отражать развитие сложной интеллектуальной операции — обратимости, формирующейся к 10-летнему возрасту. R. Byler et al. (1969) изучали оценку интересов, вопросов и мыслей, касающихся здоровья, у 5000 детей. Во вторых классах школы преобладает отношение к здоровью как к отсутствию болезни. Третьеклассники реагиру-

ют на вопрос «что такое здоровый человек?» мыслями, имеющими отношение к поведению и внешности: «не играющий со спичками», «поднимающий тяжести», «не слишком жирный или тощий». Четвероклассники отвечают на этот вопрос с большей глубиной: «физически крепкий», «занимающийся физическими упражнениями», «ест свежие овощи, мало жирного и сладкого», «моет лицо и руки перед едой». Авторы заключают, что дети 3-4 классов имеют высокий интерес к частям, функциям и внешности тела, причинам, следствиям и лечению заболеваний, к происхождению детей, развитию и уходу за ними.

Предположение о том, что представление о здоровье у детей возникает, главным образом, под материнским влиянием, не оправдалось. Значительным вкладом в формирование детского представления о здоровье являются телевизионные передачи. Изучение нашими сотрудниками представлений о здоровье показывает, что как старшие, так и младшие дети воспринимают его как эмоционально комфортное состояние («хорошо», «радостно», «бодро», «весело»). У детей 9—11 лет — больше ориентировка на соматическое благополучие («ничего не болит»), в старшей группе (12-14 лет) — на социальную активность («все могу делать»). И старшие, и младшие дети считают, что здоровье может быть сохранено. Сохранение здоровья, как это понимают младшие дети, в большей мере зависит от соблюдения режима и гигиены. Старшие придают большее значение спорту и закаливанию. В сохранении здоровья дети обеих групп полагаются на помощь врачей, родителей и друзей-сверстников. Старшие в подавляющем большинстве случаев рассчитывают на помощь вне семьи — в первую очередь, медработников и друзей. Родителей в качестве гаранта здоровья видят в равной мере как старшие, так и младшие, не более 30% всех исследованных детей. На собственные силы рассчитывает лишь очень небольшой процент старших детей. В деле поддержания здоровья младшие дети занимают пассивную позицию, считая, что для этого достаточно подчиняться требованиям взрослых («слушаться врачей и родителей»). Старшие уже понимают необходимость большой личной активности для сохранения своего здоровье. К таким средствам они относят соблюдение диеты, следование требованиям режима, исполнение гигиенических правил, регулярное закаливание и физические упражнения.

Немалое значение для формирования ВКБ имеют знания о строении и функциях внутренних органов. По данным E. Gellert (1978), дети предполагают, что количество внутренних органов у разных людей разное («одни имеют нервы, а другие — нет»), что люди отличаются составными частями тела. Среднее число внутренних органов, по мнению детей — от трех у 4—6-летних, до тринадцати — у 15—16-летних. Резко «увеличивается» число органов к 9-ти годам. По крайней мере, половина детей упоминает кости, кровеносные сосуды, сердце и кровь. Редко называют репродуктивные органы (4%) и только в препубертатном возрасте. Наши сотрудники обнаружили, что дети разного возраста различно оценивают степень важности частей тела и органов. Например, 37% младших и 30% старших детей считают возможным существование человека без органов чувств; с отсутствием легких жизнь несов-

местима по представлениям 64% старших и 27% младших детей. В представлении детей, по степени важности для жизнедеятельности организма на первом месте стоит сердце, затем (с 9-10 лет) мозг и, наконец, желудок. Последний орган важен для 55% старших и 30% младших детей. Несколько детей младше 11 лет к главным органам отнесли глаза. $^1/_7$ часть опрошенных жизненно важными считали легкие, нос, глотку и рот. Если более старшие дети судили о необходимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие — по тому времени, которое требовалось для ухода за ними. Ноги, например, называли в связи с постоянной обязанностью их мыть. Несмотря на то, что не жизненно важными называли в среднем 2-5 органов даже дошкольники уверены в необходимости всех, о чем можно судить по их эмоциональным реакциям на возможную потерю. Обнаружена общая тенденция считать органы не обязательными, если их больше одного (пальцы, легкие) или если они способны к регенерации или искусственному замещению.

Только $^2/_3$ здоровых и больных детей 8—11 лет знакомы с понятиями «легкие», «мочевой пузырь», «ребра», «желудок», $^1/_3$ здоровых детей этого возраста неправильно истолковывает понятие «нервы», хотя все слышали о них. Здоровые дети относят это понятие к анатомическим образованиям («на них подвешены органы», «нужны, чтобы чувствовать боль»). Дети с нервными расстройствами рассматривают это понятие как психическое состояние человека («психует», «припадочный»). Дети с вегетососудистой дистонией утверждают, что без нервов нельзя учить и воспитывать детей, предохранять от заболеваний, нельзя общаться с другими детьми. Половина детей с нервными расстройствами и $^1/_3$ детей с вегетососудистой дистонией утверждают, что «без нервов лучше бы жилось». Здоровые дети редко дают такие ответы. Уз нервных детей не отвечают положительно на вопрос: «Есть ли у тебя нервы?» Дети с кардиалгией, неприятными частыми сердцебиениями на первое место среди жизненно важных органов сердце не ставят, в то время как 90% больных детей с другими заболеваниями называют именно его [Ященко Н. Ю., Глущенко В. В., Рябов В. М, 1985].

Не менее показательны представления детей о размерах и расположении органов. До 60% детей 4-6-летнего возраста довольно верно определяют величину сердца и помещают его на схеме тела. Относительно других органов это удается редко. К 7 годам ребенок понимает наибольшую важность сердца, но 25% детей локализуют его неправильно и не способны определить его форму и размер. Более 40% детей 9—10 лет связывают функции сердца с дыханием, к 13 годам большинство понимает значение сердца для кровообращения. Знания о легких отрывочны и смутны. Их редко (8%) упоминают до 9 лет и немногим чаще в старшем возрасте. Еще в возрасте 7-11 лет почти 50% детей думают, что легкие находятся в шее, глотке или голове. Дети старше 10 лет локализуют легкие в большинстве случаев правильно, но размер их недооценивают. Некоторые даже в более старшем возрасте думают, что легкие служат для жевания, увлажнения рта и т. д. Связь легких с дыханием отметили только дети старше 9— 10 лет. До 9 лет дети самостоятельно не упоминают желудок как часть тела [Nagy M. N., 1953]. Начиная с 7 лет, дети могут знать о пищева-

рительной функции желудка, но почти половина старших детей неправильно располагает желудок на рисунке человека и неверно очерчивает его размер. Удивительно мало известно детям о мочевом пузыре и мочеиспускании, они нередко путают мочевой и пищеварительный тракт. До 13—14 лет лишь немногие связывают выделение мочи с мочевым пузырем.

Дети, которым доступна информация о строении тела, лучше знают о частях тела, органах, их функциях и имеют больше возможностей «построить» адекватную ВКБ.

Еще большее значение для создания ВКБ имеют знания детей о болезнях и их причинах. Исследование пациентов с болезнями сердца, опорно-двигательного аппарата и здоровых детей показало, что состояние их здоровья оказывает влияние на создание концепции болезни. Немногие больные 8-12 лет понимают разнообразие причин болезней, чаще они убеждены, что для развития заболевания достаточно попадания микроба в организм. Они не могут учитывать ни состояние организма, ни качество возбудителя [Nagy M. N., 1953]. На примере респираторных заболеваний у детей 5-10 лет показано, что имеется три стадии развития представлений об их причинах [Bios P., 1978]. Для первой, описательной стадии характерно объяснение причины через перечисление состояний, ситуаций или действий, совпадающих с началом болезни. В 5 лет ребенок в ответ на вопрос о причине болезни может сказать «потому, что мальчик кашляет рядом», но не сумеет объяснить связь между этими событиями. На второй, исследовательской, стадии он называет реальную вредность, которая привела к заболеванию, но не объясняет ее действие. Достигнув третьей стадии, ребенок способен более или менее правильно объяснить механизм возникновения болезни.

Психологический анализ показывает, что дети часто рассматривают свои болезни как наказание за плохое или запрещенное поведение: $^{2}/_{3}$ обследованных 4—16 лет (госпитализированных и здоровых) считают, что болезнь — результат нарушения правил поведения [Gellert E., 1978], осуждают себя за проступки, якобы вызывающие заболевание. Младшие подростки и младшие школьники чаще всего видят причины возникновения заболеваний в нарушении питания и гигиенических правил. 20% младших и 10% старших школьников не могут ответить на вопрос о причинах болезней. Часть старших детей видели причину болезни в наследственной предрасположенности, конфликтных ситуациях в школе и дома. Полагают, что мнение о причине заболевания меняется у ребенка в зависимости от того, здоров он или болен. Чувства беспокойства и вины, которые часто переживают здоровые дети из-за семейных неурядиц, мастурбации, менструации и др., могут восприниматься ими как причина заболевания, когда оно возникло.

В зависимости от возраста дети по-разному описывают заболевание. Описание болезни младшими подростками отличается использованием характеристик эмоционального состояния: «плохое настроение», «одиночество», «тоска», «неполноценность», «плакать хочется». Для младших школьников более значимы внешние проявления болезни: «бледный», «вялый», «кашель», «насморк», «жар». Дети 12—14 лет менее оптимистичны в отношении предсказа-

ния исхода своего заболевания. Они связывают перспективу своего выздоровления со степенью серьезности болезни.

**Понимание детьми смерти, ее универсальности и необратимости**

Для понимания психики больного ребенка и его ВКБ особого исследования требует осознание им смерти, как завершения жизни, и процесса умирания. По мнению S. Anthony (1971), для большинства детей-дошкольников смерть не представляется пугающим явлением. Примерно половина детей этого возраста в своем лексиконе нередко используют такие слова, как «смерть», «похороны», «убийство» или «покойник», употребляют их, говоря о печальных событиях или испуганных людях. Некоторые дошкольники никак не реагируют на произнесенное слово «смерть», другие не знают его значения («быть больным», «попасть в больницу»). При столкновении со смертью (животных, насекомых) дети игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции (избегают контакта, радуются совершенному убийству маленького животного, наблюдают за последствиями своего нападения на насекомое). Понятия смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления у детей этого возраста не может быть, так как у них еще преобладает дооперациональное мышление [Hostler S. L., 1978]. Они говорят о смерти как о временном явлении, не признают ее необратимость и понимают как долгий отъезд или сон. Согласно другим исследованиям, 20% дошкольников (5—6 лет) считают, что у домашних животных смерть обратима, а около 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти [Mclntire M. S. et al., 1972]. Смерть родителя, сверстника или домашнего животного из-за магического мышления, представляющего смесь фантазий и фактов, дошкольник интерпретирует как результат его желаний или утверждений, что нередко приводит к сильному чувству вины [Hostler S. L., 1978]. В то же время смерть родителей — не только разлука с воспитывающими и защищающими эмоционально значимыми фигурами, но и полная покинутость ими. Именно заброшенность пугает ребенка. Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, привязанности ребенка к умершему и уровня развития. Его отношение к смерти в семье отличается от реакции близких ему взрослых. Его грусть интенсивна, коротка и часто возвращается вновь. Для понимания случившегося ребенок нуждается в простых доступных объяснениях. Иногда родные считают, что ребенок не осознает произошедшее. Однако он также печалится. Это можно обнаружить в его играх, снах, фантазиях и даже симптомах психосоматических расстройств.

Понимание смерти детьми 5—9 лет отличается от более младших детей. Они персонифицируют смерть либо как определенное лицо, либо идентифицируют ее с умершим. Дети думают, что смерть невидима, стремится быть незамеченной, прячется на кладбище [Maurer A., 1966]. Другие исследования не обнаруживают персонификации [Koocher G. P., 1974]. Различие объясня-

ется культурными особенностями, религиозным воспитанием или различными стилями детской психологической защиты. Дети нередко считают, что смерть — наказание за плохие дела. В этом суждении сказывается не преодоленный эгоцентризм и магическое мышление. Школьники в отличие дошкольников признают, что смерть может случиться в любой момент от 7 лет до 300 лет. После смерти, как думают одни школьники, «покойник уносит детей на небо», другие — «куда-то далеко, в чистилище или в рай». Они полагают, что после смерти «закопают» (52%), «попаду на небо», «буду жить и после смерти», «подвергнусь божьей каре» (21%), «организуют похороны» (19%), «засну» (7%), «будут помнить другие» (5%), «перевоплощусь» (4%), «кремируют» (3%). Мнения о причине смерти у детей противоречивы. Чаще называют конкретные воздействия (ножи, стрелы, пистолеты, топоры, животные, огонь, взрывы, рак, сердечные приступы, возраст), а не общие процессы. Детские переживания дома и за его пределами влияют на формирование понятия о смерти. Дети школьного возраста плохо используют в своей жизни уже имеющиеся представления о смерти, ее природе, причинах и последствиях, даже страдая неизлечимой болезнью или находясь в опасной для жизни ситуации. Это связано с большими изменениями в понимании смерти, происходящими за короткое время. Существует множество условий осознания процесса умирания детьми, предшествующего формированию той концепции, которая принята взрослыми. Состояние сильной тревоги или соматическая болезнь затрудняют осмысление таких представлений. Вопросы «я умираю?» могут не отражать правильного понимания происходящего. Лучшую информацию об истинных переживаниях ребенка школьного возраста дают его игры, рисунки, фантазии, рассказы или своеобразное поведение. Эта возрастная группа при сравнении с любыми другими оказалась наиболее вариабельной в отношении понимания смерти. Для детей между 6 и 10 годами смерть становится более реальной, окончательной, универсальной и неизбежной, но только в конце этого возрастного периода они признают собственную бренность. Объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии; формируется понимание разницы между живым и неживым, живущим и неживущим. К концу этого возрастного периода дети понимают, что смерть — часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

Подростки, уже имеющие отвлеченное мышление, способны принять мысль о собственной смерти. Будущая судьба и собственная кончина становятся для них очевидными. Чтобы преодолеть тревогу, вызываемую этим знанием реальности, они используют отрицание такой возможности. Они фактически игнорируют смерть, создавая опасные для жизни ситуации — гонки на мотоциклах; эксперименты с химическими веществами, нарушающими сознание; подъемы на высоту, без обеспечения безопасности; отказ от назначений врачей и советов близких при тяжелых заболеваниях. Причину смерти подростки видят в изнашивании тела, нарушении работы органов. В возрастной группе 13-16 лет 20% подростков верят в сохранение сознания после смерти, 60% — в существование души и еще 20% — в смерть как прекращение физической и духовной жизни [Mclntire et al., 1972]. В другом исследова-

нии было показано, что слово «бог» в ответах на вопросы о смерти используют 7% подростков, а 21% косвенно указывают на возможность сохранения жизни в раю или аду. Беспокойство подростков о своей смерти взрослые должны пытаться смягчить. 700 подростков, когда их спрашивали о смерти, обнаружили несколько вариантов реакций: осознавание, отвержение, любопытство, презрение, отчаяние. Сталкиваясь с мыслью о собственной кончине, подросток понимает, что не достигнет намеченной жизненной цели, а это приводит к серьезным разочарованиям.

Важной частью внутренней картины болезни является отношение ребенка к лечению. Дети 9-14 лет понимают, что для выздоровления надо лечиться. Младшие из них наиболее важным считают соблюдение режима, диеты и выполнение требований гигиены, установленных взрослыми. Часть старших детей отмечает, что для ослабления болезненных явлений важно душевное состояние: «быть веселым», «не падать духом». Отдельные подростки в хорошем настроении, оптимизме видят единственное средство лечения. Для предупреждения повторного заболевания, помимо соблюдения диеты, выполнения гигиенических правил, приема лекарств, отмеченных $^1/_3$ всех наблюдавшихся детей, примерно еще $^1/_3$ думает о необходимости «не повторять прежних ошибок». Важно отметить, что описание любого заболевания дети делают, главным образом, на опыте собственной болезни. Так, например, больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта используют для характеристики болезни такие симптомы, как вялость, бледность, боли в животе, диспептические расстройства. Старшие пациенты акцентируют внимание не только на соматических проявлениях, но и на общем состоянии (страх, плаксивость).

Представления детей о влиянии лекарственных веществ на организм и о самом процессе лечения изучены мало. Имеются отрывочные сведения о том, что дошкольники боятся переливания крови, так как думают, что «вытечет вся кровь», а внутривенных инъекций — из-за возможности «утонуть». Только 10% больных детей при исследовании с использованием прожективных тестов отмечают те или иные виды лечения. Большинство опрошенных не представляет, как можно помочь своему выздоровлению. Меньшая часть предполагает, что пребывание в постели — одно из условий выздоровления. 30% обследованных детей понимает лечение как наказание или что-то враждебное. Очень редко дети относят к лечению оральное применение лекарств и ограничение активности, значительно чаще — хирургические операции [Peters B. M., 1975].

С другой стороны, известны игры детей со случайно попавшими в руки таблетками или жидкими лекарствами, которые они принимают за сладости и нередко угощают ими друг друга. Для одного ребенка фармакологическое средство, медицинская процедура кажутся опасными, неприятными, нежелательными, а для другого — безразличными или даже обещающими улучшение состояния. И в том, и в другом случае дети требуют специального подхода, позволяющего не только объяснить прием лекарств, но и создать необходимое положительное эмоциональное отношение к лечению в целом.

Дети нередко просят медсестер быть рядом с ними при врачебных осмотрах и процедурах, а по завершении острого периода болезни с благодарностью вспоминают их и врачей.

### Жизненный опыт ребенка и внутренняя картина болезни

**В** построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт и особенно опыт ранее перенесенных болезней. Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить актуальную ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами, обобщить имеющиеся сведения и использовать их для понимания переживаемого. С возрастом это удается все лучше, а потому то, что было пережито ребенком недавно (особенно ребенком среднего школьного возраста), может наложить серьезный отпечаток на ВКБ. Болезни близких с благоприятным исходом, без явных страданий и опасений со стороны окружающих создают более оптимистический фон, чем недавний траур по поводу кончины члена семьи или соседа. Отрицательную роль в формировании ВКБ могут сыграть наблюдаемые ребенком неоднократные обострения тяжелых хронических заболеваний у живущих совместно родственников, особенно если при этом озабоченные родители часто вызывают «скорую помощь». Собственные даже многочисленные болезни, перенесенные в раннем детстве, не оставляют осмысленного воспоминания, не накладывают такого отпечатка на переживания, как недавние, особенно воспринятые как серьезная угроза здоровью. В большей мере на формирование ВКБ влияет атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за возможных или уже развившихся у ребенка заболеваний. Но и собственные переживания боли, дискомфорта, опасения за свою жизнь или здоровье, из-за ограничения активности или отрыва от родителей и сверстников в связи с болезнью — существенный фактор, участвующий в создании ВКБ. Неприятные воспоминания оставляют после себя любые хирургические операции, инструментально-диагностические исследования и лечебные процедуры. Естественно, что опыт и менее болезненных состояний и процедур также может повлиять на отношение ребенка к болезни.

**Информация** о **болезни** может быть получена от родителей, других взрослых, сверстников, из школьной программы, книг, радио- и телепередач. Для ребенка наиболее эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей. Именно к ним он обращается за разъяснениями, они водят его в лечебные учреждения, приглашают врача, обсуждают с больным ребенком проявления болезни, ее течение и вероятность выздоровления. С малых лет ребенок верит в непогрешимость родительских сведений, поэтому общая и медицинская культура семьи, определяющая представления о болезнях, участвует в построении ВКБ. Проведенное О. А. Шевяховой (1998) исследование подтверждает эти наблюдения. Дети 10—12 лет получают сведения о болезнях в 60% случаев от родителей, в 20% — от учителей и более чем в 10% — из средств массовой информации. Однако дети того же возраста, опрошенные во время болезни (вегетососудистая дистония), почти во всех случаях утверждают, что их информировали родители. В то же время, менее 50% детей с умственной

отсталостью были информированы о болезнях родителями, по 20% детей получили эти сведения от учителей, сверстников и из телепередач. Таким образом, источники информации о болезнях у здоровых детей, длительно болеющих и отстающих в психическом развитии, по мнению опрашиваемых различны. Этому может быть несколько объяснений. Здоровые дети в момент опроса могут вспоминать всех, кто им говорил о болезнях. Часто болеющие дети постоянно обсуждают проявления своей болезни с родителями, о чем и сообщают интервьюеру, возможно, забывая о других источниках. Ответы умственно отсталых можно интерпретировать как показатель недостаточного контакта этих детей с родителями, возможно, из-за неумения последних снабдить необходимой информацией. Иллюстрацией чрезмерного влияния может быть утрированная забота о ребенке, проявляемая ипохондричными родителями, которые «трясутся» не только из-за собственного здоровья, но и здоровья детей. Именно в этих случаях у ребенка, не способного получать необходимую объективную информацию из других источников, возникает неадекватно пессимистичная оценка заболевания, отражающая общую атмосферу в семье.

Влияние других взрослых в первую очередь зависит от их положения по отношению к детям. Если ребенок глубоко привязан к воспитателю детского дома, детского сада, интерната, взгляд взрослого на болезнь будет принят ребенком без особой критической переработки. Для детей, больных сахарным диабетом, особое значение имеет общение с врачом и медицинским персоналом. Именно от них абсолютное большинство маленьких пациентов получает первоначальные сведения об особенностях болезни, необходимости упорного и постоянного лечения, регулирования питания, возможных последствий при невыполнении режима. Информация, идущая от родителей, родственников, из книг занимает значительно меньше места [Зелинский С. М., 1990]. Старшие дети много времени проводят в группах сверстников — в школе, во дворе, в спортивной команде. Мнение представителей этих референтных групп о болезни — подчас глубоко наивное, ошибочное и даже нелепое — может стать составной частью ВКБ ребенка. Оно может способствовать формированию поведения, адекватного болезненному состоянию (правильная реакция на осложнения, дисциплинированное исполнение лечебных назначений и диеты), и отрицательному образу действий (фальсификация анализов, тайное нарушение режима и диеты). Иными словами, создавшаяся психосоматическая ситуация (например, хроническое заболевание) проявляется поведением, которое определяется перечисленными факторами.

Знания, полученные в школе, как правило, не дают ответа на вопросы о конкретной болезни. Однако развитие мышления и его тренировка, приобретение общих сведений — предпосылки для адекватного построения ВКБ.

Средства массовой информации более доступны старшим детям. Они способны знакомиться с научно-популярными программами радио и телевидения, статьями в журналах и газетах, книгами и специальными источниками медицинских знаний. Однако освоение литературы, просмотр телевизионных программ без помощи взрослых не только не приводит к желаемому ре-

зультату, но и часто осложняет положение. Дети неправильно усваивают информацию, не умеют ее применять для осмысления своего болезненного состояния, нередко пугаются того, что узнали. Еще больше затруднений испытывают те, кто не может получить правильную и исчерпывающую информацию о болезни в семье, и, столкнувшись с новыми для них понятиями (полученными от специалистов), должны изменять свое отношение к заболеванию. Возникающий конфликт привносит дополнительные психологические трудности и препятствует созданию адекватной **ВКБ.**

**Преобладающие эмоциональные отношения,** вытекающие из особенностей личности и половой принадлежности ребенка, могут оказаться решающими при формировании ВКБ. У детей с преморбидными и формирующимися в процессе заболевания гипертимными, невропатическими, шизоидными, тревожными или истероидными чертами, робостью, эмоциональной лабильностью, взрывчатостью или неустойчивостью под влиянием воспитания формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, определяющие отношение к болезни.

В связи с особенностями эмоциональных отношений могут возникнуть **три основных типа ВКБ** [Резникова Т. Н., Смирнов В. М., 1979]:

1) гипонозогнозический с эмоциональной недооценкой симптомов, игнорированием болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего состояния, завышением ожидаемых результатов лечения;
2) гипернозогнозический с избыточной эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести проявлений заболевания, неверием в успешность лечения;
3) прагматический со стремлением к реальной оценке заболевания и его прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять все лечебные предписания.

Описаны варианты этих основных типов, встречающиеся у детей [Личко А. Е., 1980; Фролов Б. Г., 1976]:

- тревожно-фобический;
- депрессивно-астенический;
- ипохондрический;
- истерический;
- эйфорически-анозогнозический.

Все типы отношения к болезни, наблюдающиеся в детском возрасте, формируются благодаря эмоциональной и интеллектуальной оценке своего состояния. Из-за недостатка или при неправильности сведений о болезни, невозможности критического отношения к переживаемому, фиксации на определенных частях тела, как у взрослых, так и у детей возможно искажение ВКБ.

### Особенности половой принадлежности

Зависимость формирования ВКБ от пола была показана на больных детях с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, почечными заболеваниями, лей-

козом. Оказалось, что уровни самооценки и конфликтности у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек, страдающих этим же заболеванием. У девочек чаще происходит вытеснение представления о заболевании, которым они больны [Поппе Г. К., Броуде Л. Б., 1990]. Дети, страдающие сахарным диабетом, в зависимости от пола по-разному формулируют причину заболевания. Различные типы переживания этой болезни у девочек и мальчиков приводят к тому, что ВКБ у них формируется по-разному [Зелинский С. М., 1990]. Половые различия в реагировании личности на острый лейкоз проявляются в том, что девочки быстрее адаптируются к изменению жизни, связанному со смертельно опасным заболеванием, несмотря на то, что чаще испытывают опасения за свое будущее. Переживание болезни у девочек носит более объективный характер, чем у мальчиков [Шац И. К., 1986].

**Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства**

Среди переживаемых ребенком во время болезни сопутствующих психотравмирующих обстоятельств на первом месте находится госпитализация. Она сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных и иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования в своих возможностях и способностях. У детей до 11 лет только помещение в больницу, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, возбуждает страх, который вытесняет полученную перед больницей подготовку [Schwartz A. H., 1972]. Дети сообщают, что при поступлении в больницу «было страшно», «грустно», «хотелось плакать». Больные младше 10 лет не могли описать своих переживаний при направлении в больницу, но и они жаловались, что «очень-очень хочется домой». Негативные переживания усиливаются при каждой повторной госпитализации. Во многих случаях это объясняется страхом, который дети 7—10 лет испытывают перед врачами и перед болезненными процедурами (Т. И. Иоаниди, 1998). Психическая травматизация углубляется и становится более длительной. Даже понимание старшими детьми пользы лечения в больнице не снимает отрицательного отношения к госпитализации [Шац И. К., 1989]. Стресс, связанный со страхом перед больницей и переживанием заболевания, искажает ВКБ. Причину отрицательных эмоций при госпитализации видят в отрыве ребенка от людей, к которым он привязан, а также в том, что он воспринимает случившееся как наказание. Ребенок страшится встречи с чужими незнакомыми людьми, поведение которых кажется ему враждебным и опасным. При этом, чем он более эмоционально зрел, тем выше его способность быть вдали от близких. Прекращение посещения детского сада или школы, прерывание обычной деятельности, нарушение повседневного режима вместе с отрывом от родителей, братьев и сестер, товарищей по играм и учебе, привычных вещей и занятий нарушает у ребенка чувство безопасности и уверенности в своем благополучии. Реакция ребенка на госпитализацию зависит от возраста, семейных отношений, модуса воспитания, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в больницу, природы заболевания,

подготовки перед поступлением в стационар, посещений родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для ослабления тревоги у пациента, реакций родителей, восприятия больным госпитализации [Barowsky E. J., 1978]. Дети первых 6 месяцев при госпитализации страдают не только от разлуки с матерью, но и от присутствия чужих лиц. Это приводит к тревоге, нарушению поведения, ослабляет возможности исследовательской активности и обучения. После 6-7 месяцев, когда уже возникла привязанность к матери, младенец при отделении от нее не получает необходимых для него подтверждений ее существования, что ведет к тревоге. Ребенок 2-4 лет предполагает, что родители к нему вернутся, но из-за неразвившихся представлений о времени не знает, когда это произойдет, и потому тревожится, часто не может устанавливать новые отношения на непривычном для себя месте. Реакции ребенка до 5 лет на госпитализацию довольно устойчивы. После выписки у 22% детей обнаруживают трудности приспособления, нарушения поведения, раздражительность, непослушание, расстройства сна, реже — энурез, аффективную взрывчатость, расстройства пищевого поведения (отказ от приема пищи, прожорливость), речевую патологию [Douglas J. W., 1975].

Чтобы уменьшить эмоциональную травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки к ней следует по возможности понятно объяснить все, что произойдет с ребенком в больнице, тогда ВКБ будет более адекватна. Значительно уменьшают тревожное напряжение посещения родителей и других близких родственников. Оказалось, что более частые и более продолжительные визиты родных заметно изменяют содержание ВКБ и облегчают приспособление ребенка к жизни в больнице.

### Отношение родителей к болезни ребенка

Представления ребенка об окружающем мире и о болезни отражают мировоззрение родителей. Еще в большей мере это относится к их чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, «вызвавшее болезнь». При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у него возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем [Калашников Б. С, 1986]. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа.

Болезнь ребенка в подавляющем большинстве случаев семья переживает как исключительное событие. Современные семьи, как правило, имеют мало детей, поэтому болезнь единственного или одного из 2-3 детей превращает-

ся в драму. К единственному ребенку, за которым, как думают родители, вряд ли последует другой, возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки, с ним связывают надежды на поддержку в старости. Для многих родителей утрата единственного чада не просто потеря близкого человека, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создают оранжерейные условия воспитания, его оберегают от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. Изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя тревожатся о его благополучии. Особенно это касается возможных или уже возникших заболеваний. На развитие психосоматической ситуации в настоящее время влияет и много других обстоятельств.

Первое — невысокий уровень собственного здоровья многих родителей, частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. Будучи людьми слабого здоровья, родители переносят тревогу за свое благополучие и даже жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней они не будут способны воспитать сына или дочь.

Второе — широкая информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний и вредностей окружающей среды. Неловкие усилия средств массовой информации и санитарного просвещения привели к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители не создают условия для закаливания и физических нагрузок и не способствуют укреплению сопротивляемости организма ребенка.

Третье — убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни и детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят ребенка от одного специалиста к другому.

Указанные обстоятельства проявляют себя неодинаково, в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых заболеваний, а при их появлении и плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные нередко уделяют ребенку недостаточно внимания вообще, а во время болезни, в частности.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хва-

тало заботы и внимания, то и во время его болезни в такой семье не обеспечат всем необходимым. Некоторые родители, поняв, что до болезни ребенка недостаточно заботились о нем, перестраиваются и предоставляют ему все необходимое. В других семьях, где восхищаются любым поступком ребенка, во время болезни забота усиливается. В таких случаях приходится предупреждать, что своими добрыми намерениями родители могут нанести ребенку вред. К сожалению, это недостаточно учитывают при излишнем укутывании от предполагаемого охлаждения, при организации слишком утомительных для больного чтений, просмотров телепередач или других развлечений.

На психосоматическую ситуацию, возникающую вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие к его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веры в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него улучшается настроение и общее состояние, когда родители верят не только в отдаленный успех, но и осознают правильность проводимой терапии. Все это — залог образования адекватной ВКБ.

### Влияние медицинского персонала на формирование внутренней картины болезни

Врач в процессе обследования, подготовки к госпитализации, болезненным процедурам и операциям оказывает на ребенка большое психологическое влияние. Его доброжелательное, душевное отношение, понятные разъяснения, использование медицинских и немедицинских средств, для уменьшения болезненности манипуляций положительно влияют на ВКБ. Недооценка детских представлений о здоровье, болезни и лечении может привести к тому, что в ответ на манипуляции и разъяснения медперсонала по механизму внушения или контрвнушения возникнут неправильные мысли и неадекватное отношение к болезни. ВКБ в этих случаях может носить либо гипер-, либо гипогнозический характер. Роль врача состоит и в том, чтобы чутко следить за психологическим состоянием больного ребенка, своевременно смягчать эмоциональное напряжение, предотвращать негативные реакции, исправлять его представления о страданиях и лечении. Врач должен создавать благоприятную окружающую среду для ребенка, привлекая персонал, других детей, родителей к созданию игровых программ, уголков для игр и занятий, красочному оформлению интерьеров медицинских учреждений. Это снизит тревожное беспокойство маленьких пациентов и создаст наиболее адекватное отношение к болезни и лечению, максимально уменьшит риск возникшей психосоматической ситуации.

## Восприятие симптомов болезни и представления о ней

От ребенка и (или) родителей врач получает сведения об имеющихся симптомах, узнает, что больше всего тяготит пациента, от чего он больше всего страдает. Однако для правильного терапевтического подхода и успешного проведения лечебно-реабилитационной программы врач должен ответить на вопрос — какова у ребенка концепция болезни. Для этого ему придется на понятном для больного языке выяснить понимание причин, механизмов болезни, предположение об исходе и возможных результатах лечения. Лишь в этом случае будет возможно говорить о ВКБ и использовать ее анализ для психотерапии с целью достижения большей эффективности лечения. О сложности восприятия детьми своего заболевания можно судить, например, по переживаниям больных с острым лейкозом. В зависимости от фазы и тяжести заболевания дети по-разному оценивают свою болезнь. При отсутствии явных признаков лейкоза больные связывают болезнь с кровью, локализуют ее в животе или груди. В активной фазе болезни отмечают ее серьезность и опасность. При ослаблении симптомов больные не отрицают тяжесть своего страдания, подчеркивают невозможность поддержания полноценной жизни (посещение школы, занятия спортом). Дети, болеющие недавно, считают свою болезнь «редкой, нехорошей, трудной». Через несколько лет они называют ее «самой главной, самой страшной среди всех болезней». Несмотря на это, самым неприятным в своем заболевании дети 7-10 лет считают люмбальные пункции и инъекции, а старшие (11-12 лет) к этому добавляют пребывание в больнице и даже (13-15 лет) препятствия к удовлетворению познавательных потребностей. Вне зависимости от возраста, $^{2}/_{3}$ Детей жалуются на то, что при мысли о своем заболевании падает настроение: «хочется плакать», «становится плохо на душе» [Исаев Д. Н., Шац И. К.,1985]. Таким образом, приходится учитывать, что у детей ВКБ в большей мере представлена на эмоционально-чувственном (неосознанном) уровне, чем на уровне логического понимания (сознательном). Среди причин неполного осознания могут быть недостаточная информированность, по-детски наивные знания, искажающие истинные представления о болезни, недостаточная зрелость интеллектуально-мнестических функций, психологическая защита. «Расшифровав» ВКБ, педиатр реконструирует те ее элементы, которые частично или полностью не осознаются. Даже в процессе психотерапевтической беседы врач помогает больному создать, насколько это возможно, полную и адекватную ВКБ, как основание для терапевтически продуктивных взаимоотношений.

Переживания ребенка во время болезни могут усугубить его состояние, помешать проведению лечения, замедлить процесс выздоровления. Настроение больного, а вместе с ним и его физическое состояние могут ухудшиться в связи с чрезмерным чувством вины, которое испытывает ребенок перед родителями за то, что возникло заболевание.

Ухудшение самочувствия маленького ребенка может быть следствием боязни, что родители оставили его в больнице навсегда. Пессимистические представления об исходе заболевания, как правило, утяжеляют его симптомы и

затягивают выздоровление. На течении болезни может сказаться неблагоприятная обстановка в семье. Постоянные волнения из-за непрекращающихся конфликтов резко ухудшают эмоциональный фон, а вместе с ним и силу сопротивляемости организма.

Исказить проявления заболевания и ухудшить его исход может тесный контакт ребенка с другим тяжело больным или умирающим, а также присутствие при гибели другого человека. Следует советовать родителям формировать у детей понятие о здоровье, болезни, средствах лечения, объяснять им строение и функции частей и органов человеческого тела. Это необходимо так же, как обучение грамоте и гигиеническим навыкам. Начинать надо с ранних лет. Все объяснения должны соответствовать возрасту и быть максимально доступными, наглядными и достаточно краткими. В дальнейшем, по мере взросления ребенка, необходимо снова и снова возвращаться к этим темам, но уже на другом более сложном уровне, углубляя представление о предмете и дополняя его новыми сведениями. Не следует ждать вопросов на биологические и медицинские темы. Для их раскрытия родители могут воспользоваться любым подходящим случаем. Можно, например, обсудить все то, что переживает во время болезни член семьи, сосед или герой теле-, кино-, видеофильма, литературного произведения. Объяснять происходящее в организме больного и раскрывать его переживания следует с большой осторожностью. Необходимо помнить, что ребенок, будучи внушаемым или тревожным и ипохондричным, может после бесед испытывать чувство страха, обнаруживая у себя те серьезные заболевания или недостатки, о которых ему рассказывали на примере других людей. В связи с этим каждый разговор о болезнях следует заканчивать на оптимистичной ноте, убеждая ребенка в том, что имеются большие возможности по сохранению здоровья. Родителям нужно быть очень осторожными во время бесед на эти темы, нравоучений и наказаний. Нельзя постоянно укорять ребенка за то, что появившиеся у него даже незначительные отклонения в состоянии здоровья своим происхождением обязаны непослушанию, нарушению режима и игнорированию указаний взрослых. Можно посоветовать проводить дома такие игры и занятия, в которых бы уделялось внимание знаниям о строении и функциях тела человека и животных, о психике человека и ее роли в жизни людей. Желательно, чтобы ребенок не только знал о средствах сохранения и укрепления здоровья, но и приобретал навыки, укрепляющие его. Он должен понимать предназначение физических упражнений, водных процедур, режима дня, сна, диеты.

Обучение мерам по предупреждению болезней должно быть ненавязчивым, без употребления непонятных и пугающих слов, устрашения, но достаточно определенным и решительным. Следует указать ребенку, какая роль отводится ему самому в защите своего здоровья.

Отдельного упоминания заслуживает необходимость подготовки ребенка к посещению врача, лечебным процедурам, стоматологическим и хирургическим операциям, госпитализации. При этом придется учитывать особенности детской личности, ее возраст и предшествующий опыт.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Понятие «ситуация», используемое в психологии, раскрывается как внешние условия протекания жизнедеятельности человека. Многие авторы рассматривают ситуацию не как совокупность элементов объективной действительности, а как результат активного взаимодействия личности и среды. Ситуацию, таким образом, определяют как систему субъективных и объективных элементов, объединяющихся в деятельности субъекта [Бурлачук А. Ф., КоржоваЕ. Ю., 1998].

**Объективные элементы:**

- □ стимулы (отдельные объекты или действия);
- □ эпизоды (особые значимые события);
- □ ситуации (физические, временные и психологические параметры);
- □ окружение (обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций);
- □ среда (совокупность физических и социальных переменных внешнего мира).

**Субъективные элементы:**

- □ межличностные отношения;
- □ социально-психологический климат;
- □ групповые нормы;
- □ ценности;
- □ стереотипы сознания.

Ситуация всегда субъективна, так как она всегда «чья-то» и в отличие от «среды» относительно кратковременна. Определение ситуации происходит посредством придания значения объективной ситуации [Shibutani T., 1969]. Таким образом, она становится субъективной, фактически поведение человека определяется не столько внешним окружением, сколько его интерпретацией этого окружения. Влияние ситуации опосредуется воспринимающе-когнитивными системами индивида [Magnusson D., 1983]. А. Н.Леонтьев (1975) оперирует близким по смыслу понятием «личностного смысла», являющимся оценкой субъекта значения объективных обстоятельств и его действий в них. Чтобы обозначить уязвимость личности к определенным факторам среды, было предложено понятие значимой ситуации [В. Н. Мясищев, 1960]. Введение в научную терминологию термина «жизненная ситуация» было обусловлено желанием осмыслить сущность поведения человека, которое зависит от особенностей его личности и существующих обстоятельств в определенное время. Несмотря на дискуссии, отдать предпочтение в этом взаимодействии как личности, так и ситуации очень трудно. Правильнее — не

выявлять приоритеты, а рассматривать поведение индивида в определенных обстоятельствах как результат личностно-ситуационного взаимодействия. D. D. Clarke, R. Hoyle (1988) предлагают объяснять поведение, анализируя ситуационно-поведенческие связи. По их мнению, поведение меняется от ситуации к ситуации, а способ его изменения зависит от особенностей людей. При этом оба процесса самостоятельны и различны.

Трудные, драматические, а иногда и трагические обстоятельства создаются у больных. Их личностные отношения, сталкиваясь с неблагоприятной жизненной ситуацией, возникшей в связи с болезнью, приводят к развитию психологического конфликта. Больной воспринимает свою соматическую болезнь как объективное поражение органов или систем, и как потрясение потому, что нарушенные телесные функции вызывают изменения восприятия и оценки своего тела. Такие переживания могут настолько сконцентрировать пациента на своих страданиях, что достигнут степени ипохондрических. Вследствие этого может возникнуть эмоциональная реактивная сдержанность, которая обычно сопровождается ограничением интроспекции и рефлексии. За этим периодом следует стадия утраты объекта. Защищаясь от заболевания, больной становится злобным, раздражительным, враждебно настроенным; он почти все время озабочен мыслью: «почему я, а не кто-то другой?» Несмотря на то, что раздражительность, главным образом, — продукт физического истощения, больной пытается подавлять фрустрационно-агрессивные стремления, так как его поведение может изменить отношение семьи и медицинского персонала, от которых он зависит. Возникающие с течением времени у «хронических» больных страх и депрессия — следствие не только подавления фрустрационной агрессии, но и проявление эмоционального потрясения в связи с болезнью. Одновременно у больных отмечается желание зависимости, появление которой является не столько инфантильной рефессиеи, сколько своеобразной формой социальной адаптации. У них может также возникнуть отрицание реальности своего состояния, являющееся механизмом самосохранения. Внутренние страдания при этом могут восприниматься как результат внешней травматизации. Все переживания могут достичь степени невротического конфликта. Описывая вторичные психические изменения при соматических болезнях, H. Freyberger (1999), указывает, что они встречаются при экстремальных медицинских ситуациях: интенсивной терапии, лечении диализом, пересадках органов, лечении онкологических больных. Взаимодействие личности соматически больного с обстоятельствами, которые создаются во время болезни, называют психосоматической ситуацией. Наиболее распространено употребление этого термина для жизненных обстоятельств, в которых оказываются больные с хроническими заболеваниями. Больной поразному оценивает свое заболевание. Он может считать болезнь [Lipowski Z. J., 1969]:

- □ препятствием, которое следует преодолеть;
- □ наказанием за плохое поведение;
- □ проявлением слабости организма;
- □ облегчением, позволяющим уйти от социальных требований;

- инструментом для приспособления к жизни;
- невозвратимой потерей;
- положительной ценностью, позволяющей проникнуть в смысл жизни.

В зависимости от значения болезни для личности больного формируются его поведение и образ жизни. Интрапсихические, поведенческие и социальные реакции на болезнь незаметно сливаются с психологическим и социальным функционированием больного, которое было к началу болезни. Психологические факторы влияют на течение и исход болезни, время обращения за помощью, манеру предъявлять жалобы, желание лечиться и реакцию на реабилитацию. Они вмешиваются в систему отношений, сложившихся в семье, во взаимоотношения с врачом и другим медперсоналом, в преодоление больным болезни, инвалидности, стремление к реабилитации. Понятие «болезненное поведение», выработанное медицинскими социологами, объясняет многие поступки больных. Это понятие полезно, так как уже сам факт его существования ставит вопрос об улучшения адаптации больного к болезни, а затем и реабилитации. Таким образом, анализ психосоматической ситуации, возникшей у больного с хроническим заболеванием или инвалида, дает возможность врачу и психологу получить необходимые факты для терапии, которая улучшит и физическое, и психическое состояние больного; позволяет улучшить заботу о пациенте и точнее спланировать реабилитационные мероприятия. J. Jochmus, G. M. Schmitt (1986) описывают психосоматические ситуации у хронически больных детей и подростков. В качестве примеров заболеваний называют муковисцидоз, сахарный диабет, хроническую почечную недостаточность, онкологические заболевания.

## УМИРАЮЩИЙ РЕБЕНОК

Рассмотрим тот вариант психосоматической ситуации, который возникает у детей, страдающих смертельной болезнью — муковисцидозом. Муковисцидоз — наследственное заболевание, проявляющееся недостаточностью экзокринной функции поджелудочной железы, нарастающими бронхолегочными нарушениями, расстройствами желудочно-кишечного тракта, эндокринных желез, поражением суставов. Этиология — наличие гена, ответственного за выработку трансмембранного регуляторного белка, который встраивается в мембрану клетки. Симптоматику при этом заболевании объясняют поражением экзокринных желез, соединительной ткани, нарушением электролитного обмена. Продолжительность жизни при муковисцидозе в последнее время увеличилась, но не превышает 1,5—3 десятков лет. Наряду с соматической патологией развивается психоорганический синдром (88% случаев). Однако до того, как появятся психопатологические симптомы, больные, страдающие тяжелыми нарушениями во многих органах и системах и осозна-

ющие бесперспективность лечения, оказываются в сложной психосоматической ситуации. Положение больного осложняется затруднением социализации. Его стараются защитить от возможных инфекционных заболеваний из-за опасности непоправимых осложнений, а потому запрещают общение со сверстниками (посещение детских учреждений). По физическому состоянию больные не выдерживают школьный режим и остаются на домашнем обучении. Развивается чувство собственной неполноценности из-за слабости, неуклюжести, невозможности быстро передвигаться, быть со сверстниками на равных. Замедление полового созревания у подростков с муковисцидозом создает дополнительные «основания» для переживаний. В результате психосоматическая ситуация больного с муковисцидозом характеризуется следующим образом. Под влиянием описанных жизненно опасных соматических страданий, препятствий для вхождения в общество сверстников и трудностей формирования нормальной личности возникает комплекс переживаний. Отношение родителей к больному ребенку, которое можно охарактеризовать как фобию утраты, воспитательскую неуверенность, выраженную гиперпротекция, чрезмерную требовательность также влияют на формирование психосоматической ситуации больного. Большинство больных в беседе оценивают себя неадекватно, чаще всего завышая свои возможности и способности. Однако это — лишь проявление психологической защиты. Выполняя задания на проективных методиках, больные показывают сниженную самооценку, с чувством малоценности, самоуничижением, недовольством собой, подавленностью. Среди больных детей и подростков преобладает гипернозогнозическое отношение к болезни (ипохондрическое, обсессивно-фобическое и сенситивное), что при такой психосоматической ситуации, кажется оправданным тяжестью болезни, повышенной тревожностью членов семьи. Реже встречающийся гипонозогнозический тип отношения к болезни можно объяснить соответствующим отношением к болезни родителей или развитием сильной психологической защиты. Многие подростки, даже тяжело страдающие от муковисцидоза, свое будущее оценивают оптимистично. Весьма вероятно, что это связано с позицией родителей, ограждающих больных детей от неприятностей болезни и сопровождающих ее трудностей. У большей части больных наблюдается тревожное развитие личности, что можно объяснить истощением ЦНС и накоплением негативных переживаний. В процессе развития заболевания у всех больных формируются акцентуации характера: гипертимные, эмотивные, аффективно-экзальтированные, циклотимные. Происхождение этих изменений — тяжелое хроническое заболевание, сопровождающее его переживания больного, неадекватное воспитание (гиперпротекция, фобии утраты, воспитательская неуверенность). Родители больных отличаются чрезмерной тревожностью, преувеличением тяжести болезни ребенка, недооценкой способностей детей. Отдавая физические и душевные силы больному ребенку, родители сами нуждаются в серьезной психологической поддержке [Горлач Н. А., 1999].

В качестве иллюстрации психосоматической ситуации, возникающей в процессе умирания, приводим случай, представленный Л. В. Шульженко.

**ПРИМЕР**

Больной П, 14 лет, госпитализирован с диагнозом лимфосаркома. Первые симптомы появились полгода назад. Проведенная лапаротомия обнаружила множественные увеличенные до размеров 7 х4 см лимфатические узлы брызжейки. Жалобы на слабость, тяжелую «утомленность», отсутствие аппетита. Состояние очень тяжелое в связи с опухолевой интоксикацией и анемическим синдромом. Мальчик ориентирован во времени, месте, собственной личности. Вступая в контакт, проявляет осторожность. Выбирает темы для беседы. О своем эмоциональном состоянии говорит неохотно. Отвечает односложно: «Нормально» или «Да», «Нет». Знает диагноз и без неудовольствия поддерживает разговор о соматических проявлениях болезни. Расспрашивает о варианте течения заболевания, тактике лечения, частоте осмотров, характере процедур (пункциях, использовании наркоза). Внимательно относится к разъяснениям. В первые недели пребывания в больнице складывалось впечатление, что настроение ровное. Мальчик с нетерпением ждал ежедневного обхода, выслушивал назначения и советы врачей, отчеты медицинских сестер. Он искал поддержки у родителей, но не мог ее найти. Мать во время свиданий с ним плакала. Психотерапевтические беседы, во время которых мать получала информацию о том, как будет изменяться душевное состояние ее сына, как следует реагировать на его поведение и переживания, как управлять своими чувствами и благотворно действовать на него, не изменили поведение матери при общении с сыном. Сам больной прекратил заниматься любимым делом — рисованием, в котором преуспел, не брал в руки книги, хотя раньше увлекался чтением. В отделении проводил время за просмотром телепередач и компьютерными играми. В беседе избегал всего, что касалось его переживаний, но по-прежнему обсуждал свое физическое состояние. Разговор о прошлом и будущем поддерживал. Рассказывал о друзьях, оставшихся дома, о прежних взаимоотношениях с ними. В то же время, приезжая домой, к друзьям не выходил, так как «стеснялся своего вида». Охотно обсуждал свое будущее, строил планы: чем будет заниматься после выздоровления, с кем будет общаться, какую выберет профессию. Проявлял своеобразные реакции на манипуляции. В момент их проведения делал усилия над собой и говорил: «Я вытерплю все, без наркозов, обезболивающих, только скажите мне, что я поправлюсь». Действительно, он переносил все, даже самые болезненные манипуляции очень стойко, отказываясь от обезболивающих средств. Получал интенсивное специфическое лечение, вследствие чего возникла тяжелая реакция на метатрексат в форме язвенно-некротического стоматита, эзофагита. Позже появился асцит, усилился болевой синдром. Производилась пункция брюшной полости, выявившая серьезное ухудшение основного заболевания (большое количество клеток лимфоидного ряда в пунктате). Одновременно проводившееся симптоматическое лечение складывалось из антибиотиков, наркотических анальгетиков, сердечных гликозидов, препаратов крови. Во время резкого ухудшения заболевания, перед самой смертью больной умоляюще спрашивал: «Зачем? Ради чего я все это терпел? Мама, я не верю в Бога, его нет. Ведь я его так просил: Боженька, миленький, помоги мне, а я все вытерплю, все выдержу». Умирая в отделении, мальчик сначала какое-то время недоумевал от того, чем все заканчивается. Затем у него появились злость, ненависть, агрессия, направленная на родителей, стал сетовать на Бога, возникли капризы и чрезмерные требования к персоналу. Переживания последнего этапа жизни больного оценить сложно, так как с целью обезболивания он получал большие дозы наркотических средств. Мальчик умер в больнице, спустя два месяца после поступления.

Психосоматическая ситуация подростка, возникшая вначале на тяжелейшее, крайне болезненное заболевание и не менее болезненное лечение, затем трансформировалась в психосоматическую ситуацию, определявшуюся умиранием. Эта жизненная ситуация осложнилась, как минимум, двумя серьезными трудностями: длительным пребыванием в отделении для тяжелых и

умирающих детей, а также неспособностью родителей психологически поддержать своего сына, заболевшего летальной болезнью. Реакция подростка, осознававшего свое острейшее смертельное заболевание, менялась. Вначале, находясь в неглубокой депрессии, мальчик обращался за помощью к матери, пытался преодолеть страх перед будущим сам, отрицая смертельный исход (мечты больного о будущем). Затем, как он надеялся, заключил договор с Богом, отдав за свою жизнь терпеливое отношение к мукам, причиняемым болезнью, процедурами и другими формами терапии. В самом конце своей жизни он пережил несколько стадий:

1) недоумения в связи с тем, что его надежды не оправдались;
2) гнева и агрессии, так как его терпение и муки в рамках «договора с Всевышним» не выкупили его у смерти;
3) смирения и истощения, не выявлявшихся в значительной степени, из-за получаемого лечения.

Проводившаяся в отделении психотерапия преследовала цель облегчить душевное состояние больного, страдающего роковым заболеванием, укрепить его психологическую защиту от разрушающего действия мыслей о неизбежной близкой смерти, тяжелых страданий, поддержать силы в борьбе с проявлениями заболевания и болезненным лечением. Производили регулярную оценку эмоционального состояния, учитывали возможности психологической защиты, осуществляли когнитивную психотерапию.

В заключение следует отметить, что понятия ВКБ и психосоматической ситуации имеют не только теоретический, но и практический смысл. Врач у постели больного ребенка или подростка должен строить лечение так, чтобы мобилизовать личность на участие в этом процессе. Это возможно, если будет точно оценена ВКБ и жизненная (психосоматическая) ситуация больного. Последняя может определяться следующими факторами.

**Объективные факторы:**

1) стимулы (постановка или отмена диагноза, поощрения за соблюдение постельного режима);
2) эпизоды (госпитализация, выписка из больницы, болезненная процедура);
3) ситуации (хирургическая операция, длительный отрыв от родителей);
4) окружение (отсутствие сверстников в палате, круглосуточный уход за больным);
5) среда (домашняя обстановка, вместе с проживающими членами семьи, палата или бокс больницы).

**Субъективные факторы:**

**1)** межличностные отношения в семье, больничной палате, в отношениях с медицинским персоналом;
2) социально-психологический климат, возникающий в процессе воспитания, лечения, пребывания в санатории;
3) групповые нормы, установившиеся между детьми в палате;

4) ценности больного (преданность родителям, вера, стремление к познанию, приобретаемым навыкам, страсть к игре);
5) стереотипы сознания (быть здоровым, подчиняться взрослым, быть независимым, всего остерегаться).

Приведенные примеры объективных и субъективных факторов могут помочь в разрешении психосоматической ситуации у любого хронического больного или инвалида. Оценка жизненной ситуации больного может быть осуществлена только силами медицинского персонала. Предпочтительнее привлекать для этого психолога или психоневролога (психиатра), которые благодаря своей подготовке и опыту оценят ситуацию точнее. Разрешение ситуации в целом, включая терапию, желательно проводить совместными усилиями педиатра и психиатра (психотерапевта).

Показаниями к вызову консультанта-психиатра в соматическое отделение являются [Jellinek M. S., 1986]:

- □ определение характера реакции ребенка на факт болезни, госпитализацию (особенно в случаях хронического заболевания, острой травмы);
- □ суицидальное поведение;
- □ опасное и неконтролируемое поведение;
- □ тревожная депрессия (часто как вторичная реакция на болезнь, специфическое лечение, психическое расстройство родителей);
- □ умирание и смерть;
- □ специфические проблемы для детей дошкольного возраста;
- □ несогласие с лечебным режимом;
- □ специфические для отделения интенсивной терапии проблемы (делирий, массивная травма);
- □ психосоматические расстройства;
- □ родительское противостояние лечению ребенка;
- □ психоз;
- □ проблемы персонала.

До прихода психиатра в педиатрическое отделение следует уточнить диагноз соматического заболевания и предупредить родителей о предстоящей консультации. Эти условия необходимы для получения достоверной информации о состоянии больного и выполнения последующих рекомендаций.

Глава 16

# ОТРЫВ ДЕТЕЙ ОТ СЕМЬИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В БОЛЬНИЦУ ИЛИ ДЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

В настоящей главе представлены материалы, показывающие те трудности, которые возникают в момент отрыва ребенка от семьи при поступлении в больницу или круглосуточные детские учреждения. Здесь обсуждаются психосоциальные механизмы, лежащие в основе неблагоприятных влияний, действующих на детей во время госпитализации, и показаны возможные способы смягчения этих вредоносных ситуаций.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОТРЫВА ДЕТЕЙ ОТ СЕМЬИ

В недалеком прошлом наблюдения за детьми, лишенными родительской заботы, позволили педиатрам, психологам и детским психиатрам прийти к заключению о нарушении психомоторного развития тех, кто оказывался в условиях депривации. Все дети, не достигшие семилетнего возраста, тяжело страдают от лишения родительской заботы, надзора и любви. Особенно тяжело отрыв от семьи переживают дети первых трех лет жизни [Bowlby J., 1969].

С точки зрения M. Rutter (1984), кратковременная разлука с родителями не является столь опасной, как это предполагалось ранее. Все же он допускает, что переживания расставания могут быть причиной возникновения нарушений поведения у детей и при определенных условиях способствуют возникновению психических расстройств.

При поступлении в ясли, дом ребенка, больницу ребенок раннего возраста должен приспособиться к новому для него месту, чужим людям, непривычному режиму. Наступающая перегрузка адаптационных механизмов существенно влияет на сопротивляемость его организма и самочувствие. Чем ребенок младше, тем труднее ему переходить от старых контактов с окружаю-

щими и приспосабливаться к новым. Это особенно справедливо для детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. В течение первых 3 месяцев младенец слабо реагирует на перемену в окружающей обстановке, если ритм и качество кормления, а также способ ухода за ним не меняются, так как он не способен замечать никаких изменений за пределами его непосредственных контактов. В течение же последующих 6 месяцев круг его представлений значительно расширяется. Он уже ищет знакомые предметы и через некоторое время снова узнает их. Перемена обстановки для ребенка этого возраста означает нарушение привычных контактов с окружающими предметами и людьми, а также смену привычных событий, что часто связано с чрезмерным напряжением нервной системы. Именно в этом возрасте (от 6 месяцев до 2 лет) особенно выражены трудности адаптации в развитии и поведении, а также повышенной восприимчивости к болезням.

На третьем году жизни ребенок уже лучше приспосабливается к переменам вследствие большей гибкости своей нервной системы, а также и потому, что его организм стал сильнее [Schmidt-Kolmer E., 1964].

## ФАЗЫ И ТИПЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ

G. Robertson, J. Robertson (1971) и J. Bowlby (1969) считают, что существует три фазы адаптации детей раннего возраста к больнице или к детскому учреждению. Первая фаза «протеста» — в этот период ребенок испытывает тяжелое потрясение, плачем зовет мать, обнаруживает признаки паники, не отпускает мать, когда она приходит, и плачем провожает. Через несколько дней наступает фаза «отчаяния», в процессе которой ребенок погружается в себя, становясь жалким и несчастным, нарушается процесс кормления, ритм сна, он нередко начинает сосать пальцы руки, раскачивается. В дальнейшем может наступить третья фаза — «отчуждения», во время которой ребенок утрачивает интерес к родителям, для него уже безразлично, навещают они его или нет. По возвращении домой ребенок вначале может игнорировать родителей, отворачиваться от них. В последующие несколько недель или даже месяцев его поведение нарушается, он становится непослушным, неуравновешенным, стремится держаться возле родителей, страшится отпустить их. Если капризы и аффективные вспышки ребенка вызывают отрицательную реакцию и осуждение родителей, то это приводит к усилению капризного поведения и еще большему стремлению «цепляться» за мать.

Естественно, что не у каждого ребенка возникают эти фазы реакции на отрыв от семьи, это зависит как от самого ребенка, так и от того, что он встретит в больнице или яслях. По мнению M. Rutter (1984), наибольшая вероятность появления ярко выраженных реакций приходится на возраст от 7 месяцев до 4 лет и у тех детей, которые не были подготовлены к отделению от матери, редко бывали в чужих домах или недавно уже тяжело пережили разлуку с родителями.

Негативные изменения в процессе адаптации проявляются расстройствами поведения в наиболее критические периоды психофизиологического развития детей [Крылов Д. Н., 1985] на рубеже 1-го и 2-го годов жизни и в трехлетнем возрасте, когда ребенок приходит в организованный коллектив, А. И. Баркан (1979) выделяет три типа адаптации детей, поступающих в ясли: благоприятный, среднеблагоприятный и неблагоприятный. При этом она отмечает, что у всех детей имеют место проявления психоэмоционального стресса. У 2/3 из них появляется страх, а у половины — приступы гнева. По мере угасания ориентировочной реакции, на 3-й день пребывания в новом коллективе, отрицательные эмоциональные проявления усиливаются, нарушается речевая активность. У плохо адаптирующихся детей возникают висцеральные изменения: тахикардия, тахипноэ, падает масса тела. У них увеличивается показатель переваривающей способности нейтрофилов, указывая на мобилизацию сил организма. Однако при неблагоприятно протекающей адаптации эта стадия не успевает наступить. Оказалось, что при неблагоприятной адаптации число анамнестических факторов риска почти в 3 раза больше, чем при благоприятном прогнозе.

Срывы приспособления к яслям проявляются в среднем на 4-й день в виде различных заболеваний, главным образом, органов дыхания или преневротическими реакциями [Тонкова-Ямпольская Р. В. и др., 1980]. Благоприятная адаптация завершается между 11 и 24-м днями после поступления в детское учреждение. Дети в дневных яслях приспосабливаются, в среднем, за 4—6 недель, тогда как в круглосуточных период приспособления увеличивается до 3-4 месяцев. Это различие В. С. Манова-Томова и соавт. (1981) объясняют тем, что ребенок, возвращаясь ежедневно вечером домой, способен освобождаться от накопившегося за день напряжения. При пребывании дома только один раз в неделю ему это не удается.

Другой нелегкий период адаптации может наступить у ребенка при переводе его из детских яслей в детский сад. Трудность этого периода для ребенка определяется необходимостью установления межперсональных отношений с незнакомыми воспитателями и утверждения себя в новом коллективе. Особенности поведения во время приспособления к детскому саду зависят не столько от личностных характеристик ребенка, сколько от формы перехода в детский сад: коллективной (всей группой), групповой (несколько человек из группы) или индивидуальной (переход одного ребенка). Наиболее благоприятная форма — коллективная реадаптация, наименее благоприятная — индивидуальная [Баркан А. И., 1988].

Изучение социальной адаптации детей в описанных критических ситуациях привело к нескольким обобщениям:

1) переход ребенка раннего возраста из семьи в новые условия жизни (ясли) сопровождается значительными изменениями в состоянии его здоровья и поведении;
2) тяжесть и продолжительность выявленных изменений прямо зависят от влияния ряда биологических и социальных факторов в анте- и постнатальном онтогенезе;

3) катамнестическое обследование детей выявило связь между тяжестью адаптации при поступлении в ясли и психосоматическими показателями состояния ребенка в дальнейшем;
4) характер течения адаптации в раннем возрасте позволяет прогнозировать поведение ребенка в аналогичных стрессовых ситуациях в более старшем возрасте;
5) трудности, степень нарушений могут быть значительно уменьшены, а длительность адаптации укорочена, если будут созданы условия и найдены способы облегчения приспособления к переходу в другое детское учреждение [Голубева Л. Г., Тонкова-Ямпольская Р. В., 1987].

Все перечисленные наблюдения относятся к детям, терявшим связь с семьей. Как явствует из сказанного, к механизмам, ответственным за возникновение описанных расстройств, относят попадание в чужую среду, нарушение отношений между матерью и ребенком, лишение его материнской заботы, недостаток стимулирующих воздействий, отделение от значимого лица, разрыв одной или нескольких привязанностей.

## АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

О реакциях детей, воспитывающихся в детских учреждениях и направленных в больницу, известно очень мало. Изучение состояния таких детей как в момент госпитализации, так и после нее позволило бы уточнить психологические механизмы, воздействующие на них. Не ясны также особенности реакций на госпитализацию детей раннего возраста с разным уровнем психического развития.

С целью восполнения этих пробелов нами [Исаев Д. Н., Попов В. Н., 1991] изучено 94 ребенка (от 2 месяцев до 4 лет) с задержкой психического развития (ЗПР), легкой и средней степенью психического недоразвития. Вследствие временного закрытия дома ребенка, дети были переведены на 3 месяца в больницу, где их обслуживал другой персонал.

Оценка психосоматического состояния детей до и после госпитализации производилась в процессе наблюдений за их поведением. По итогам психиатрического обследования, педагогического изучения, анализа соматического состояния и по методикам оценки нервно-психического развития детей Г. В. Пантюхиной с соавт. (1979), А. Ю. Панасюка( 1984) и Денверскому скрининговому тесту (1967), обследуемые дети были разделены на 3 группы: до 1 года, от 1 года до 2 лет, от 2 до 4 лет. Проведенное исследование дало следующие результаты. Все дети до 1 года после госпитализации утратили эмоциональную живость. Почти все были плаксивы. У всех отмечалась бледность.

Более чем у 2/3 детей уменьшилась двигательная активность. Примерно у 1/3 появились нарушения сна. Более чем в 3/4 случаев отмечалось резкое снижение аппетита. Прирост массы тела детей уменьшился в 2—3 раза по сравнению с возрастными нормативами. Примерно у 10% появились диспепсические явления. Кормление у половины детей вызывало срыгивания и рвоты (приходилось кормить меньшими объемами). У большинства детей наблюдались яктации (раскачивания из стороны в сторону, лежа на спине, или вперед-назад, стоя на четвереньках), сосание пальцев рук. Замедление темпа психомоторного развития выявлено примерно в 20% случаев. Почти все утратили навык еды с ложки и перестали реагировать плачем на мокрые пеленки.

Дети от 1 года до 2 лет были разделены на две подгруппы. В первую вошли дети с ЗПР, во вторую — с дебильностью. После госпитализации все дети обеих подгрупп менее эмоционально реагировали на окружающее. Однако это было более и часто заметно в первой подгруппе. У всех детей появилась бледность. После госпитализации у части детей отмечались нарушения сна, резко возрос аппетит, однако, съедая положенный объем пищи, 1/3 детей ее срыгивала, у них учащался и становился жидким стул. Прибавка массы тела была примерно в 2 раза меньше по сравнению с нормой. Более чем у 2/3 детей появились яктация и (или) сосание пальцев. Свыше 2/3 утратили способность ходить, стоять, хватать игрушку и тянуть ее к себе, понимать и выполнять просьбы и поручения взрослых, пользоваться активной речью. Все обследуемые стали неопрятно есть, не просились на горшок.

Дети от 2 до 4 лет были разделены на 3 подгруппы: 1-я — дети с ЗПР, 2-я — дети с дебильностью, 3-я — дети с имбецильностью. У всех после госпитализации ухудшилась эмоциональная реактивность, у детей 1-й подгруппы в небольшой степени. Дети всей группы стали аффективно более неустойчивы и возбудимы. Во время приема пищи они вели себя расторможенно, нередко выхватывали друг у друга пищу, с жадностью ели. Более чем у половины детей всей группы появились яктация и (или) сосание пальцев рук. Примерно у половины нарушился сон. Энурез, отмечавшийся у детей 1-й подгруппы до госпитализации, участился. Вернувшиеся в дом ребенка дети 1-й и 2-й подгруппы обнаруживали только реакцию на новые предметы, простейшее манипулирование игрушками, вместо имевшихся ранее отобразительной и сюжетной игр. Дети третьей подгруппы разбрасывали игрушки, не проявляя к ним при этом никакого интереса. У детей всех подгрупп были утрачены навыки: все стали неопрятно есть, утратили умение пользоваться полотенцем, не просились на горшок.

Около 80% детей до 1 года восстановили прежнее эмоциональное состояние и утраченные навыки в течение 20—21 дня после завершения госпитализации. К 30-му дню после возвращения из больницы утраченное восстановилось практически у всех детей этой группы.

Среди детей 1-2 лет с ЗПР около 80% прежнее поведение и утраченные навыки восстановили к 14—15-му дню, дети с дебильностью — к 19—20-му дню после их возвращения в дом ребенка. Полностью этот процесс завершился в первой подгруппе к 20-21-му дню, во второй — к 28—29-му дню.

В возрасте 2—4 лет восстановление утраченных навыков и прежнего поведения при ЗПР почти в 80% случаев отмечалось на 4—5-й день после их возвращения в дом ребенка, и у всех детей — на 7-8-й день. При дебильности этот процесс у 80% детей завершился к 8-10-му дню, а у всех детей подгруппы — к 18—20-му дню. Третья подгруппа отличалась тем, что возобновление утраченного в 80% случаев наблюдалось к 15—17-му дню, а у всех детей подгруппы — к 21—22-му дню после завершения госпитализации.

Эти данные указывают на то, что сенсорная и психическая депривации возникающие при госпитализации, отрицательно влияют на всех детей, воспитывающихся в психоневрологическом доме ребенка, даже при отсутствии у них соматических болезней. Пребывание в больнице сказывается более заметно на психике интеллектуально сохранных детей и, в меньшей степени, на больных с психическим недоразвитием. В первую очередь происходит утрата навыков речи и игры. Затем нарушается координация моторики. Восстановление утраченного завершается через месяц после возвращения из больницы. Быстрее этот процесс протекает у детей с сохранным интеллектом и в более старшем возрасте. В связи с тем, что наблюдавшиеся дети попадали в больницу не из семьи, нельзя сделать заключения о том, что обнаруженные у них изменения находятся в связи с нарушением их отношений с матерью или потерей ее любви и заботы. Невозможно объяснить их состояние и отделением от одной, значимой для них личности, оказывающей им заботливое внимание. Можно предположить, что основным механизмом соматопсихических расстройств, возникающих у детей, воспитывающихся в психоневрологическом доме ребенка, является отрыв от всех заботящихся и ухаживающих за ними людей, от обычной для них обстановки и порядка жизни, т. е. нарушение поведения, связывающего их с привычной ситуацией. Определенную роль играет также попадание детей в незнакомую среду, пугающую их своей чуждостью, непривычностью и незнакомым медицинским персоналом.

## АДАПТАЦИЯ К БОЛЬНИЦЕ

Поступление ребенка в больницу — такой же отрыв от семьи, как поступление в детское учреждение, однако имеется и существенное отличие. Ребенок не только отрывается от привычной обстановки и близких людей, он становится объектом болезненных манипуляций и процедур, его ограничивают в движениях и общении. Самое же главное отличие в том, что в стационар поступает соматически больной, т. е. ребенок, имеющий меньше резервов для приспособления, чем здоровый. Осложняет поступление в больницу и позиция родителей, которые не только неохотно, но и вынужденно госпитализируют ребенка. Отрицательные эмоции родителей в связи с болезнью и предшествующим отрывом ребенка от семьи индуцируют его, усиливая его боязливость.

Несмотря на эти общие условия, разные дети на госпитализацию реагируют различно. По мнению E. J. Barowsky (1978), реакция ребенка на поступление в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в стационар, природы заболевания, подготовки перед поступлением в стационар, посещений родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для ослабления тревоги у ребенка, реакций родителей, постоперативного лечения, восприятия ребенком госпитализации.

Н. И. Бурмистрова (1964), в зависимости от реакции на госпитализацию, выделяет три группы больных. К первой отнесены дети с негативной реакцией на госпитализацию, которая выражается возбуждением, плачем, нарушением сна, отказом от игрушек. Вторая группа — вялые, заторможенные дети, спокойно реагирующие на поступление в больницу. Третья включает в себя уравновешенных детей, спокойно реагирующих на госпитализацию. Негативная реакция ребенка на стационирование в отличие от спокойной и положительной может стать причиной ухудшения его соматического состояния.

Таким образом, проблема госпитализации не сводится лишь к вопросу о временной сепарации ребенка, она включает также и проблему влияния болезни и лечебных мероприятий на ребенка. При госпитализации ребенок попадает в новую для него обстановку, подвергается новым запретам, ограничивающим его поведение [Wolfer J. A., Visintainer M. A., 1979]. По образному описанию E. Gellert (1978), «для ребенка больница — как чужая страна, к обычаям, языку и законам которой он должен привыкнуть». Если для пациента раннего возраста основным источником чувства страха, тревоги и даже депрессии являются физические факторы, то у старших детей (после 7 лет) на первый план выступают социальные проблемы — отрыв от друзей, невозможность продолжения школьных занятий и т. д. [Hall D., 1987].

### Типы и стадии адаптации к больнице

Уже в первых работах, посвященных реакциям на госпитализацию, указывается на их неоднородность. Эти данные были подтверждены и дополнены в более поздних исследованиях. Выделяют три группы детей: 1-я— хорошо адаптирующиеся к стационару, 2-я — плохо адаптирующиеся и 3-я — промежуточный тип адаптации [Лангмейер И., Матейчик З., 1984; Клиорин А. И., Иванов В. А., 1986]. Хорошая адаптация к стационару устанавливается в течение 1–4 дней, промежуточный тип — в течение 9-10 дней, а плохая адаптация не завершается и к моменту выписки.

При изучении адаптации детей к стационару было описано несколько ее этапов: 1-я стадия «протеста», «первичного отчаяния» или выраженной первичной дезадаптации; 2-я — неустойчивой адаптации; 3-я — стабильной адаптации [Лангмейер И., Матейчик З., 1984].

*Стадия «протеста»* характеризуется выраженными проявлениями стресса, от интенсивности которого зависит ее продолжительность. Обычно она составляет от нескольких часов до нескольких дней или недель. Эта стадия не

является специфичной для реакции ребенка на госпитализацию, скорее это реакция на любое изменение привычной обстановки. Она также выявляется при адаптации детей в детских дошкольных учреждениях и школе. Проявления и динамика первичной стадии «протеста» позволяет прогнозировать течение процесса адаптации [Солнцев А. А., 1983]. При поступлении детей в стационар 1-я стадия имеет более затяжное течение, чем в яслях и детсадах. По данным А. А. Солнцева (1983), изучавшего процесс адаптации детей к дошкольным учреждениям, во всех случаях неблагоприятная адаптация отмечалась у детей с нарушениями в состоянии здоровья, с отягощенным биологическим и социальным анамнезом. В стационар же попадают дети больные, уже находящиеся в состоянии измененной адаптации. При госпитализации адаптационный процесс проходит в заведомо неблагоприятных условиях, чем и объясняется более затяжное течение 1-й стадии адаптации.

*Стадия неустойчивой адаптации* характеризуется значительным снижением степени психоэмоционального напряжения, которая поддерживается лишь сильным желанием ребенка вернуться домой. Эта стадия длится от нескольких дней до более длительных сроков, продолжающихся все пребывание ребенка в стационаре. У благоприятно адаптирующихся детей 2-я стадия переходит в 3-ю — *стабильной адаптации.*

В работах L. Hausam и H. Spiess (цит. по: Лангмейер И., Матейчик З., 1984) показана зависимость от возраста скорости приспособления ребенка к больничной среде. Наиболее ранимыми являются первые два года, когда средняя длительность адаптации составляет 9-10 дней. На 3—4-м году этот показатель уменьшается до 4—5 дней и продолжает постепенно снижаться, достигая 1—2 дней к 15-ти годам. Однако эти материалы не согласуются с данными последующих исследований, согласно которым у 40-50% детей 10-15 лет полная адаптация не наступает до конца госпитализации [Lavigne J. V., Bums W. J., 1981]. Это противоречие обусловлено, по-видимому, тем, что в работе L. Hausam, H. Spiess учитывалось лишь время «реакции протеста», окончание которой еще не означает полной адаптации. Кроме того, в более поздних работах, кроме клинического наблюдения, применялись и психологические методы, позволяющие выявить более тонкие проявления эмоциональных нарушений, особенно у детей старшего возраста, способных отчасти подавлять внешние проявления своих эмоций. Имеющиеся сведения о половых различиях адаптации к дошкольным учреждениям и школе, свидетельствующие о более благоприятной адаптации у девочек [Солнцев А. А., 1987], позволяют предположить, что и приспособление к стационару может зависеть от пола ребенка.

### Последствия отрыва от семьи

Хронические соматические заболевания могут приводить к астенизации больного, невротизации и даже при длительных тяжелых заболеваниях, при наличии соответствующей предрасположенности могут развиться акцентуации характера и психопатии [Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1976]. Таким образом, уже само наличие соматического заболевания создает неблагоприят-

ные условия для процесса адаптации. Эти выводы согласуются с данными о наличии зависимости между нарушением адаптации и степенью расстройства функций организма и систем [Heller et al., 1985]. По данным ряда авторов наиболее тяжело адаптируются дети с бронхиальной астмой, при которой преобладают патологические реакции на болезнь [Манова-Томова В. С. и др., 1981].

Для понимания реакций на стационарное лечение у детей большое значение имеет изучение эволюции представлений ребенка о болезни, лечении и госпитализации. E. C. Perrin, J. M. Perrin (1983) показали различие между оценкой врачом уровня понимания ребенка и истинными когнитивными возможностями пациента.

В настоящее время появилось большое количество работ, направленных на изучение понимания детьми болезни, боли, лечения и госпитализации. Как хорошо, так и плохо адаптирующиеся дети с нежеланием поступают в стационар. Лишь незначительная часть пациентов старшего возраста (13—15 лет) осознает необходимость госпитализации. В большинстве случаев дети воспринимают госпитализацию как наказание. Было показано, что понимание ребенком болезни развивается в соответствии с его интеллектуальной зрелостью, что необходимо учитывать при объяснении больному существа его заболевания и лечения. В норме у детей до 7 лет причина болезни связывается со сверхъестественными силами; между 7 и 10 годами дети начинают осознавать, что болезнь находится внутри организма (т. е. происходит интернализация представлений), а начиная с 11 лет, дети имеют более точные представления о множественных причинах заболеваний и о различной предрасположенности людей к ним. В возрасте 4—16 лет 2/3 детей рассматривают болезнь как наказание за плохое поведение или результат их пренебрежения какими-то правилами. Дети с трудом воспринимают различия между болью, причиненной болезнью, и болью, связанной с лечебными мероприятиями, которые также часто воспринимаются как наказание за их проступки.

### Варианты отношения ребенка к госпитализации

Наша сотрудница С. Р. Болдырева (неопубликованные данные) обследовала детей (9-13 лет) с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Психологические методики «Типы отношения к болезни» Айзенка, шкалы Спилберга-Ханина, исследования самооценки Дембо-Рубинштейна, применявшиеся в работе, позволили прийти к следующим выводам. Эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни отмечаются примерно в 25% случаев каждый, гармонический тип — у 16% больных, тревожный — почти у 10%. У остальных пациентов наблюдались другие варианты отношения к болезни. По имеющимся данным, можно сделать вывод о преобладании у детей гипнозогнозического и анозогнозического типов отношения к болезни в 42% случаев, однако у 25% детей отмечается гипернозогнозический тип реакции [Скумин В. А., 1984], что необходимо учитывать при проведении психокоррекционных мероприятий, в том числе и в больнице.

Негативные переживания родителей из-за возможной госпитализации ребенка часто индуцируют подобные же чувства и у детей, что сказывается на их отношении к стационированию [Fergusson D. M. et all., 1985]. Взгляды родителей на поступление их ребенка в больницу коррелируют с подверженностью детей отрицательному влиянию стационарного лечения. В ответ на болезнь и поступление в больницу у ребенка возникают выраженные негативные эмоциональные реакции, вплоть до депрессивных состояний [Bywater E. M. 1981]. При неожиданном помещении ребенка в стационар родители испытывают чувство тревоги, отчаяния, вины [Reiss D., 1980]. Все это заставляет врачей обращать внимание на реакции родителей в связи с болезнью ребенка и требует мер по предупреждению возникновения у них эмоциональных расстройств.

Для приспособления к стационару большое значение имеет структура семейных отношений. Дети из неполных семей составляют группу риска по неблагоприятному течению адаптации в больнице [Melamed B. G., 1988]. Пациенты из семей, где есть хронические больные, также хуже адаптируются к стационару [Клиорин А. И., Иванов В. А., 1986]. Близко к этой проблеме стоит вопрос о зависимости эффективности адаптации от культурных различий. При сравнении адаптации к стационару детей, проживающих в сельской местности и в городе, более благоприятный ход приспособления отмечался у городских, посещавших детские учреждения [Strikland M. P., 1987].

Переживания госпитализированного ребенка, связанные с невозможностью продолжения занятий в школе, по-видимому, обусловлены отрывом от сверстников, опасностью социальной изоляции и нарушением привычного стереотипа жизни [Vidailhet C. et al., 1986]. Эти данные согласуются с результатами исследований социологов, не выявивших существенного значения перспектив будущей трудовой деятельности для хронически больных детей, тогда как одной из самых важных проблем для взрослых больных является вопрос о сохранении трудоспособности [Holroyd J., 1988].

Уровень адаптации в большой степени зависит также от личностных особенностей человека. Вероятно, этими факторами обусловлено различное использование предшествующего опыта госпитализации: у хорошо адаптирующихся детей при повторной госпитализации приспособление к больничной обстановке протекает быстрее, однако этого не наблюдается у плохо адаптирующихся детей.

Картина и динамика адаптационного процесса в стационаре, безусловно, подвержена влиянию и многих других факторов (длительность госпитализации, отношения с врачом и средним персоналом, сложившиеся отношения в группе детей и многое другое). По возвращении домой у ребенка также часто возникает постгоспитализационная дезадаптация в форме психологических трудностей и нарушений поведения, связанных с ними [Hall D., 1987].

Успехи современной терапии привели к более длительному выживанию детей с тяжелой соматической патологией, что ставит новые проблемы. Дети, попадая в окружение здоровых сверстниов, подвергаются социальной изоляции, у них возникают патологические реакции на болезнь [Barta L. et al., 1983].

В семье, где имеется хронически больной ребенок, могут нарушаться семейные отношения [Otero Cordero M. E. et al., 1985]. Хронически больные дети нуждаются в продолжении психологической помощи и после выписки из стационара. Иногда из-за выраженной социальной изоляции больного единственным выходом может явиться помещение в специализированные лагеря санаторного типа [Corboz R. et al., 1980].

Рядом авторов были предприняты попытки разработки методов, позволяющих определить уровень эмоционального напряжения ребенка при адаптации его к стационару [Солнцев А. А. и др., 1982; Баркан А. И., 1988. Эти методы, однако, позволяют судить лишь о выраженности и динамике психоэмоционального напряжения, но не позволяют определить конкретный тип реакции на болезнь и детальные характеристики причины дезадаптации у данного ребенка, что позволило бы индивидуализировать психокоррекционные мероприятия.

## ПУТИ СМЯГЧЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ РЕБЕНКА НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

Изложенные данные говорят о необходимости проведения мероприятий, улучшающих психологическую обстановку в стационаре.

Большое практическое значение имеет вопрос о посещении детей родителями. Уже первые работы J. Bowlby (1969) показали необходимость уменьшения сепарации ребенка, что привело к разрешению в ряде клиник свободного посещения детей родителями, прародителями и старшими братьями и сестрами. Позже были отмечены и негативные стороны этого: некоторые дети после таких посещений становились более напряженными, раздражительными [Langmeier J., Matejcek Z., 1984]. Однако эти реакции носили временный характер; в целом, даже эти дети при возможности посещения родителями адаптировались лучше. В настоящее время большинство исследователей высказывается в пользу открытого посещения детей родителями в стационарах [Piazza G.etal., 1983].

Другой путь снижения отрицательных эффектов пребывания ребенка в больнице — создание полустационарной помощи, при которой не нарушается связь его с семьей. Одной из таких форм являются дневные стационары. Однако, по данным опроса, проведенного А. И. Клиориным и В. А. Ивановым (1986), большинство детей категорически высказалось против дневных стационаров. Причины отрицательного отношения к такому стационару самые разные: увеличение длительности обследования, неудобства, связанные с переездами, и т. д.: лишь небольшая часть плохо адаптирующихся детей в возрасте 10—11 лет высказалась в пользу дневных стационаров.

Итоги этой работы противоречат данным других исследователей о более благоприятном течении адаптации в условиях дневного стационара. Это про-

тиворечие связано, по-видимому, с тем, что опрошенные дети не имели опыта госпитализации в дневной стационар. Вероятно, детей с нарушенной адаптацией целесообразно переводить, если это возможно, на режим «частичной госпитализации» или в дневной стационар.

Практическое применение знаний об отношении ребенка к болезни и госпитализации позволяет правильно преподнести ему информацию и подготовить к предстоящему лечению. Исследования детей, поступивших для хирургических вмешательств, позволяют оценить значение их подготовки к конкретным процедурам [Wolfer J. A., Visintainer M. A., 1975]. Необходимость такой подготовки диктует также то обстоятельство, что дети, уже находившиеся определенный срок в стационаре, начинают запугивать новеньких предстоящими процедурами, вследствие чего ребенок даже на такие безболезненные процедуры, как регистрация ЭКГ или ЭЭГ, идет с большой тревогой. Наиболее подвержены такой обработке плохо адаптирующиеся дети.

В настоящее время за рубежом широко практикуется подготовка детей к госпитализации, включая ознакомление с предстоящим лечением в больнице с помощью специально изданных книг, фильмов, видеофильмов [Fergusson B. P., 1979; Doroshow M. L., 1988] или путем предварительного посещения больницы и знакомства с ее оборудованием [Stenbak E., 1982]. Большое значение для уменьшения чувства тревоги и страха перед предстоящими процедурами имеют игра [Petrillo M, Sanger S., 1972], кукольная драма, групповые обсуждения [La Greca A. N., Stone W. L., 1985]. Игра помогает детям преодолеть страх, тревожность, подготовиться к лечению.

Больные, которые получают больше информации до и во время лечения, меньше ощущают чувства дискомфорта, тревоги, меньше страдают от боли и поправляются быстрее, чем те, с которыми подобная работа не проводилась [Wolfer J. A., Visintaier M. A., 1979]. Аналогичным образом разъяснительная работа с родителями благотворно влияет и на процесс адаптации ребенка к стационару [Hayes V. E., Knox J. E., 1984].

Для коррекции психологического состояния пациента используются также методы гипнотерапии, релаксации и др.

Глава 17

# ФОРМИРОВАНИЕ ПОНЯТИЯ СМЕРТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И РЕАКЦИЯ ДЕТЕЙ НА ПРОЦЕСС УМИРАНИЯ

## ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Человечество всегда было озабочено тем, как жить перед лицом приближающейся смерти. Однако только в последние десятилетия обратили внимание на переживания детей и подростков в связи с их более частым соприкосновением с конечностью существования живых существ. Можно назвать несколько причин такого интереса. В первую очередь, это связано с возросшей ценностью жизни ребенка, что обусловлено значительным падением рождаемости в развитых странах. С другой стороны — большая эффективность лечения еще недавно неизлечимых болезней и длительное наблюдение в больницах обреченных детей. Получили распространение специализированные клиники (хосписы), где лечат болезни и состояния детей, почти несовместимые с жизнью. За последние десятилетия число попыток к самоубийству среди подростков и детей резко возросло. Анализ суицидального поведения потребовал изучения понятия детьми смерти и их отношения к прекращению жизни. Расширение информации, в том числе и о гибели людей во время катастроф, природных бедствий и войн, поставило перед подрастающим поколением задачу понять и выработать свое отношение к этому. В связи с обязательным обучением и ускорением развития дети во все более раннем возрасте начинают понимать хрупкость своего здоровья и возможность смертельного исхода. Этому способствует и то, что дети становятся ранимее, их эмоциональность менее устойчива из-за возрастающих трудностей семейной жизни, потери родителей, их разводов и особенно в связи с их болезнями и смертями.

Очень большое значение приобретает факт не только непосредственного, но и отдаленного воздействия на психику при потере родителей в детском возрасте.

С другой стороны, нет еще адекватного понимания реакций детей до 4-летнего возраста на смерть близких. Изучить эти реакции на основе бесед или

рисунков практически невозможно, оценить же правильно поведенческие особенности не удается. В то же время без знания того, как дети понимают уход из жизни, как воспринимают и относятся к своей смерти или умиранию близких, нельзя оказать помощь неизлечимым больным детям и тем, кто переживает потерю родителей.

Сочувствие и понимание страданий ребенка или подростка медицинским персоналом, проявлявшееся в прошлые годы, должно быть дополнено осуществлением потребностей умирающего, умением ответить на все его возникающие в этот трудный момент вопросы, преодолеть иногда возникающее негативное отношение к окружающим, смягчить его переживания. От психического состояния родителей, их отношения к болезни, факту приближения рокового исхода, их поведения зависит то, как ребенок или подросток проведет свои последние месяцы или годы жизни. В связи с этим необходимо выработать такой психотерапевтический подход, который помог бы родителям справиться с семейной трагедией.

Следует также подготовить специальный персонал, способный создать наиболее благоприятную атмосферу вокруг умирающего ребенка в хосписе, больнице или дома. Для этой трудной задачи возможно привлечь тех, кто осуществляет уход, проводит социальную работу, воспитание, обеспечивает этическую, юридическую, экономическую, психологическую и религиозную поддержку всем, кто вовлечен в трагедию умирания ребенка.

## ПОНЯТИЕ О СМЕРТИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ребенок — развивающаяся личность, в связи с этим изучение понимания ребенком смерти возможно только в возрастном аспекте. Каждый этап познавательного и эмоционального развития может быть коррелирован с различными уровнями восприятия смерти.

**В течение первых двух лет жизни** постепенно развиваются примитивные представления, в том числе и о том, что предметы существуют вне его. Так как эта превербальная стадия познавательного развития не позволяет формулировать понятия, то и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Во время этого периода жизни потребности удовлетворяются родителями, и У ребенка появляется способность доверять близким, у него формируется чувство безопасности. Отсутствие родителя или воспитателя приводит к тревоге, страху или депрессии. Из-за отделения от матерей, например, при госпитализации у детей с серьезными или неизлечимыми заболеваниями могут развиться эти симптомы. На большее ребенок этого возраста не способен.

**В дошкольном возрасте** (2—7 лет) мышление, т. е. познавательный стиль, дооперациональное — оно характеризуется эгоцентризмом, анимизмом, ар-

тифициализмом и партиципацией. Речь у дошкольников монологичная, а мышление магическое, при котором любые события ими рассматриваются как результат осуществления их желаний или суждений. Анимизм проявляется в одушевлении предметов и явлений реального мира. Артифициализм обнаруживается в том, что дети считают любой предмет сделанным для определенной цели. Партиципация — понимание детьми любой человеческой и природной активности, как зависящей от них. Уже появляются элементы абстрактного мышления, однако суждения затрудняются указанными особенностями. Иногда интуитивно дошкольники разрешают те или иные задачи, однако объяснить ход своих рассуждений они не могут.

Понятие о смерти может возникнуть между 1,5 и 2 годами, когда появляются элементы символической функции мышления. Предполагается, что происхождение тревоги из-за предчувствия смерти связано с переживанием отрыва от матери во время рождения [Rank O., 1924].

Реакция $1^1/_2$ -годовалого ребенка на смерть различна в зависимости от того, умирает ли родитель медленно, что переживается как постепенное уменьшение заботы и внимания, или внезапно, при этом резко нарушая удовлетворение потребностей ребенка. Тревога разлучения проявляется расстройствами пищевого поведения и сна, а также отказом принять нового воспитателя. Предполагается, что истинный страх за свою жизнь или из-за невыполнения насущных потребностей определяет его соматические реакции [Miller M. S. et. el., 1970].

Ребенок до 5 лет воспринимает смерть как отрыв от матери, а это отделение от любимого существа оказывается для него ужасающим событием [Miller J. B. M, 1971].

По мнению же S. Anthony (1972), для большинства детей смерть не представляется пугающим явлением. Примерно половина детей в своем лексиконе нередко использует такие слова, как «смерть», «похороны», «убийство» или «покойник», чаще они употребляют их, говоря о печальных событиях или испуганных людях. В противоположность этому ребенок, потерявший своего родителя, не упоминает смерть ни в какой форме. Среди дошкольников одни никак не реагируют на слово «смерть», другие — не знают его значения, часть детей имеют, но еще очень ограниченные представления («быть больным», «попасть в больницу»). Сталкиваясь со смертью близких или животных, дети этого возраста либо игнорируют ее, либо обнаруживают необычные реакции. Они избегают контакта, например, с убитыми существами или радуются совершенному убийству маленьких животных, насекомых, наблюдают за последствиями своего нападения на них.

Понятие смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления [Hostler S. L., 1978]. Для детей до 5-6 лет факт смерти не означает финального события [Hinton J., 1967; Easson W. M., 1970]. Они не признают необратимости смерти, говорят о смерти как об отъезде, сне, временном явлении [Nagy M. H., 1948]. Это подтверждается и на примере детей 5,5 - 6,5 лет

[Gartley W., Bernasconi M., 1967]. Однако в более поздних исследованиях показано, что только 1/5 часть 5—6-летних детей считают, что у их мертвых домашних животных смерть обратима, и примерно $^{1}/_{3}$ детей того же возраста предполагает наличие сознания у животных после смерти [Mclntire M. S etal., 1972].

Причину смерти дети до 8 лет видят в болезни, отравлении чем-то несъедобным. В ответе на вопрос о причине отражается эгоцентризм, магическое мышление и фантастические суждения. Некоторые 6—7-летние дети предполагают, что оживление умерших возможно, например, в специальных отделениях больницы. Таким образом, они обнаруживают свои представления об обратимости смерти [Koocher G. P., 1974].

Дошкольнику, который не может охватить сознанием окружающий его мир или объяснить его при отсутствии своего непосредственного опыта, будет, безусловно, трудно создать концепцию смерти. Для него быть мертвым — это континуум уменьшения жизни, или ослабления функций, который может быть прерван подобно сну. Его магическое мышление представляет смесь фантазий и фактов. Соответственно такие события, как смерть родителя, домашнего животного или сверстника — товарища по играм, интерпретируются дошкольником как результат его желаний или утверждений, что нередко приводит к сильному чувству вины [Hostler S. L., 1978].

Таким образом, можно сказать, что у дошкольников существует очень большое разнообразие мыслей о том, что означает «жизнь» и, соответственно, ее прекращение, т. е. что такое следующая за ней смерть. Смерть — не только разлучение с воспитывающими и защищающими родителями, но и полная покинутость ими. Именно эта заброшенность очень пугает ребенка.

Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от собственных прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, привязанности ребенка к умершему и его уровня развития. Его отношение к смерти в семье в связи с этим будет отличаться от реакции близких ему взрослых.

Ребенок трех лет в случае семейного траура по любимой бабушке может поразить родственников тем, что, покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. Глубина переживаний оплакивающего смерть маленького ребенка не ясна. Однако известно, что внимание у него сосредотачивается ненадолго, отсутствует представление о времени «навсегда», понятие жизни, как и понятие смерти еще плохо очерчены [Bowlby J., 1969]. Возникшая у дошкольника печаль очевидна, однако он не может сохранять такие болезненные переживания в течение длительного периода времени. Его грусть интенсивна, но коротка, хотя и нередко возвращается вновь. Ребенок для понимания случившегося требует доступных простых и повторных объяснений. Доказательства того, что ребенок действительно опечален, обнаруживаются в его играх [Grollman E. A., 1967].

Примером отношения к смерти в этом возрасте может быть 5-летний мальчик, который похоронил свою собаку, водрузив крест над могилой, и повесил на него две банки консервов. Он это проделал, решив, что мертвая собака

только менее жива и может еще стать голодной. Смерть любимого животного может оказаться для него подходящим опытом освоения понятий жизни и смерти, а также того, как правильно относиться к своему горю [Levinson B. M., 1967].

Реакция же 4-летней девочки на смерть сестры, умершей от лейкемии, проявлялась разнообразными эмоциями: от печали до повышенного настроения. Возможно, это было связано, с одной стороны, с изменением фокуса внимания семьи от больной сестры к ней, с отпавшей необходимостью делиться игрушками, одеждой, местом для игр, а с другой — из-за неоднократно возникавших желаний смерти сестры, получавшей, как она думала, слишком много внимания со стороны родителей. Еще один пример. Переживания 4-летнего мальчика сводились к тому, что благодаря своему магическому мышлению, он «знает», что его желание о том, чтобы его «отец остался в своем учреждении», осуществилось, когда родитель внезапно погиб в авиационной катастрофе. Способность управлять такими событиями подавляет и пугает ребенка. Фантазии заполучить мать себе оказываются одновременно и отрадными и ужасающими, так как он видит материнское горе. У ребенка возникает гнев, отражающий его вину за разрушение и несчастье в семье и являющийся наказанием за его мысли. Фактически ребенок теряет обоих родителей из-за того, что пережившая отца мать погружена в свое горе и своим состоянием пугает его. Сын усугубляет переживания семьи, когда сам не плачет и отказывается говорить о происшедшем. В то же время его игра может принимать то формы созидания, то разрушения. Не осознавая, что ребенок переживает именно как утрату, окружающие его взрослые скорее усилят, чем уменьшат его тревожность.

Педиатры и психологи, помогая дошкольникам и их семьям, имеющим дело с последствиями утраты близких, оказываются в очень трудной роли. Чтобы выполнить эту роль, требуется понимание особенности возрастной психологии ребенка, необходимость учитывать преобладающий детский эгоцентризм и его магическое мышление. Задача усложняется в связи с тем, что в зависимости от возраста, жизненного опыта и культурного уровня психологические последствия переживаемой семьей смерти очень варьируют.

**Младшие школьники** в возрасте между 6 и 10 годами отличаются развитием конкретного мышления. Дети к 7 годам начинают видеть мир с внешней точки зрения, их язык становится коммуникативнее и менее эгоцентричным. Магическое мышление частично еще сохраняется, но дети уже могут использовать свои способности, чтобы исследовать реальность. Они отрываются от фантазий и игр, чтобы осуществить свои возможности в таких конкретных делах, как чтение, письмо и математика. Школьники начинают проявлять настоящее взаимопонимание и взаимодействие в работе и игре. У детей с 7 до 11 лет происходят очень большие изменения в познавательной сфере — возрастают логические способности и степень объективности суждений. Мышление становится мобильнее. Дети могут решать задачи с пространством и временем, сохранением количества и числа, а также классифицировать конкретные предметы.

M. H. Nagy (1948) нашла, что $^2/_3$ детей 5—9 лет персонифицируют смерть либо как определенное лицо, либо идентифицируют ее с покойником. Они думают, что смерть невидима, но она стремится остаться незамеченной, чтобы спрятаться ночью в таких местах, как кладбище. M. H. Hagy иллюстрирует эти выводы примером, из которого видно, что даже ребенок 9 лет отождествляет смерть со скелетом и приписывает ей такую силу, которая способна даже «переворачивать корабли». E. Kubler-Ross (1969) подтверждает эти наблюдения, считая, что школьниками смерть понимается как привидения и покойники, которые крадут детей. Несмотря на то, что A. Maurer (1966) соглашается с ним, другие исследования не обнаруживают персонификации [Gartley W., Bernasconi M, 1967; McJntire M. S. etal., 1972; Koocher G. P., 1974].

Было сделано предположение, что различие находок у разных авторов может быть объяснено культурными особенностями, религиозным воспитанием или различными стилями детской психологической защиты. Дети нередко считают, что смерть — наказание за плохие дела. В этом суждении сказывается еще не преодоленный эгоцентризм и магическое мышление. Например, ребенок 6,5 лет думал, что смерть приходит ночью, унося, хватая и забирая плохих детей [Nagy M. H., 1948]. Описаны 6-летние католические дети, говорившие, что люди умирают, потому что они плохие [McJntire M. S. et al., 1972]. Младшие школьники демонстрируют свое магическое мышление, например, в суждениях такого типа, как «бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее». Однако такие утверждения появляются тем реже, чем старше ребенок.

Перед детьми ставился вопрос: «Может ли смерть случиться с ними?» Дети 5,5-7,5 лет считают смерть маловероятной, и она не осознается ими как возможная для них самих. В возрасте 7,5—8,5 лет дети признают, что смерть возможна в любой момент [Gartley W., Bernasconi N., 1967]. Большой диапазон ответов дается на вопрос: «Когда ты умрешь?» В 6-летнем возрасте мог называться срок 7 лет, а в 9-летнем — даже 300 лет. Такой разброс суждений, как считает G. P. Koocher (1974), зависит больше от фантазий, чем от конкретного мышления, свойственного этому возрасту.

На вопрос «Что случается, когда умирают?» детьми даются разные ответы. Одни считают, что покойник уносит детей на небо, другие — думают, что «куда-то далеко». Католические дети, получившие представления о существовании рая и ада к 7 годам, говорят о чистилище как о чем-то реальном, что определенно отражает их религиозное воспитание [Gartley W., Bernasconi M., 1967].

Примерно половина детей 7—12 лет, опрошенных M. S. McJntire с соавт. (1972), считали, что их мертвые домашние животные знают, что о них скучают. Это было интерпретировано как вера детей в сознание после смерти. Однако в 10-12-летнем возрасте 93% католических детей верят в существование души без наличия сознания и после смерти [McJntire M. S. et. al., 1972].

Когда задавался вопрос «Что случится, когда ты умрешь?», дети от 6 до 15 лет отвечали: «Закопают» (52%), «Попаду на небо», «Буду жить и после смерти», «Подвергнусь божьей каре» (21%), «Организуют похороны» (19%), «Засну» (7%), «Будут помнить другие» (5%), «Перевоплощусь» (4%), «Кремиру-

ют» (3%). В качестве примеров приводятся ответы детей. Из них явствует, что ребенок 9,5 лет высказывает уверенность в своем оживлении после смерти; 12-летний — констатирует, что у него будут прекрасные похороны и его зароют в землю, а его деньги перейдут сыну; 14-летний не сомневается в том, что он истлеет и войдет в составные части земли. В этих иллюстрациях получают отражение религиозные, воспитательные и семейные влияния.

Мнения об этиологии смерти у детей крайне противоречивы. В их ответах чаще называются конкретные воздействия, а не общие процессы (нож, стрелы, пистолеты, топор, животные, огонь, взрывы, рак, сердечные приступы, возраст и др.).

При попытках выяснить социально-экономические условия возникновения смерти оказалось, что дети 6-10 лет, живущие в городах или находящиеся в больницах, называют различные формы агрессии, возникающие случайно или преднамеренно в мирное или военное время, в 4 раза чаще, чем дети пригородов и ученики церковно-приходских школ того же возраста.

Очевидно, необратимость смерти постепенно, но не в полной мере понимается детьми. Уже младшие школьники приходят к мысли, что даже скорая медицинская помощь оказывается эффективной лишь тогда, когда жизнь еще теплится. Вера в личное или всеобщее бессмертие души после смерти имеется у 65% верующих детей 8—12 лет.

В том возрасте, когда у детей преобладает конкретное мышление, происходит развитие концепции смерти как необратимого прекращения жизни, являющегося неизбежным и универсальным явлением. Однако препятствием для этого становится еще существующий эгоцентризм, анимизм и магическое мышление. Детские переживания дома и в обществе влияют на развитие понятия о смерти. Дети школьного возраста плохо используют в своей жизни уже имеющиеся представления о смерти, ее природе, причинах и последствиях. Это связано, как полагают, с большими изменениями в понимании смерти, происшедшими за короткое время. Приходится принимать во внимание, что существует множество условий осознавания процесса умирания, предшествующих формированию той концепции, которая используется взрослыми. Состояние тревоги или соматическая болезнь затрудняют осмысление детьми этих представлений. Вопросы, задаваемые ребенком, даже такие, как «Я умираю?», могут не отражать правильного понимания происходящего. Об истинных переживаниях школьника нередко лучшую информацию дают различные его игры, рисунки, рассказы или своеобразие поведения. E. A. Grollman (1967) иллюстрирует сказанное поведением девочки 7 лет, которая была очень дружна с бабушкой, жившей в семье. С ухудшением здоровья последней и падением ее интереса к школьным событиям, ребенок начал понимать свою потерю. Когда бабушка умерла, девочка правильно оценила случившееся, ее не удалили из дома, и она участвовала в траурных обрядах, исполняя порученную ей роль. Другой тип реакции на смерть описывает G. P. Koocher (1974).

Мальчик 7 лет, обнаружив свою собаку мертвой у дороги, совместно с другими детьми, выкопал могилу и похоронил ее, оплакивая свою потерю. В тече-

ние нескольких последующих дней он выкапывал ее, осматривал имеющиеся изменения и вновь погружал в землю. Этот ритуал повторялся без видимых переживаний у мальчика. Из беседы с ребенком выяснилось, что он интересовался изменениями, возникающими после смерти. Автор толкует это поведение как своеобразную психологическую защиту от сильных переживаний.

Возникновение мыслей о смерти у ребенка 9 лет оказалось связанным с потрясением, пережитым из-за госпитализации одноклассника с опухолью. Столь сильное впечатление изменило и психическое и физическое состояние ребенка. На приеме у педиатра он с трудом поддавался разубеждению в том, что у него нет ничего серьезного, кроме не резко выраженного синусита. Таких примеров с множественными соматическими жалобами немало, особенно у братьев и сестер умершего ребенка. Страдающие дети чаще всего не требуют назначения медикаментов, обычно достаточно внимательной беседы.

Переживший смерть отца 7-летний мальчик вначале выразил свою реакцию гневом, жестокой символической игрой и ночными страхами. Со временем у него появились другие расстройства сна, он стал плаксивым и печальным, и только в это время начал постепенно понимать объяснения взрослых о смерти родителя. Психотерапевтическое вмешательство оказалось успешным — поведение и настроение ребенка выровнялись.

Эта возрастная группа оказывается наиболее вариабельной в сравнении с любыми другими в отношении понимания смерти. Как считает P. Bios (1978), для детей между 6 и 10 годами смерть становится более реальной, окончательной, универсальной и неизбежной, но только в конце этого периода они признают свою собственную бренность. В начале этого возрастного промежутка смерть может быть персонифицирована детьми, и поэтому разум, умение и ловкость, как они думают, позволят ее избежать. Объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание разницы между живым и неживым, живущим и не живущим. К концу этого возрастного периода дети понимают, что смерть — часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

**Подростки** переживают очень значительные изменения за короткий промежуток времени: резко увеличиваются рост, масса тела, меняется прежний облик, появляются вторичные половые признаки. Подростки сосредоточены на этих изменениях, у них постоянно меняется настроение и поведение. Происходит развитие идентичности, т. е. достижение цели через формирование устойчивого образа «Я», независимого от семьи, а также выбор половой роли и избрание профессии. Постепенно развивается способность к самооценке, но и у подростков наблюдаются эпизоды возвращения к ранним способам поведения и мышления: эгоцентризму, магическому мышлению, приступам гнева и крайней зависимости. Будущая судьба и собственная кончина становятся для них очевидными. Однако они отрицают свою смертность фактическим игнорированием смерти в гонках на мотоциклах, в экспериментах с нарушающими сознание веществами и в другой опасной для жизни активности.

Подросток достигает формальных операций, овладевает абстрактным мышлением, способен рассматривать гипотетические возможности. Он разделяет

концепцию взрослых о смерти как универсальном и неизбежном процессе, которым заканчивается жизнь [Inhelder B., Piaget J., 1964]. Способность к отвлеченному мышлению позволяет ему принять мысль о собственной смерти. В то же время, чтобы преодолеть тревогу, вызываемую этими мыслями в реальности, он использует отрицание такой возможности.

Дети в исследовании M. H. Nagy (1948) считали смерть прекращением телесной жизни уже с 9 лет. По мнению ребенка 10-ти лет, если кто-то умирает, то его закапывают, и он разрушается в земле, превращаясь в пыль. Кости разрушаются позже, и поэтому скелет сохраняется дольше. Смерти избежать невозможно. Тело умирает, а душа остается жить. Другой ребенок 10-ти лет утверждал, что смерть означает умирание тела. Это состояние, из которого наши тела не могут быть воскрешены. Это, по его мнению, подобно увяданию цветов.

Признание смерти подростками естественным процессом доказано и в более поздних исследованиях, где испытуемые отвечали на вопрос о ее причине. Например, подросток 13,5 лет думает, что к старости тела изнашиваются и органы работают не так, как раньше [Koocher G. P., 1974].

Было отмечено сильное религиозное влияние на взгляды подростков, посещавших церковно-приходскую школу и у католиков, относительно вероятности продолжения жизни после смерти [Gartley W., Bernasconi M., 1967; McJntire M. S. et al., 1972]. В то же время подростки, у которых отмечались неоднократные мысли о самоубийстве, отвергают необратимость смертельного исхода. В группе 13-16-летних 20% верили в сохранение сознания после смерти, 60% — в существование души и 20% — в смерть как прекращение физической и духовной жизни [McJntire M. S. et al., 1972]. В другом исследовании, в противоположность этому, было показано, что только 7% детей использовали слово «бог» в ответах на вопросы и только 21 % косвенно указывали на возможность сохранения жизни в раю или аду [Koocher G.P., 1974].

Психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых их ближайшего окружения, но чаще всего встречаются механизмы совладания в форме отвержения возможности умирания. Беспокойство о своей смертности у подростков имеет место, и взрослые должны пытаться его смягчать. На основании опроса 700 старшеклассников, отвечавших на вопрос «Что тебе приходит на ум, когда ты думаешь о смерти?», A. Maurer (1966) выявил несколько различных реакций: осознавание, отвержение, любопытство, презрение и отчаяние.

Подросток, оказавшись рядом с умирающим сверстником, нередко ипохондрически фиксируется на своих телесных функциях и начинает жаловаться на воображаемые болезни. Смерть сверстника, свидетелем которой оказывается подросток, служит подтверждением его смертности. Сталкиваясь с мыслью о собственной кончине, он понимает, что не выполнит поставленные жизненные цели, а это в свою очередь приводит к серьезной фрустрации.

В подростковом возрасте познавательные процессы практически соответствуют таковым у взрослых, но их использование затрудняется переживанием интенсивных телесных изменений. К смерти относятся или как к философской проблеме жизни, или как к вероятности, которая требует остерегаться

факторов риска. У некоторых подростков еще сохраняется детское представление об обратимости смерти. Самоубийство подростку представляется возмездием, но одновременно и обратимым явлением. Он думает, что сможет наблюдать и радоваться печали своих родителей, которые будут терзаться, что плохо с ним обращались.

## СТРАХ СМЕРТИ У ДЕТЕЙ

Для большинства детей представление о смерти не содержит никаких ужасов [Anthony S., 1972]. Однако это противоречит утверждениям, что в 1,5—2 года уже возникает мысль о смерти, которая может сопровождаться тревожными переживаниями.

Проверить степень информированности детей о смерти, особенно в младшем возрасте, затруднительно. Значительно легче выявить их эмоциональное отношение к смертельному исходу жизни. С этой целью изучалось содержание существующих у здоровых и невротичных детей страхов [Захаров А. И., 1988].

Оказывается, что распространенность страхов смерти составляет в дошкольном возрасте 47% у мальчиков и 70% у девочек, в школьном — 55% и 60%, соответственно. Страхи смерти родителей у дошкольников наблюдаются у 53% мальчиков и у 61% девочек, у школьников 93% и 95% соответственно. В младшем школьном возрасте у ребенка часты страхи остаться одному без поддержки родителей, испытывая чувства опасности и страх перед угрожающими его жизни сказочными персонажами.

В старшем дошкольном возрасте чаще других наблюдаются страхи смерти у мальчиков (7 лет) в 62% и у девочек (6 лет) — в 90%. В этом возрасте эмоциональное и познавательное развитие достигает такой степени, что понимание опасности значительно возрастает. Для оценки этого факта следует знать и о большой распространенности в этом возрасте страхов войны, пожара, нападения, заболевания, смерти родителей и др. Все они связаны с переживанием угрозы жизни, что иллюстрирует высокую степень актуальности переживания смерти в этом возрасте. Вероятность появления страха смерти больше у тех детей, которые на первом году жизни пережили страхи незнакомых людей или имели трудности в овладении навыками ходьбы. Это также и те дети, у которых были в преддошкольном возрасте страхи высоты и так далее, т. е. обостренные проявления инстинкта самосохранения. Интересно также отметить персонификацию страхов, связанных с Бабой Ягой, Кощеем, Змеем Горынычем, олицетворяющими силы, враждебные жизни.

Младший школьный возраст знаменуется резким увеличением распространенности страхов смерти родителей (в 9 лет у 98% мальчиков и у 97% девочек). Страх своей смерти, еще очень частый, реже встречается у девочек.

У подростков страх смерти родителей наблюдается уже у всех мальчиков (к 15 годам) и всех девочек (к 12 годам). Почти так же часто встречается страх

войны. Последний тесно связан с первым, так как и во время войны очень реальна потеря родителей. Несколько реже наблюдаются страхи собственной смерти, нападения и пожара.

Еще одним доказательством в пользу большого значения для детской психики переживаний смерти могут стать данные о страхах, наблюдаемых у невротических больных. Невротический страх оказывается в данном случае показательным потому, что, не оправдываясь реальной ситуацией, все же имеет психологическую подоплеку, т. е. отражает то, что волнует ребенка. Действительно, жизнь невротика не подвергается постоянной опасности, однако он может переживать стойкий страх, происхождение которого определяется не только выражением инстинкта самосохранения, но и отражает трудности формирования личности в определенном возрасте.

Страх смерти при неврозах встречается уже в старшем дошкольном возрасте. Ребенок при этом может бояться всего того, что приводит к непоправимому расстройству здоровья [Захаров А. И., 1988]. Из этого следует, что дети дошкольного возраста не только знают о существовании смерти, но уже в той или иной мере относят к себе, страшатся и переживают этот факт. Под влиянием тех или иных обстоятельств (повышенной эмоциональной чувствительности, психотравмирующих факторов, неправильного воспитания и др.) беспокойство о прекращении жизни может реализоваться в невротическом переживании, характеризующемся большей выраженностью и аффективным накалом.

По мнению В. И. Гарбузова (1977), мысли о смерти лежат в основе большинства фобий детского возраста. Эти фобии проявляются либо непосредственно заявлениями о боязни умереть, либо завуалировано, — страхом заразиться, заболеть, боязнью острых предметов, транспорта, высоты, темноты, сна, одиночества и так далее. Страх смерти родителей также в конечном итоге трактуется как боязнь невозможности существовать без такой поддержки, как родительская забота, защита и любовь.

Соматические заболевания, ослабляющие или угрожающие здоровью детей с фобиями, усугубляют невротическое состояние, особенно в тех случаях, когда еще присутствует информация об опасности для жизни или здоровья.

У подростков, наряду с приведенными страхами, нередки страхи смерти близких, навязчивые опасения заболеть определенной болезнью (раком, сифилисом и др.), оказаться несостоятельным (подавиться при еде) и т. д.

## РЕБЕНОК НА ПОРОГЕ СМЕРТИ

Психологические реакции детей со смертельными болезнями стали объектом внимания медиков лишь в последние годы. Ранее придерживались мнения, что до 9-10 лет умирающие дети не проявляют полного осознавания и тревоги по поводу неминуемой и скорой смерти [Richmond J. B., Waisman H. A., 1955]. Последующие исследователи [Spinetta J. J., 1974] поставили под вопрос

это утверждение, указывая на то, что детская неспособность выразить, вербализовать или концептуализировать свой страх смерти не может быть понимаема как недостаток эмоциональной вовлеченности и осознания [Chess S Hassibi M., 1978].

Тяжелое и ослабляющее заболевание, госпитализация, окружение чужими людьми в необычной обстановке, угроза утраты материнской заботы, даже одно только это создает для ребенка стрессовую ситуацию. Об этом достаточно хорошо известно. Менее ясны эмоции и поведение детей, когда болезнь предположительно или определенно оказывается смертельной. Дети разного возраста различно переживают такую ситуацию.

**Младший дошкольный возраст** (0—3 года) отличается крайней зависимостью от матери. Ребенок очень плохо переносит ее отсутствие. Начиная с 6 месяцев страх быть покинутым очень сильно выражен. На 2-м году ребенок также опасается остаться вне семьи. Младенец весь в настоящем. У него нет чувства времени и, насколько известно, нет никакого представления о смерти в будущем. Судить о переживаниях ребенка этого возраста можно по его поведению. Особенности же последнего зависят от душевного состояния ухаживающих за ним, может быть, в большей степени, чем от его физического состояния.

В одном из примеров показаны переживания ребенка 9 месяцев, страдающего лейкемией и поступившего в стационар. В момент ремиссии мать заявила, что чем дольше ребенок будет жить, тем ей будет труднее. У нее появилось фобическое состояние, сопровождавшееся сердцебиениями, слабостью, диспноэ, из-за боязни замкнутого пространства она не могла пользоваться метрополитеном, единственным транспортом для посещения больного сына. Ребенок, ранее живо реагировавший на появление членов семьи и часть персонала, стал раздражительным и отчужденным. Он перестал гулить, в постели лежал, отвернувшись к стене и натянув одеяло на голову. Все же он начал реагировать положительно на занятия с ним медсестры. Была проведена психотерапия с родителями, переживавшими каждый общее горе в одиночку. В результате они стали ближе и начали поддерживать друг друга [Gilder R., Buschman P., 1980].

Из этого примера видно, что основной заботой медицинского персонала должна быть психологическая поддержка семьи, подчеркивание ее важности в уходе за ребенком, понимание ее стресса и, при необходимости, замена в обслуживании.

Двухлетний ребенок, умирающий в больнице, также не имеет реального представления о надвигающемся конце жизни, но очень хорошо чувствует изменения ухода и отрыва от воспитателей, к которым он привязан. И в этом случае нужны усилия медицинского персонала и психологов для создания более благоприятной психологической атмосферы для родителей, переживающих тяжелое горе, чтобы они могли, преодолев свой стресс, заботиться о ребенке с положительными эмоциями, облегчая по мере сил его страдания.

**Старший дошкольный возраст** (3-6 лет) характеризуется интернализацией родительских предостережений и требований. Возникают истинные реакции вины за свое поведение. Дети этого возраста нередко воспринимают заболе-

вание как наказание. Как уже было отмечено, многие дошкольники имеют представление о смерти как об отсутствии жизни и деятельности. Они понимают, что живой человек уходит из жизни и не возвращается. То, как ребенок применяет к себе эти представления о смерти, определяется отношением к этой проблеме родителей, а также их переживаниями. То, как он защищает себя от этих идей, зависит во многом от способов психологической защиты родителей и от того, как они воспринимают эти трагические обстоятельства.

Очень вероятно, что серьезно больной ребенок может понимать свою собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. Дети, подобно взрослым, используют различные формы психологической защиты, чтобы отвергать такую страшную возможность. Редко в этом возрасте они прямо говорят о своей боязни умереть. Чаще же об этой тревоге приходится догадываться по поведению ребенка или по темам его разговоров.

Иллюстрацией может быть краткая история больного 4 лет с лимфосаркомой. Этот мальчик считал заболевание, лечение, госпитализацию и смерть агрессией против него. Его психологической защитой была игра, в которой он принимал на себя агрессивную роль против беззащитного умирающего больного, роль которого играла кукла. Но он явно идентифицировал себя с этой куклой, которая не могла видеть, слышать, говорить или кричать и которая вскоре должна была умереть. Он, по-видимому, осознавал необратимость грядущей смерти. Этот пример [Gilder R., Buschman P., 1980] показывает пробуждающееся понимание ребенком ситуации, в которой он находится.

Несмотря на то, что фатально больной дошкольник не имеет такого же представления о смерти, как взрослый, его эмоциональное и физическое состояние необходимо корректировать в течение всего заболевания. Частые и длительные пребывания в больнице обычно связаны у детей со смертельным заболеванием и нередко провоцируют и усиливают страхи физических страданий, эмоциональной изоляции и покинутости, столь обычные для этого возраста. Медицинскому персоналу в этой связи следует предпринимать все возможное, чтобы избежать неоправданной госпитализации, или принять меры для частых посещений родителей в случае нахождения ребенка в больнице. Если фантазии и страхи ребенка не выявлены и не делаются попытки его успокоить, он будет страдать в еще большей мере от непереносимой и глубокой тревоги и душевной боли [Heagarty M., 1978].

**Школьный возраст** (6-12 лет) является периодом, когда постепенно развивается способность решать более сложные логические задачи, понимать отношения между предметами и явлениями реального мира и на основе конкретных примеров делать обобщения. Наибольшие изменения происходят в таких сферах психического развития, как независимость, самосознание и социализация. Укрепляются структуры характера, формы психологической защиты против чувств вины и стыда становятся сильнее. Ребенок все лучше приспосабливается к социальным требованиям. Связь с родителями ослабляется, а интересы все больше сосредотачиваются на сверстниках и других взрослых. Школа становится центром детской жизни. Познавательные способности школьника позволяют ему понять, что каждое живое существо уми-

рает. У него начинают укрепляться мысли о необратимости смерти [Childers P. WimmerM., 1971].

К этому возрасту большая часть детей, заболевших неизлечимой болезнью через некоторое время начинает понимать необычность их состояния и серьезность их ситуации. Сумеют ли они совладать с трагичностью своего положения — будет зависеть от собственных механизмов защиты и оттого, каким образом близкие или взрослые, особенно их родители, овладевают своими собственными чувствами.

Даже не имея полного представления о смерти, они обнаруживают возрастающую тревогу и озабоченность своим состоянием [Spinetta J. J. et al., 1973]. Исследование этих детей с помощью прожективной техники позволяет выявить их знания о приближающейся смерти, о диагностике неизлечимой болезни, необратимости смертельного исхода, тяжелых изменениях в организме [Crase D. R., 1975].

И. К. Шац (1989), по нашему предложению, изучавший психику 109 детей, страдавших неизлечимым заболеванием (острым лейкозом), обнаружил целый ряд отклонений. Среди них преобладали аффективные нарушения (88,4%): дистимия, тревога и депрессия. Дети с этими расстройствами отказывались участвовать в общих играх, отгораживались от сверстников, предпочитали общение со старшими, нередко находились в очень сложных отношениях с родителями. Проявления их активности часто определялись интересом к своему заболеванию и лечению. Содержание возникавшей боязливости и ночных страхов в большинстве случаев было связано с тяжестью заболевания и неверием в выздоровление. У части детей возникало чувство вины из-за непослушания или нарушений режима и дисциплины, которые, как они думали, привели к «плохой», «редкой» и даже «худшей» болезни. Были также страхи за свое здоровье и благополучие родителей, переживания из-за госпитализации. Основной источник психотравматизации — отношение к болезни, понимание ее тяжести, и особенно неизлечимости, невозможности продолжения полноценной жизни. Больные называли свою болезнь «самой главной», «самой страшной среди всех болезней». Более пессимистичную оценку, чем понятиям «здоровье» и «болезнь», дети давали понятию «смерть». В восприятии обследованных понятие смерти носит абстрактный характер и не связывается с собственной личностью. С возрастом больных, по мнению автора, в их представлении вероятность смертности в будущем увеличивается, причем они лучше понимают связь смерти с болезнью крови. Больные допускают большую вероятность смерти как исхода жизни. Переживания родителей, межличностные отношения в семье во время заболевания ребенка формируют его ВКБ, оказывают влияние на состояние его психики. Несмотря на то, что все дети видели сострадание родителей, они считали, что их покинули. Эти материалы показывают, что больные дети не только знают о своем близком конце, но и переживают его. Судить об этом можно по психотическим и непсихотическим расстройствам, возникающим у этих больных, в основе которых в значительной мере лежат страх смерти, несбывшиеся надежды, чувство заброшенности.

R. Gilder, P. Buschman (1980) дают несколько, как они считают, типичных примеров реагирования детей младшего школьного возраста на неизбежный и близкий фатальный исход заболевания. В первом случае, несмотря на понимание грядущей смерти, ребенку удается вытеснить отчаяние, панику и находиться в почти хорошем настроении. Все же смерть остается близким к сознанию переживанием, ассоциируется с чувством покинутости, непонятности и беспомощности с тревогой из-за отрыва от дома. Во втором — мысли о смерти замещаются активной ролью страдающего. Появление ипохондрических переживаний имеет и положительный смысл, они подавляют страх умирания, так как для того, чтобы страдать, надо жить. В третьем — заболевание рассматривается ребенком как несерьезное, однако, на неосознанном уровне выявляется тревога из-за неизбежной смерти. Это приводит к угрюмому настроению, жалобам на соматическое недомогание, вспышкам гнева, особенно в адрес родителей. В четвертом — гнев в ответ на осознавание неизлечимости заболевания может выражаться в фобиях лекарств, враждебности и дисфориях. R. Gilder, R Buschman пришли к выводу, что у детей этого возраста формируется сильная психологическая защита против угрозы неизлечимого заболевания. У них более ясные и более точные знания о заболевании, в частности, о его серьезности, длительности, неизлечимости и угрозе смерти, чем об этом думают родители. Эти дети часто переживают не только тревогу, но и гнев, стыд, вину. Они способны скрывать эти чувства намного лучше, чем младшие — почти так, как это делают их родители. У детей очень острое чувство осознавания родительских реакций на их заболевание. Они часто делают все, чтобы избежать нарастания родительского напряжения и таким образом уменьшить угрозу собственному настроению. Спустя несколько месяцев от начала заболевания они уже знают основные данные о нем, видят в больнице детей с такими же болезнями, подглядывают в собственные истории болезни, подслушивают беседы между родителями и медицинским персоналом, пользуются средствами массовой информации, чтобы получить сведения о своей болезни. Довольно трудно обмануть этих детей во всем, что относится к их болезни. Им очень трудно с родителями, которые пытаются скрыть от них тяжесть заболевания, неизбежность близкого конца, а также свои тревоги в связи с этим. Большинство детей не задает прямых вопросов о смерти, но обсуждает свое заболевание косвенно. В то время как у многих родителей не хватает выдержки, чтобы разговаривать с больным ребенком о его болезни и не обнаружить свое горе, медицинский персонал должен создать такие условия, которые бы позволили больному говорить о том, что его мучает в прямой или косвенной форме. В противном случае детские переживания и страхи, чувство изоляции и покинутости будут резко возрастать.

**Подростковый возраст** в отношении мышления во многом не отличается от такового у взрослых. Подростки способны на основе общих закономерностей решать частные задачи, могут сами формулировать задачи и оперировать абстрактными понятиями. Они уже способны к такому логическому заключению: «Если все люди смертны, то и я могу умереть». Для подростков смерть становится реальностью, как для них самих, так и для всего живого.

Неизлечимо больные осознают собственную приближающуюся смерть и ее необратимость.

Умирающий подросток несет двойное бремя. Наряду с эмоциональным стрессом нормального пубертатного периода, он переживает потрясение из-за приближающейся собственной смерти. За малыми различиями, связанными с особенностями психического развития, он реагирует на близкую смерть сходно с тем, как это описывается взрослыми [Kubler-Ross E., 1969]. Бесполезно пытаться говорить неправду подростку о природе его болезни. У него имеются определенные преимущества перед младшими детьми. Он уже может выразить достаточно точно свои чувства с помощью хорошо развившегося словарного запаса. Кроме того, будучи менее зависимым от родителей, он может посчитать менее опасным признаться в беспокоящих его мыслях и доверить их другим.

В тех семьях, где родители запрещают откровенные разговоры с их ребенком относительно диагноза и серьезности его болезни, подросток, подыгрывая родителям, может дать понять медперсоналу, что ему известна истинная ситуация. По мере взросления он становится более независимым от родителей, настаивает на большей автономии и, как правило, не получает ее. В то же время врач или медицинская сестра способны иметь дело с ним как с самостоятельной личностью, а не только как с сыном или дочерью родителей. Подросток может захотеть обсуждать свою близкую и неотвратимую смерть, не вовлекая в это родителей. Сверстники важны для больного, однако они не способны его поддержать, так как сами серьезно переживают свою неполноценность и угрожающую кончину товарища, с которым они могут себя легко идентифи цировать.

В течение заболевания чувства подростка меняются очень быстро от гнева до печали, вины, стыда, отвержения и приподнятого настроения, жалоб и безразличия, уступчивости, отгороженности.

По мнению M. C. Heagarty (1978), переживания умирающего подростка протекают в определенном порядке. Подросток, прямо или обиняком узнавший о своем неизлечимом заболевании, настойчиво отвергает возможность неизбежной при этом смерти, он может также не признавать и факт существования смертельной болезни. Эта начальная стадия отказа признавать реальность является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту. Подросток, не понимающий, почему его сразила болезнь, переживает гнев, который возникает после периода отвержения факта близкой смерти. Этот гнев на несправедливость судьбы может трансформироваться в крайнюю агрессию по отношению ко всем окружающим: родителям, членам семьи, медперсоналу. Следует понимать, что гнев подростка и его враждебность — нормальное явление, и нельзя наказывать или осуждать его за эту реакцию на свою судьбу. По прекращении этих двух фаз нередко возникает период, когда жизненный горизонт подростка резко сужается, и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Например, за выполнение режима или болезнен-

ных процедур требует себе подарков, разрешения отступить от требований медперсонала и получить другие послабления. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью укорачивающейся жизни.

Умирающий подросток неизбежно становится печальным. Депрессия у таких больных может быть в двух вариантах. Первый тип — реактивная депрессия, которая обычно возникает как результат потери некоторой части тела или функций, важных для образа «Я». Это может произойти вследствие хирургического вмешательства. Реактивная депрессия углубляет основное печальное настроение и сочетается с сильным чувством вины и стыда. И медперсоналу, и семье следует иметь в виду возникновение выраженной депрессии и пытаться улучшить это состояние посредством доверительных бесед с подростком.

Второй тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это тяжелое переживание потери собственного будущего — признак начальной стадии принятия собственной смерти. Такие больные крайне трудны для ухаживающих людей, они вызывают у них чувство тревоги и душевного дискомфорта. Попытки же ободрить пациента веселыми, остроумными, но нелепыми с точки зрения больного замечаниями противоречат неизбежной реальности и лишают подростка его законного достоинства в тот период, когда он горюет по всем, кого любит и чему радуется.

Наверное, наиболее драматично воздействует на умирающего подростка ослабление наиболее важных взаимоотношений в его жизни. Те, кто окружает этих больных, сочувствуя им, избегают общения с ними. Родители и другие члены семьи начинают реже посещать больницу, медперсонал проводит с ними меньше времени. В то же время подросток нуждается больше всего в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-либо молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее произнесенных слов сочувствия. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают.

После этой длинной череды переживаний в тот момент, когда смерть уже подходит, подросток обретает мир и спокойствие. С этим принятием близкой смерти больной теряет интерес к окружению, обращается вовнутрь и отдается неизбежному. Подростки, достигающие этой стадии, не должны восприниматься как бросившие борьбу, но как приготовившиеся спокойно принять смерть.

## РЕАКЦИЯ СЕМЬИ НА УМИРАЮЩЕГО РЕБЕНКА

В настоящее время смерть ребенка от болезни или несчастного случая относительно нередкое событие, хотя все же не такое частое, как это было в недалеком прошлом. Родители умирающего ребенка переносят тяжелый эмоциональный стресс, будучи потрясенными происходящим, они ищут ответа

на вопрос о причине случившегося. Все это часто происходит в относительной изоляции, с малой поддержкой остальными членами семьи или окружающими. Переживания родителей в процессе умирания ребенка отличаются от таковых при прощании с их собственной матерью, отцом, братьями или сестрами. Они относятся к близкой потере своего ребенка так, как будто теряют часть самих себя.

Чувства и мысли, обычно возникающие у родителей неизлечимо больных детей, и формы защитного преодоления этих эмоциональных стрессов описаны в деталях [Bozeman M. F. et al., 1955; Friedman S. B. et al., 1963; Hamovitch M. B., 1964]. Как правило, когда матери или отцу сообщают диагноз фатального заболевания у ребенка, у них возникают чувства потрясения и неверия, даже если до этого уже были серьезные подозрения на этот счет. Меньшая часть родителей почти полностью не способна преодолеть свои чувства, и может отказаться дать разрешение на лечение ребенка, действуя так, как будто он не болен. Однако, несмотря на недостаточное принятие реальных событий, большинство родителей сначала может постичь диагноз лишь разумом и способны исполнять предписанный медицинский режим. С течением времени они постепенно становятся способными глубоко прочувствовать факт болезни своего ребенка. За осмыслением диагноза следует острое переживание тяжелого заболевания.

По мнению M. Heagarty (1978), во время первого обсуждения врачом с родителями заболевания их ребенка возникают эмоциональные реакции, обычно искажающие понимание любых объяснений, касающихся лечения или прогноза. В этой связи педиатр должен сохранить у родителей надежду, причем все же следует пояснить, что они не смогут понять детальных профессиональных объяснений и инструкций. Фактически в такой ситуации стиль беседы врача более важен, чем содержание того, о чем говорится. Врач должен быть сочувствующим и компетентным профессионалом, который понимает родительские боль и горе и может иметь дело не только с медицинской стороной дела, но и способен понять эмоциональное состояние семьи. По мере ухудшения состояния ребенка многие родители приспосабливаются к ожидаемой потере. Они даже могут возвратиться к своей обычной деятельности.

Первым переживанием многих родителей, узнавших о смертельном заболевании их ребенка, как уже было сказано, бывает чувство глубокого потрясения и неверия. Другие реакции, которые могут возникнуть у родителей, находятся в зависимости от структуры их личности и прошлых переживаний. Родители различно проявляют свое отношение к неизлечимой болезни своего ребенка. Это могут быть глубокая печаль, гнев или отвержение правды, сказанной врачом. Педиатру не следует ни выражать удивления, ни высказывать суждений о родительских высказываниях или их поведении. Реальность надвигающейся детской смерти не может быть отвергнута, а родители лишены надежды. Роль педиатра заключается в поддержке, которая зависит от ситуации [Fischoff J., O'Brien N., 1976].

После первого потрясения, связанного « осознаванием происшедшего, родители, нередко отвергая трагическую судьбу ребенка, ищут других врачей

в надежде получить более оптимистическое заключение о его болезни. Педиатру, курирующему такого больного, следует относиться к этому как к нормальному явлению и самому попытаться организовать консилиумы специалистов. Заключения других врачей, подтверждающих прогноз, ослабляют напряженные отношения между родителями и лечащим врачом, которому они первоначально не доверяют, полагая, что он может ошибаться.

За начальной фазой отвержения факта роковой болезни у родителей появляется чувство вины, гнева и депрессии. Наиважнейшая задача педиатра разуверить родителей, доказав им, что они не могли быть причиной возникновения заболевания ребенка ни тем, что делали, ни тем, чего не делали. У родителей умирающего ребенка чувство вины интенсифицируется. Они постоянно возвращаются в своих воспоминаниях и обсуждениях к событиям жизни сына или дочери, предшествующим постановке диагноза, они ищут собственные ошибки и грехи, которые могли бы объяснить его трагическую судьбу. Неуместные и неловкие вопросы и замечания медицинского персонала могут обострить эти переживания.

Чувство вины, проецируемое вовне, становится гневом. В поисках причины переживаемой трагедии родитель умирающего ребенка может враждебно упрекать любого из своего близкого окружения, включая другого родителя или медицинский персонал. Таким образом, трагедия детской смерти может разрушить взаимоотношения между родителями именно в тот момент, когда они наиболее нужны друг другу. В лечение умирающего ребенка необходимо включать оценку происходящего в семье и коррекцию взаимоотношений родителей, если это требуется. В противном случае взаимные упреки супругов и яростные нападки друг на друга нанесут большой вред семье, и она уже не сможет создавать умиротворяющий психологический климат, столь необходимый для ребенка.

Родители также нередко обрушиваются с гневными упреками на медицинский персонал, лечащий их ребенка или ухаживающий за ним. Кажется, что их невозможно ничем успокоить или ублаготворить, они всем недовольны. Это отнюдь не истинное недовольство отношением к ребенку. Это внешние проявления родительского гнева на несправедливую судьбу их малыша. Правильное понимание медперсоналом гнева родителей, как не направленного лично на них, облегчит им общение с семьей, поможет преодолеть «обиды» со стороны родителей.

По мере того, как болезнь ребенка постепенно подходит к роковому концу, родители и семья уже готовы психологически принять его смерть. Такое принятие неизбежно ведет к началу эмоционального отчуждения, во время которого родители обращаются к другим сторонам жизни и к другим взаимоотношениям внутри и за пределами семьи. Эти чувства эмоциональной потери в сочетании с нормальным желанием смерти ребенка, которое вскоре появляется, заставляет большинство родителей чувствовать вину. Такое отчуждение некоторым медицинским работникам может также показаться бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но и родители, и медперсонал должны понимать, что эти чувства представляют нормальные и по-

ложительные механизмы психологической защиты. Если родители заняты какой-то внешней деятельностью и взаимоотношениями и слишком мало уделяют внимания больному, врачу следует помочь им продолжать эмоциональную поддержку ребенку. Может оказаться необходимым, чтобы больничный персонал отчасти заменил родительское отношение с тем, чтобы предупредить утрату ребенком важных эмоциональных связей в то время, когда он особенно в них нуждается [Easson W. M., 1972].

## РЕАКЦИЯ СЕМЬИ НА СМЕРТЬ РЕБЕНКА

Реакции родителей на факт смерти ребенка могут варьировать в зависимости от того, умер ли ребенок внезапно и неожиданно или после длительного летального заболевания [Friedman S. B., 1974]. Переживания родителей в течение длительного инкурабельного заболевания описаны выше. Если же глубокое горе в связи с предчувствием неизбежной смерти ребенка не возникает, то переживания родителей в момент смерти практически столь же остры, как и при внезапно разразившейся катастрофе.

Из-за индивидуальных различий родителей, продолжительность и выраженность печали по потере изменчива. Обычно острый период продолжается 3—4 месяца, однако оплакивание может никогда не прекратиться. Этому способствуют отмечаемые памятные даты и другие напоминания о случившихся событиях. Особенно часто горе обостряется на первом году после смерти ребенка.

Неожиданные потери детей чаще всего случаются из-за синдрома внезапной смерти (1 на 350-400 живорожденных) и несчастных случаев (50% смертей детей 1—14 лет). В противоположность семьям детей, которые умерли от ожидаемых причин, родители тех, которые умерли неожиданно, проявляют взрыв интенсивных, разрушающих и почти непереносимых чувств. Так как не было времени для того, чтобы психологически подготовиться к потере, родительские переживания смерти возникают как грандиозная обида в форме экстраординарных, сильных чувств потрясения и неверия, что может продолжаться в течение нескольких недель или месяцев. Родители в своих попытках понять причину потери часто сосредотачиваются на некоторых деталях обстоятельств, приведших к смерти ребенка, и переживают только их. Если ребенок был слишком мал и не болел, друзья и родственники могут предполагать, что родителям не потребуется длительного периода для того, чтобы восстановиться после потери. Однако горе родителей младенцев и детей, которые умирают неожиданно, продолжается длительно и может продолжаться дольше, чем в семьях, которые переживали затянувшуюся болезнь ребенка. Наиболее частые переживания в этих случаях — тяжелая печаль, выраженная депрессия и отчаяние. При этом могут иметь место чувства опустошенности, никчемности, утраты энергии, появление крайнего беспокойства или неспо-

собности к концентрации внимания. Эти переживания могут сопровождаться анорексией, бессонницей, болью в области сердца, живота или в верхних конечностях.

Всегда наблюдаемая при этом тревога может возникать как напоминание о собственной смертности или от понимания своей беспомощности. Переживаемое кажется настолько сильным, необычным, что нередко воспринимается как начинающееся расстройство психики.

Оплакивание ребенка — важная фаза отказа от существующих эмоциональных связей родителей с детьми. Разрушение этих связей перед лицом приближающейся смерти продолжается в процессе освобождения ребенка от родителей, степень зависимости от которых определяется не только возрастом умершего, но также природой и интенсивностью отношений между ребенком и родителями и их взаимодействиями.

Когда ребенок умирает, родители переживают потерю как травму, которая не только тяжело ранит личность, но и вызывает у них чувства недостаточности и вины. Они отвергают возможность детской смерти, оплакивают ребенка бессознательно, а иногда и осознанно в его присутствии. В этом случае он начинает относиться к смерти со страхом, так как чувствует, что приносит родителям горе.

В то время как родители и все остальные члены семьи продолжительное время горюют из-за смерти ребенка, они одновременно должны освободиться от длительно существующих чувств потери, вины, гнева и депрессии до того, как возобновят обычный порядок жизни. Если этот горестный процесс закончится полным успокоением, семья вернется к своей прежней жизни с новым ее пониманием.

С целью помощи семье педиатру следует запланировать визит к родителям через 4—6 недель после смерти ребенка. Во время этого посещения врач мог бы ответить на любые вопросы о причинах смерти и рассказать о патологоанатомических находках. Более важно то, что этот контакт с родителями позволит оценить степень родительского горя и установить отсутствие или наличие патологических реакций, требующих психиатрического вмешательства.

## ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ К СМЕРТИ РОДИТЕЛЕЙ И РОДСТВЕННИКОВ

Информация, полученная от психически больных, показывает, что среди них больше потерявших родителей, чем среди остального населения.

В детском психиатрическом отделении из числа находившихся там больных только 41% воспитывался обоими родителями, причем у 18% пациентов умер один или оба родителя. По мнению И. Лангмейера (1963), наихудшее влияние на судьбу детей оказывает отсутствие материнской любви, так как

именно мать создает основу для отношений к людям, для доверия к окружающему миру.

Многие специалисты обнаруживают достоверно более высокий процент (от 7% до 60%) сирот среди психически больных в сравнении с воспитывавшимися в полной семье. Так, например, среди депрессивных больных сирот оказывается в 4 раза больше, чем в группе психически здоровых. Ранняя утрата одного или обоих родителей достоверно чаще встречается у совершивших те или иные преступления [Буянов М. И., 1970].

Проблемы, переживаемые во время умирания близкого, очень различаются в зависимости от возраста. Имеют значение различия в основах (ядре) личности и эмоциональных привязанностях у детей и взрослых. Младенец целиком зависим от одного лица — матери или замещающего ее человека, обеспечивающего физические и психические потребности. В связи с этим потеря столь значимой фигуры ставит под вопрос его существование, так как без ее поддержки он не может выжить. По своим проявлениям и продолжительности очень разнятся переживания потери родителя в детстве или в подростковом возрасте. Однако во всех случаях такая потеря ставит под сомнение не только возможность благополучного приспособления, но и саму жизнь ребенка. Когда кто-то оказывается перед лицом собственной смерти, то такую ситуацию называют тотальной утратой. Это переживание одинаково тяжело для всех, безотносительно возраста. Тотальная потеря лежит за пределами нашего понимания. З. Фрейд (1912) выразил эту мысль следующим образом: «В бессознательном каждого из нас существует убеждение в его собственном бессмертии. Существовать, не будучи живым, не имея объекта любви, немыслимо для человеческого сознания, хотя это может быть понято посредством исключения невозможного и принятием неизбежности смерти».

Реакция маленьких детей на потерю родителя является «анаклитической», т. е. связанной с потерей источника пищи, тепла и защиты. Длительно существовавшее предположение о том, что дети не способны переживать смерть близких людей, было опровергнуто. Переживания детей определяются потерей объекта любви и идентификации, а потому эти чувства утраты оказываются очень глубокими, серьезно травмирующими их психику [Burlingham D., Freud A., 1944].

Тяжесть психотравмы, возникшей из-за утраты родителя, объясняется также потерей материнской защиты. В связи с этим первоначально ребенок протестует против случившегося, что определяется его страхом одиночества, затем горюет и отчаивается, уже понимая происшедшее и, наконец, пытается приспособиться к жизни без близкого человека [Боулби Дж., 1969].

Более поздний подход к пониманию детского горя складывается из представлений о том, что на первой стадии переживаний дети осознают случившееся. На второй — у них исчезает привязанность к любимому человеку, на третьей — появляются воспоминания об умершем родителе и страстное желание вернуть его. В дальнейшем наступает стадия идентификации с умершим. Трудности приспособления после утраты у детей возникают, если они не имеют реалистического представления о смерти родителя или тогда, когда

в последней стадии они сознательно противятся идентификации, тем самым препятствуя нормальному протеканию процесса горя [Furman E. A., 1974].

Кажется, что невозможно смягчить младенцу стресс утраты матери, как это происходит позже, когда с потерей объекта любви более старшие постепенно свыкаются. Смерть матери в младенчестве — тяжелое тотальное переживание, слишком близкое к страху собственной смерти, а потому и воспринимается как окончательная потеря. Когда в детстве умирает мать, ребенок пытается отвергнуть этот факт посредством фантазии своего всемогущества. Фактически, это сродни с тем, что происходит у взрослых, отвергающих смерть как тотальную потерю.

K. P. Eissler (1969) различает два страха, связанных с угрожающей смертью: страх лишиться будущего, сопровождающийся боязнью разрушения психики, души или личности, и страх, относящийся к разрушению тела и исчезновению без опасения потерять личность, т. е. менее тотальное переживание. Эти две формы страха смерти очень близки к основным источникам тревоги в детстве, страху потери матери, которая удовлетворяет важные потребности или позже — потери ее любви и заботы и страху кастрации или уродования.

D. W. Winnicott (1960) полагает, что тревога в ранних стадиях отношений между матерью и ребенком связана с альтернативой существования или исчезновения. При благоприятных обстоятельствах существование младенца начинает усложняться, что делает возможным появление мыслей о всемогуществе. В этой стадии слово «смерть» не получает соответствующего применения, а термин «смертельный инстинкт» не приемлем для понимания возникающих у ребенка разрушительных тенденций. Смерть для ребенка не имеет смысла до возникновения ненависти к человеческой личности. Смысл понятия «смерть» появляется тогда, когда человеческая личность уже может восприниматься ненавидимой или покалеченной. При этом он понимает, что ненавидимая или любимая личность, кастрированная или иным образом изуродованная, остается живой, а не убитой. Очевидно, что фантазии всемогущества возникают в детстве, чтобы защитить ребенка от возможности разрушения его личности, в то время как кастрация или другие формы калечения представляют для него более приемлемую форму смерти.

При приближении неизбежной смерти близкого человека возникает страх остаться одному. Д. В. Винникотт (1960) пишет, что вдобавок к взаимоотношениям между тремя: отцом, матерью и ребенком (Эдипов комплекс) и двумя (между матерью и ребенком) имеются еще отношения человека к своему одиночеству. Он указывает, что «способность быть действительно одиноким» основана на раннем переживании «быть в одиночестве в присутствии кого-то еще». Оставаться одиноким в присутствии кого-либо — могло быть в очень ранней стадии развития, когда незрелое «Я» ребенка сбалансировано «Я» матери. С течением времени поддержка матери укрепляет «Я» индивида таким образом, что он становится способным быть самостоятельным без частого обращения за помощью. Быть самим собой рядом с кем-то — это поддерживать взаимоотношения между «Я», среди которых, по крайней мере, один «са-

мостоятелен». В то же время существование каждого важно для другого. Зрелость и способность быть самим собой предполагает, что индивид имел шанс, благодаря достаточно теплым отношениям матери, уверовать в безопасное окружение. Эта вера основана на многократном повторном удовлетворении инстинктов. Таким образом, индивид в приближении угрожающей смерти оказывается перед лицом отрыва от членов семьи и одиночеством в соответствии со способностью быть самостоятельным. Когда этой способности становится недостаточно, индивид начинает нуждаться в поддержке «Я» из внешнего мира, чтобы освободиться от тревоги отделения от близких. Само собой разумеется, что маленький ребенок нуждается в большей поддержке «Я», нежели старший или взрослый, чтобы быть способным остаться в одиночестве без тревоги.

### Реакции ребенка на смерть

Задача оплакивания, связанного со смертью, сводится к ослаблению привязанности к родителям. Разрушение эмоциональных связей из-за свершившейся смерти близкого начиналось раньше и продолжалось в процессе развития личности в форме отделения от родителей, зависящего не только от возраста ребенка, но и от природы и интенсивности отношений и взаимодействий между ним и родителями.

Согласно З. Фрейду (1912), когда жизнь показала, что любимого объекта больше не существует, и реальность подсказывает требование подавить все чувства, связанные с объектом, человек нелегко это делает даже в том случае, когда ему предвидится замена. Это сопротивление может быть настолько сильным, что наступает отход от реальности и объект удерживается. При нормальных условиях победу одерживает уважение к реальности. Каждое из воспоминаний и ожиданий, в которых чувство было связано с объектом, приостанавливается, приобретает повышенную активную силу и на нем совершается освобождение либидо. По окончании этой работы печали «Я» становится опять свободным и освобожденным от задержек. Трактовка Фрейда работы печали, вероятно, идеальна и соответствует благоприятным обстоятельствам, которые обычно недостижимы даже у большинства взрослых.

Отмеченное C. M. Parkes (1972) появление «фантома мужей» у вдов в форме сильно выраженного чувства присутствия покойного встречается чаще, чем думают. У детей призрак родителя — также нередкое явление, когда переживание печали не приносит облегчения. Задаются вопросом: «Идентичен ли механизм печали у детей и взрослых?» В соответствии с мыслями А. Фрейд (1967) ребенок достигает постоянной привязанности к объекту любви в конце первого — начале второго года жизни. Ребенок не привязывается к заместителю объекта любви так же, как ранее, хотя и может принять его заботу. H. Nagera (1970) полагает, что только ко времени, когда отношения с объектом любви достигают прочности, тогда природа и качество энергии, направляемой на объект может, по крайней мере, в неразвернутой форме сравнено с уровнем, природой и качеством энергии, направляемой здоровым взрослым

к своим ближайшим объектам. Именно эта энергия, которая должна быть отнята от бессчетных воспоминаний об объекте любви, и делает возможным появление энергии новых объектов.

По мнению Дж. Боулби (1969), печаль ребенка, начиная с 6 месяцев, сходна с той, что наблюдается у взрослых. А. Фрейд (1967), R. Furman (1964) среди других сомневались и утверждали, что лишь ребенок 4—4,5 лет способен к эмоциям горя в ответ на смерть родителя. В то же время А. В. М. Вольф (1958) оценивает возраст начала таких переживаний в 10-11 лет. Х. Нагера (1970), M. Waltenstein (1965), со своей стороны, доказывали, что печаль, описанная А. Фрейд, возможна только после отрыва от родителей в подростковом возрасте, хотя некоторые ее проявления могут наблюдаться уже в детстве.

### Факторы, препятствующие способности печалиться о потере

Теория Р. Фурман (1964) о детской печали должна оцениваться с учетом двух аспектов: способности ребенка оплакивать родителя и факторов, вмешивающихся в этот процесс. Более того, важно отделить отсутствие явных признаков горя так же, как и возникших невротических симптомов от факта, что ребенок может не иметь способности к оплакиванию. Должно учитываться также большое индивидуальное различие детей разного возраста по их возможности переживать утрату.

Способность печалиться у ребенка может зависеть от фазы психического развития во время утраты, а также от его ранних травмирующих переживаний.

Неизбежные разочарования, связанные с оптимальным развитием, не вредят так детскому всемогуществу, как психотравмирующие события. Всемогущество детей — это вера в то, что будущее окажется благополучным. Если это не удается, то ребенок останавливается в развитии и даже возвращается назад к безопасному прошлому или к ранним фантазиям всесилия. Предшествующие психотравмирующие переживания и отсутствие постоянной безопасности уменьшают способность ребенка печалиться из-за утраты близкого. Некоторые обстоятельства, возникающие во время траура, также могут уменьшить способность оплакивания. Очень разнятся переживания горя у детей, живущих дома в знакомой обстановке, и тех, кто помещен в детские учреждения.

Мало известно о продолжительности горя ребенка, когда мать временно или навсегда покидает дом, а ребенок остается. Предполагают, что, если родственники поддерживают ребенка в его печали, понимают ее, не отвергают его переживаний, он способен оплакивать родителей. H. Deutsch (1937) описала феномен безразличия, который дети часто демонстрируют после смерти любимого человека. Отмечено также, что до подросткового возраста дети не способны печалиться так, как это наблюдается у взрослых. Указывают на возможность появления у детей сходных переживаний, но при этом подчеркивают, что многое в поведении взрослых в траурных обстоятельствах обусловлено ситуацией, традициями и ритуалами. Маленький ребенок не улавливает смысл такого поведения, и потому оно для него не становится объектом подражания.

T.-B. Hagglund (1976) наблюдал реакции на смерть матери у троих детей: 5, 7 и 11 лет. С поддержкой взрослых они были способны выразить их глубокое горе и словесно и эмоционально, а также в форме фантазий о приближающейся смерти матери. После ее смерти эти фантазии надолго оставались в памяти, обнаруживая глубокую тоску детей. Несколько позже они пели вместе, отражая в песнях мысли о своей покойной родительнице. Они хранили многочисленные воспоминания о ней, но были способны привязаться к мачехе без всякого признака раздвоения чувств или их идеализации. Мы думаем, что если семейная поддержка в общих горе и радости создают поддержку личности детей, то это облегчает переживание потери любимого существа.

Потеря родителя у детей нередко приводит к психическим расстройствам: снижению настроения, нарушениям сна, ночным кошмарам, отказу от еды, уменьшению массы тела, головным болям, болевым ощущениям в теле, потере интереса к учебе и другой активности, отказом от посещения занятий и поведенческим расстройствам [Eerdewegh M., 1985].

Наряду с эмоциональными расстройствами, могут возникнуть и интеллектуальные трудности [Arthur B., Kemme M. L., 1964]. В некоторых случаях вместо непосредственных реакций на смерть родителя наблюдаются отдаленные, иногда спустя год, проявления горя [Barnes J., 1964].

Потеря близкого человека сказывается как на непосредственных переживаниях детей, так и на развитии личности в последующем. Вначале наиболее часто возникают безразличие, депрессия, а затем утрата памяти, страхи, расстройства сна, вялость или же нарушения общения, трудности в учебе, конфликты с окружающими [Фурман Е. А., 1974]. Описываются также и более серьезные формы расстройства общения, укладывающиеся в клиническую картину аутизма. Искаженное развитие личности, возникшее вследствие потери родителя, способствует в последующем появлению депрессивных состояний [Beck A. T. et al., 1963].

Чтобы оценить характер возникающих у детей реакций в ответ на стресс потери родителя, нами [Исаев Д. Н., Мартынова М. Ю., 1994] были изучены 28 детей от 2,5 до 14 лет. Из общего числа детей 23 ребенка потеряли отца, 4 — мать и одна девочка пережила утрату обоих родителей. 12 человек погибли от насильственной смерти в результате нападений, пожаров, автомобильных катастроф и т. д., 11 родителей умерли вследствие болезней, 6 — завершили жизнь самоубийством.

Оценка реакций детей на потерю родителя проводилась среди тех, кто лечился в психиатрическом стационаре. В связи с этим в наше поле зрения попали дети с наиболее тяжелыми последствиями пережитого стресса. По-видимому, тяжесть этих реакций у наблюдавшихся, а в связи с этим и поступление в больницу, могут быть объяснены наследственной отягощенностью психическими расстройствами (у Юдетей), органической неполноценностью (у 12), отставанием в развитии (у 6), хроническими соматическими заболеваниями (у 7), а также неблагоприятным психологическим климатом в семье (у 11).

У всех детей, за исключением одной девочки, возникли явные признаки переживания утраты. При этом у 17 были выраженные аффективные расстрой -

ства. Из них у 12 в клинической картине преобладала депрессия. Снижение настроения сочеталось с диссомнией, устрашающими сновидениями, часто отражающими трагические обстоятельства, деперсонализацией печальными воспоминаниями, плаксивостью. У остальных 5 детей на первом плане были симптомы тревоги и страха. Дети боялись одиночества, темноты, беспричинно тревожились, плакали, не находили себе места, были в состоянии двигательного беспокойства. У 5 ребят реакциями на потерю родителя явились мутизм, гемипарезы, аффективные приступы в виде характерных «истерических дуг», насильственный «лай», расстройства восприятия, отражающие ситуацию. Трое детей на смерть родителя отреагировали отказом от еды, попыткой повеситься, высказываниями о нежелании жить. Двое ребят стали аффективно взрывчатыми, агрессивными к оставшемуся в живых родителю и родным, жестоко избивали братьев и сестер.

Пять детей, потерявшие своего родителя в возрасте до 5 лет, отреагировали депрессивным состоянием в трех случаях и тревожным в двух случаях. Из 10 детей, переживших стресс потери в возрасте между 5 и 10 годами, 4 — прореагировали депрессией, 4 — истерической симптоматикой, 1 — агрессией и еще 1 разнообразными страхами. Среди 13 детей 11 -13-летнего возраста у 5 в связи с потерей родителя возникла депрессия, у 3 — были суицидальные мысли и намерения, у 2 — астения и еще у 3 — агрессия, тревога и истерические проявления.

У половины обследованных детей были выявлены психогенные реакции и неврозы, по существу являющиеся посттравматическими стрессовыми расстройствами, связанными с потерей родителя. У четверти были диагностированы психозы, и смерть родителя почти во всех этих случаях явилась провокацией эндогенного заболевания. У 3 пациентов констатированы изменения личности и поведения, еще у 3 — задержка психического развития и у 1 — эпилепсия.

На основании полученных материалов можно сделать вывод о серьезной опасности для психического благополучия детей такого стресса, как потеря родителя. При неблагоприятном преморбиде и ситуационных трудностях этот стресс переживается особенно тяжело. Тяжелые переживания при этом могут стать началом хронических нервно-психических расстройств, на длительное время декомпенсирующих детей.

Отклонения в формировании детской личности после смерти одного из родителей объясняют нарушением психологической атмосферы в семье. Эти последствия наиболее выражены, когда ребенок теряет родителя на фоне уже имеющегося распада семьи, на 3—4-м году жизни, или если пол умершего родителя совпадает с полом ребенка [Раттер М., 1984]. Особый риск для душевного здоровья девочек представляет потеря матери до завершения возраста полового созревания.

Возникновению психических расстройств у детей способствует внезапность смерти родителя, возраст самого ребенка и его восприятия семьи после потери.

Формирование реакций детей на потерю, наряду с их способностью понимать значение факта смерти, зависит от их характера и уровня психосексу-

ального развития. Чем старше дети, тем лучше они приспосабливаются после смерти родителя. В то же время нередки описания переживаний детей, не достигших 3-летнего возраста. Дж. Е. Хеменвей (1978) утверждает, что для оформления реакции на потерю не имеет большого значения, в какой стадии развития находится ребенок. Более важным она считает наличие или отсутствие религиозного мировоззрения родителей, которое сказывается в принятии или неприятии случившегося в течение глубокого психологического кризиса.

Потрясения детей из-за потери родителя усугубляются в том случае, если он погиб в результате самоубийства. Наряду с горем, свойственным утрате родителя в связи с другими причинами, возникают и дополнительные переживания, связанные с предрассудками, традиционным неприятием, осуждением, замалчиванием или пересудами людей, окружающих совершившего суицид. Все это обременяет оставшихся членов семьи и нарушает нормальный процесс оплакивания.

В качестве положительного момента, способствующего лучшему приспособлению к утрате, называют наличие в семье бабушек и дедушек.

Нельзя не согласиться с тем, что трудности ребенка, потерявшего родителя, утяжеляются из-за того, что еще не выработаны психологические инструменты, которые могли бы помочь правильно оценить его состояние, из-за отсутствия критериев нормального или аномального переживания горя [ЮницкийВ.А., 1991].

В связи со сказанным особенное значение приобретают наблюдения за детьми и подростками, пережившими утрату близких, и их психологическая и психопатологическая оценка.

М. Дж. Варне (1978) описывает у детей несколько вариантов реакций на смерть родителей. Реакция на смерть в форме психосоматических симптомов проявляется в остановке и неровности развития, что связывается с невозможностью изменения детских фантазий из-за недостатка жизненного опыта. Утрата навыков как результат реакции на смерть может, в частности, проявиться в неспособности управлять сфинктером прямой кишки. Реакция на смерть может обнаруживаться такими расстройствами поведения, как агрессивность, непослушание, нарушение режима, сочетающихся с изменениями настроения и бурными эмоциональными разрядами. Встречаются и абсолютно неблагоприятные последствия потери родителя, приводящие к попыткам самоубийства, что находит объяснение в чрезмерно сильной идентификации ребенка с родителем обычно того же, что и умерший, пола и желанием вернуть последнего любыми средствами, например «встретившись с ним на небесах» [Gauthier Y., 1965]. Другое объяснение наблюдавшихся суицидальных попыток у переживающих потерю родителя детей сводится к тому, что их незрелое «Я» не способно принять факт смерти близкого человека, а это делает невозможным для них справиться с психической травмой.

Маленькие дети не способны прямо сформулировать волнующие их вопросы. Они пытаются преодолеть разрушающие их психику конфликты через символическую игру или посредством рассказов. На усиление ядра личности

ребенка, потрясенного утратой, требуется много времени. Наиболее часто используемым детьми всех возрастов защитным механизмом оказывается отвергание смерти, даже если они имеют понятие о ней. Переживаемое ребенком потрясение доводит его до неспособности понимать случившееся в течение значительного времени. Этому очень способствует логическое мышление, а также фантазии могущества и желаний, свойственные детскому возрасту. В течение различной продолжительности времени у ребенка сохраняется надежда и ожидание возвращения любимого родителя. Эта реакция на утрату является нормальной для личности с незрелым ядром, каковой является ребенок. Взрослым в процессе развития детей приходится постоянно исправлять непонимание происходящего с ними и вокруг них. Во время переживания утраты такая поддержка особенно необходима.

**Реакция подростков на смерть родителя или члена семьи**

Из-за большей зрелости «Я» подросток лучше способен совладать с приобретенным пониманием конечности жизни. В отличие от маленького ребенка он не так сильно зависит от матери и отца. Он постепенно утрачивает эмоциональные связи с родителями, у него возникают привязанности к сверстникам и к взрослым за пределами семьи. Однако ошибочно думать, что отношение к потере определяется только хронологическим возрастом.

Х. Дейч (1967) указывает на то, что у подростка в процессе формирования идентичности возникает много более или менее тяжелых отклонений. Общее расстройство идентичности и чувство недостаточности единства «Я» достигает наивысшей степени в болезненном вопросе подростка «Кто Я?»

В течение этой возрастной фазы при ее нарушении может повториться одна из ранних фаз, оживятся неразрешенные конфликты и остановится развитие.

Подростковые реакции и преодоление трудностей крайне разнообразны и уникальны у разных индивидов. Часто только во время критических ситуаций возможно наблюдать приспособление и оценить, как хорошо «Я» может справляться с тревогой. Потеря родителя, брата или сестры не может автоматически привести к заболеванию. Степень воздействия утраты близкого на психологическое развитие подростка определяется завершением формирования влечений, качеством отношений с окружающими и степенью зрелости «Я», достигнутой к моменту смерти члена семьи. Потеря объекта любви, не являясь болезненной, может стать ядром, вокруг которого ранние конфликты и латентные патогенные элементы организуются [Laufer M., 1966].

У подростков нередко возникают условия для суицидального поведения. Иллюстрацией может быть случай, представленный М. Д. Варне (1978).

15-летняя девочка совершила попытку самоубийства спустя 4 месяца после смерти своего отца. Она была его любимым ребенком с раннего детства. Отец, будучи преступником, имел плохую репутацию в семье. Это еще больше сближало его с дочерью. Она не преодолела привязанности к отцу и потому не получала удовлетворения от общения со сверстниками. Хотя она была предана своему отцу, она двойственно относилась к преступлениям отца, так

как его поведение сказывалось на ее репутации в школе. После смерти родителя она очень по нему тосковала и желала воссоединиться с ним даже в смерти. Другим фактором, приведшим к самоубийству, была агрессия к отцу из-за своей идентификации с его преступным поведением и желанием наказать себя за это смертью. Непосредственно перед суицидальной попыткой она высказала свою веру в бессмертие, что раньше не было частью ее мировоззрения и не соответствовало представлениям окружающих.

Знакомство с подростками, проявляющими возобновившийся интерес к бессмертию, или сосредоточение на этой проблеме показывает, что их борьба с интенсивными тревогами приводит к одному из острейших парадоксов жизни, когда на пороге взросления они чувствуют угрозу своему существованию. Предполагается, что может быть два пути преодоления этой специфической тревоги — либо реальные достижения в жизни, либо уход в мир фантазий, т. е. или слава и бессмертие в земном смысле, или духовная жизнь.

Нормальный интерес к бессмертию, являющийся частью развития личности, может иногда служить защитой, помогая преодолеть ужас смерти, избежать печали и увековечить фантазии в физической нетленности. Религиозный смысл этой проблемы обычно в этом вопросе не имеется в виду. Большая значимость смерти в жизни подростка может привести его к суицидальным мыслям, в особенности, если он негативно относится к возможности духовной жизни.

Другой нормальный процесс психологического развития — формирование устойчивой личностной идентичности может быть разрушено, если подростку не удается дифференцировать себя с тем, кто умер. Во время этого периода группа в целом и сверстники в отдельности играют большую роль. Либо подросток будет идентифицировать себя со здоровыми и более зрелыми членами группы, либо временно будет идентифицировать себя с больными, что является всегда возможным риском и зависит от многих факторов — его понимания реальности, силы его «Я» и уровня тревоги.

Нередко подростки имитируют и идентифицируют себя с лицами ближайшего окружения. Это особенно существенно, когда идентификация происходит с тем, кто умер. Слишком тесная идентификация может привести к суицидальным попыткам. P. Bios (1967) отметил, что в возрасте начала полового созревания группа, в которой находится подросток, служит поддержкой для тех, у кого имеются недостатки, в особенности, если это относится к телесному образу. Чтобы преодолеть тревогу, связанную с этим, подросток часто ставит себя в опасные ситуации так, как будто он проверяет себя, свое тело, из-за которого он обеспокоен. Подростки очень нуждаются в эмоциональной поддержке и возможности словесно выразить свою озабоченность так, чтобы неправильные представления о смерти могли быть откорректированы. В этом часто помогают сверстники и (или) взрослые, связанные с группой — учителя, священники и лидеры молодежи. Большинство подростков имеют лучшие возможности по совладанию с переживаниями смерти близкого человека в сравнении с маленькими детьми. Они более способны преодолеть непосредственные трудности, связанные со смертью, переживать случившееся собы-

тие, отреагировать полностью и продолжать эмоциональную жизнь в соответствии с их зрелостью. Они играют более активную роль на похоронах и участвуют в поминках, помогают в таких мероприятиях, как сборы пожертвований на исследование и уничтожение определенных болезней. Их воспоминания и траур деятельны, они помогают им выжить и лучше справиться с горем.

Имеющиеся представления о реакциях детской психики на потерю близкого человека и наши собственные наблюдения позволяют высказать некоторые общие соображения.

Отношение ребенка к смерти родителя определяется многими факторами: завершением формирования у него понятия смерти, эмоциональной зависимости от умершего, пола последнего, отсутствия или наличия поддержки других членов семьи, предшествующих психотравмирующих переживаний, степени зрелости личности ребенка и др.

Существуют обстоятельства, препятствующие возникновению реакции печали, нормальному ее течению, ее положительной роли в приспособлении к жизни без умершего родителя.

Потеря близкого человека может сказываться на состоянии психики ребенка непосредственно после случившегося или по прошествии времени. Это могут быть преходящие расстройства или стойкие изменения личности. Знание всех этих обстоятельств — необходимое условие для предупреждения у детей тяжелых психических расстройств и помощи ребенку непосредственно после смерти родителя и в течение значительного времени после утраты.

## НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ СМЕРТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Смерть матери или отца резко нарушает функции семьи в целом. Расстраивается здоровье и благополучие каждого ее члена. Положение семьи может осложниться материальными трудностями при потере отца кормильца и отсутствием необходимой душевной поддержки при кончине матери. Потеря родителя тяжело переживается детьми любого возраста. В раннем возрасте дети, теряя мать или отца, заболевают аналитической депрессией. В старшем возрасте, начиная с 3,5-4 лет, смерть родителя сопровождается печалью, сходной с переживаниями взрослых. Процесс преодоления стресса у детей зависит от фазы психического развития, ранних психотравм, обстоятельств смерти родителя, изменения привычной обстановки, домашнего окружения, взаимоотношений в семье, наличия эмоциональной поддержки со стороны родных. Кроме того, физическое и психическое состояние родителя или другого члена семьи, продолжающего воспитание, также сказывается на их здо-

ровье. Стресс потери родителя может вызвать тяжелую непосредственную реакцию, которая, продолжаясь, либо препятствует развитию личности, либо способствует возникновению нервно-психических расстройств.

Для оценки длительных и отдаленных нервно-психических расстройств нами были проанализированы 75 детей, потерявших своих родителей. Они были разделены на **4 группы:**

1. Подростки-мальчики от 12 до 15 лет (16 чел.).
2. Подростки-девочки от 12 до 15 лет (22 чел.).
3. Мальчики от 5 до 11 лет (15 чел.).
4. Девочки от 5 до 11 лет (22 чел.).

**Мальчики-подростки**

В психопатологии мальчиков-подростков **(1 группа)** преобладали аффективные расстройства: у 10 — аффективная возбудимость, у 8 — страхи, у 7 — стремление к одиночеству и еще у 3 — депрессия. В 15 случаях отмечены расторможенные влечения, в том числе, в 9 — агрессивность, в 4 — бродяжничество и в 2 — сексуальная расторможенность. Саморазрушающее поведение встречалось у многих подростков: суицидальные мысли и поступки (6), переживания в связи со смертью (2), алкоголизация и наркотизация (7). Психосоматические расстройства были отмечены у всех подростков этой группы за исключением одного. Психопатологическая симптоматика была обнаружена в рамках следующих симптомокомплексов: пароксизмальных, бредовых, галлюцинаторных, депрессивных, тревожных, агрессивных, бродяжничества и аффективной возбудимости.

Описанные больные по диагнозам распределялись следующим образом: эпилепсия (1), умственная отсталость (2), изменения личности (5), неврозоподобные расстройства (1) и психозы (7). В этиологии описываемых расстройств помимо стресса потери эмоционально значимой фигуры принимали участие и другие факторы: явные и тяжелые психотравмирующие обстоятельства — в 12 случаях, последствия органических повреждений ЦНС — в 13 случаях, наследственная отягощенность нервно-психическими расстройствами — в 14 случаях, соматические болезни — в 5 случаях.

Особенностями трагической ситуации у подростков этой группы были те, что у большинства (9) умерли матери. Насильственная смерть родителей отмечена у 2-х подростков, суициды — у 5 и смерть вследствие болезни — у 9. Половина подростков пережила смерть родителя за 5—13 лет до госпитализации, 6 — за 1—4 года, 2 — не могли назвать время кончины родителя.

В переживаниях тех 7 больных, которые страдали психозами, была отражена тема смерти. Среди галлюцинаций были видения покойников, голоса умерших родных. Мысли были сосредоточены на боязни уничтожения, убийства, заражения, разрушения и болезни. В этой связи подростки предпринимали особые меры безопасности, ограничивали себя в еде, сторонились животных, людей, опасались окон и форточек. У 3-х, кроме того, было суицидальное поведение. Возможно, следствием переживания смерти у 7 непси-

хотических больных было саморазрушающее поведение, а у 1 -го страх за свою жизнь. Еще у 1-го — в психотическом поведении была отмечена обнаженная сексуальность.

**Девочки-подростки**

На первом месте у девочек-подростков (2 группа) были аффективные расстройства: стремление к уединению (5), явная депрессия (10), страхи, в том числе, страхи смерти (11) и аффективная возбудимость (16). О наличии расторможенных влечений можно было судить по имевшейся у 12 девочек агрессивности, у 11 — сексуальных и садистических проявлений, и у 7 — склонности бродяжничеству. Саморазрушающее поведение отмечено у 8 девочек, пытавшихся покончить собой, у 7 девочек, терзавшихся мыслями о смерти и у 3-х — с аддиктивным поведением. Психосоматические расстройства выявлены у 13, диссомния у 10 и астения еще у 10 девочек.

Наблюдавшиеся у них симптомы описывались в рамках следующих симптомокомплексов: депрессии (5), тревожности (3), агрессивности (6), аффективной возбудимости (4), психической анорексии (1), астении (1), суицидального поведения (1) и интеллектуальной недостаточности (1). У больных этой группы были умственная отсталость (5), психозы (11), невротические и ситуативные реакции (4), а также изменения личности (2).

Среди этиопатогенетических факторов, наряду с потерей родителя, были переживания неблагоприятных обстоятельств у 14, резидуально-органические повреждения ЦНС у 18, наследственная отягощенность нервно-психическими расстройствами у 18 и соматическими заболеваниями у 9 больных.

В этой группе преобладали переживания потери отца (15). Смерть родителей насильственной была в 6 случаях, последствием суицида в 5 случаях и вследствие заболевания в 11 случаях. У половины больных этой группы потеря родителя произошла за 5—15 лет до госпитализации, у остальных за более короткий срок. В психотической симптоматике 11 больных этой группы нашли отражение отзвуки реакции на утрату, тема смерти. У 7 — имели место переживания бессмысленности существования, страх смерти, угрозы жизни, стремление вернуть умершего. У 6 — было суицидальное и аутоагрессивное поведение. В симптоматике умственно отсталых детей были суицидальные намерения, расторможенные влечения, а также психосоматические расстройства, являющиеся отражением перенесенного стресса потери. У всех девочек с психогенными расстройствами были расторможенные влечения в форме агрессивности, гиперсексуальности или суицидального поведения.

**Мальчики**

Эмоциональные расстройства в 3-й группе представлены аффективной возбудимостью у 12 мальчиков, стремлением к одиночеству у 3-х детей, депрессией у 4 и страхами у 5. Расторможенные влечения наблюдались в форме агрессии (11), садизма (2) и бродяжничества (7). Аутоагрессивное поведение

выражалось в суицидальном поведении у 6 и в токсикоманических опытах у 1 мальчика. У большинства детей (11) наблюдались психосоматические расстройства.

Выявленная симптоматика оценивалась как задержка психического развития (1), умственная отсталость (4), тревожно-галлюцинаторное (1), аутистическое (1), гебоидное (1), неврозоподобное (3), психопатоподобные состояния (5). В 3-х случаях сочетавшиеся с задержкой психического развития. Больным этой группы были поставлены следующие диагнозы: шизофрения (3), умственная отсталость (4), приспособительная реакция, непсихотическое расстройство (3), изменение личности резидуально-органического генеза (1), задержка психического развития с психопатоподобным или неврозоподобным синдромом (4). Психотравмирующие обстоятельства помимо утраты родителя были у 9 больных, резидуальная патология ЦНС у 10 больных, наследственная отягощенность психическими заболеваниями у 8 больных и соматическими у 7 мальчиков.

Большая часть мальчиков потеряла отцов (11) и лишь меньшая — матерей (4). Насильственная смерть была у 4-х, самоубийство — у 2-х, смерть вследствие болезни — у 9 родителей. Более половины детей потеряли родителя за 5—8 лет до госпитализации, свыше трети — за 2—3 года. Отражение переживаний смерти у 3 психотических больных выразилось в мыслях о сожжении, отравлении, страхе убийства самого ребенка, в отказе от общения, в истязаниях или убийствах животных. Четверо детей с умственной отсталостью свое отношение к смерти бессознательно выразили в аутоагрессии, уходах, аффективных реакциях. У мальчиков с поведенческими отклонениями (8) явных проявлений темы смерти в переживаниях не было, преобладали те эквиваленты депрессии, которые свойственны детству.

**Девочки**

На первом месте среди психопатологической симптоматики у девочек **4-й группы** были аффективные расстройства с преобладанием в клинической картине страха (9), стремления к уединению (5), выраженного снижения настроения (5) и аффективной возбудимости (16). У большинства девочек были расторможены влечения, они были агрессивными (12), сексуальными (10), уходили из дома (9). Саморазрушающее поведение отмечено в форме мыслей о смерти (8) и суицидального поведения (3). У многих девочек имелись также психосоматические расстройства (10), диссомния и астения (14). Перечисленные симптомы складывались в различные симптомокомплексы: депрессии (3), тревожности (5), агрессивности (9) и аффективной возбудимости (1). Девочкам были поставлены следующие диагнозы: психоз (3), умственная отсталость (6), невроз (5) и расстройство личности (8). Нервно-психические расстройства у 18 девочек возникли с участием дополнительных психотравмирующих обстоятельств, у 17 — с резидуальной патологией ЦНС, на фоне наследственной отягощенности психическими заболеваниями (17) и соматическими болезнями (6).

В 19 случаях девочки потеряли отца и в 3-х — мать. У 6 детей родитель погиб от насильственной смерти, еще у 6 — покончив с собой и у 10 — от соматической болезни. В психопатологии тема смерти нашла прямое отражение лишь у одной из 3-х девочек с психозом. Она боялась отравления матерью. У остальных была либо немотивированная тревога, либо садистическая агрессия. У девочек с умственной отсталостью последствия потери не отражались явно в их переживаниях. У них были аффективные, психосоматические расстройства или расторможенность влечений. У девочек с поведенческими расстройствами отражением переживаний потери родителя можно считать намерения покончить с жизнью, переживания смерти и боязнь умереть. В фантазиях и представлениях детей были оклики покойного родителя, опасения собственной смерти. Расторможенность влечений выражалась в пиромании, в склонности создавать ситуации повышенного риска.

Представленные материалы позволяют заключить, что особенности нервно-психических расстройств у детей, переживших потерю, зависят от возраста. У подростков в 3 раза чаще, чем у детей, встречаются психозы. У них же аддиктивное поведение наблюдается в 10 раз и суицидальные намерения в 3 раза чаще, чем у детей. Психосоматические расстройства отмечаются в 2,5 раза, депрессия и стремление к уединению в 1,5 раза, а страхи в 1,4 раза чаще, чем у детей. В то же время у детей более распространены, чем у подростков, изменения личности (в 2 раза), эмоционально-поведенческие нарушения (в 1,5 раза) и умственная отсталость (в 1,4 раза). У них также чаще отмечаются бродяжничество, аффективная возбудимость, агрессивность, тревожащие мысли о собственной смерти и астения.

На особенностях психопатологии сказались также и половые различия больных. У мальчиков чаще наблюдались изменения личности, а у девочек — умственная отсталость и эмоционально-поведенческие нарушения. У мальчиков более распространены стремление к уединению, агрессивность, аддиктивное поведение, психосоматические расстройства. У девочек чаще отмечались страхи, депрессии, уходы из дома, преждевременно развившаяся сексуальность, беспокоящие мысли о смерти, расстройства сна и астения.

Своеобразием клинических проявлений изучавшихся больных следует считать отражение темы смерти, переживаний утраты, страх перед своей кончиной. Эта тематика была отмечена у всех 18 психотических подростков и 4-х детей (из 6 с психозами).У непсихотических подростков и детей отношение к смерти выражалось в аутоагрессивном поведении, в страхах за свою жизнь, а также в беспокоящих мыслях о смерти. В клинической картине большинства больных отмечены явные аффективные расстройства. Так, страхи были у 33 больных, а явные признаки депрессии у 22 больных. Можно предположить, что этот аффективный фон — отражение накопившихся переживаний детства, незащищенности при столкновении со средой. Именно этот эмоциональный фон, по-видимому, создавал у многих детей условия для возникновения тревожащих мыслей о смерти (12). Он был также основой для развития аутоагрессивности, суицидального (19), а также аддиктивного поведения (11). У значительной части наблюдавшихся больных выявлены расторможенные

инстинктивные проявления: необузданная агрессивность (44), стремление к уходам и бродяжничество (27), преждевременно проявившаяся сексуальность (23) и садизм (2). Возможно, что эти проявления — отражение незрелости личности, формировавшейся в условиях неполной семьи и отсутствии объекта для идентификации. Психосоматические расстройства, наблюдавшиеся у 49 больных, могут быть расценены как эквиваленты депрессивных проявлений, тем более что эти расстройства сочетались с явной аффективной симптоматикой.

Обращает также на себя внимание факт преобладания потери отцов у девушек (15 из 22) и девочек (19 из 22) и матерей у подростков-мальчиков (9 из 16). У мальчиков так же, как и у девочек, преобладали потери отцов (11 отцов из 15). Учитывая, что смерти молодых мужчин значительно преобладают над уходами из жизни молодых женщин, трудно объяснить нарушение этой пропорции в случае подростков-мальчиков. Можно лишь предположить возникновение особой ранимости, приведшей к психическим расстройствам, у мальчиков, потерявших матерей и длительное время воспитывавшихся без их участия.

Таким образом, переживания смерти родителя, отношение к процессу умирания, наряду с последующими трудностями взаимоотношений с окружающими у детей и подростков с недостаточно зрелой личностью, становятся в одних случаях содержанием, а в других формой психопатологии. В значительной степени этому способствуют отягощенная наследственность. В формировании психопатологии участвуют также последствия органических повреждений ЦНС и неблагоприятные условия жизни.

Предупреждение возникновения нервно-психических расстройств в отдаленном периоде после потери ребенком эмоционально значимой фигуры во многом зависит от качества его воспитания членами семьи, пережившими смерть близкого человека, от организации его жизни и учебы. Облегчить сохранение психического здоровья ребенка, потерявшего родителя, может своевременное назначение психотерапии ребенку и его семье. Во многих случаях необходимо также своевременное применение соответствующих медикаментозных препаратов, как в первый период после потери, так и при первых признаках психосоматических или психических отклонений.

Глава 18

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

В детском возрасте психосоматические соотношения чрезвычайно динамичны и изменчивы, а потому сложны для диагностики и лечения. В отличие от исследователя, располагающего практически неограниченным временем, имеющего возможность подойти к явлению с той или иной стороны, практический врач работает «здесь и сейчас», имеет дело с ребенком как с уникальной целостностью, принимает на себя ответственность за его здоровье и, в конечном итоге, судьбу.

Теоретическое осмысление проблемы психосоматических расстройств, разумеется, определяет подходы к лечению, но принципиально не может задать всю терапию — в полном объеме и до мельчайших подробностей. Терапия — всегда «путь в неизвестное», направляемая творчеством и искусством врача. Для педиатра, обладающего душевным и интеллектуальным мужеством признать и принять такой принцип терапии, очевидна вся условность разделения, а тем более противопоставления «органического» и «психогенного», несостоятельность попыток выделения в практической работе их «чистых» форм. Строго говоря, нет таких заболеваний, в этиопатогенезе которых не участвовали бы психосоматические механизмы. Поэтому речь должна идти не об альтернативе «соматическая терапия — психотерапия», а о психосоматической терапии. В педиатрии значение такого подхода усиливается тем, что чем менее зрел организм, тем более неспецифичны и диффузны его реакции. Педиатрия по своей сути является медициной психосоматической.

## ПРИНЦИПЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В течение последних 3–4 десятилетий становится все более очевидным, что решение проблем, например, гемодиализа, кардиохирургии, терапии ди-

абета и т. д., выходит далеко за пределы создания новых технических и лекарственных средств. Если исходить из фундаментальных представлений И. В. Давыдовского (1964) о болезни не просто как индивидуальном несчастье, но как индивидуальном проявлении видовой и популяционной адаптации, надежды на универсальные средства оказываются не более чем утешительным мифом. В каждом случае врач оказывается перед лицом в чем-то новой не только для него самого, но и для медицины в целом, задачи, решение которой отнюдь не исчерпывается общими законами стратегии и тактики помощи. В некоторых крайних случаях лечение вообще требует выхода за пределы принятых предписаний, о чем говорил еще В. Шекспир: «Отчаянные недуги врачуют отчаянные средства — или никакие». Дело не в противопоставлении старого и нового, привычного и непривычного, рутинного и новаторского, а в обоснованности, оправданности, адекватности ожидаемому результату совершаемого врачом выбора путей и средств помощи. Такой выбор должен исходить из некоторых основополагающих принципов терапии, комплекс которых задает направление поиска и ориентирует врача в этом поиске. Каковы эти принципы?

### Принцип системности

Практически все руководства содержат указания на целесообразность комплексной, комбинированной терапии психосоматических расстройств. При этом обычно имеют в виду необходимость сочетанного, одновременного, параллельного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания. В практике это приводит к тому, что принятая в лечении того или иного расстройства биологическая (соматическая) терапия сочетается с биологической терапией выявленнных или предполагаемых психических нарушений (тревоги, депрессии и др.), либо с попытками их психологической коррекции. В ряде случаев такой подход оказывается эффективным, но нередко приводит и к разочарованиям. Анализ неудач показывает, что они возникают в результате неадекватных усилий врача и неэффективности используемых средств: воздействуя на отдельные структуры, они не затрагивают то, что делает болезнь болезнью — системные функциональные связи отдельных структур. Казалось бы, вполне естественно при сочетании у подростка вялости, слабости, снижения работоспособности, с одной стороны, и ВСД — с другой, назначение комбинации соматической терапии со стимулирующими препаратами. Но если психостимулирующий эффект последних сочетается со стимулирующим действием на вегетативную нервную систему, то результатом будет усиление ВСД. Сердечно-сосудистые реакции на тревожные стимулы у представителей женского пола протекают обычно по гипотоническому типу (уменьшение минутного объема, брадикардия, расширение периферических сосудов), тогда как у представителей мужского пола по гипертоническому. Поэтому противотревожные средства у подростков мужского и женского пола должны сочетаться с применением различных соматотропных препаратов. К этому можно добавить, что даже монотерапия противотревож-

ными средствами должна строиться на учете сомато- и вегетотропного спектров действия каждого из них. Если же предпочитают гипнотерапию, то при принципиальной однотипности уменьшающей тревожность суггестии в гипнозе в работе с девочками уместнее элемент активизации (например, «сердце бьется уверенно, ровно, сильно»), а в работе с мальчиками — элемент соматической релаксации (например, «сердце работает ровнее, спокойнее, меньше напоминает о себе»).

Иными словами, принцип системности предполагает воздействие на функциональные связи отдельных структур в целом, предопределяя не простое суммирование эффектов, а их взаимодействие.

### Принцип «клиники терапии»

Понятие «клиника терапии» введено Т. Я. Хвиливицким (1975). Оно описывает клинический патоморфоз на различных этапах лечения. Одно и то же заболевание у одного и того же больного на разных этапах лечения представляет врачу разные стороны своих патогенетических механизмов. Выше мы описали это на примере терапии невротических расстройств, когда успешное применение психотерапии фобических и других нарушений психогенного характера приводило к тому, что на первый план выступала резидуально-органическая неврозоподобная симптоматика, не поддававшаяся психотерапии, а требующая использования медикаментозных средств [Каган В. Е., 1983]. Такие коллизии в терапии психосоматических расстройств — скорее правило, чем исключение. Принцип «клиники терапии» диктует не только тактику динамической коррекции, но и определяет средства и методы этой тактики.

### Принцип индивидуализации

Мы взяли на себя ответственность утверждать, что альтернатива «лечить болезнь или больного» устарела, и речь должна идти о терапии определенной болезни у определенного больного. Принцип индивидуализации — один из основополагающих, но и самых трудных в реализации: «Самым трудным в медицине... является понимание, знание и умение по отношению к единичному». [Карасик В. М. 1965]. Он в равной мере касается и выбора средств лекарственной терапии, и выбора путей и методов психологической коррекции и психотерапии. Ребенок уникален как индивид (организм) и как индивидуальность (личность), а тем более — как единство индивидного и индивидуального.

### Принцип опосредованности

Хотя все средства лечения имеют свои, вполне очерченные показания, действие ни одного из них не свободно от эффектов опосредования, прежде всего — психического. Можно выделить, по крайней мере, несколько его видов:

- опосредование собственными установками ребенка — страх перед лечением, предрассудочные клише о «стыдности» болезни и обращений за помощью, механизмы переноса и т. д.;
- опосредование установками родителей — «родительский плацебо-эффект» [Лапин И. П., 1978], когда установки родителей прямо сказываются на действии тех или иных лечебных средств;
- опосредование установками врача — эффекты использования тех или иных средств и методов зависят от отношения к ним врача (врач, верящий в лечебное средство и пользующийся плацебо, разумеется, не зная об этом, получает у своих больных лучший эффект, чем врач, не верящий в лекарство и пользующийся настоящим препаратом);
- опосредование внешними характеристиками медикаментов и способами их введения — инъекции воспринимают как сильнодействующее средство, а тот же таблетированный препарат — как более слабое; может иметь значение размер таблетки, цвет (красная — сильнодействующая и стимулирующая, зеленая — более слабая и успокаивающая и так далее).

**Принцип отношений**

Любое лечение — не воздействие врача на болезнь или больного, а процесс отношений врача и больного (применительно к детству — и отношений врача и семьи). В этой системе отношений есть осознаваемые и бессознательные цели, ожидания, мотивации всех участников лечебного процесса. M. Sapir (1978) приводит такой пример. Женщина-врач, диетолог очень высокой квалификации внезапно отменяет назначенный ею эффективный режим ограничений питания 18-летней девушке с ожирением и вводит высококалорийную диету. Она нашла объяснение такому неожиданному шагу: «В ее возрасте я тоже была толстой, и у меня тоже были мысли о самоубийстве. Я изменила режим, чтобы режим ее не убил». Врачу с биологически ориентированным мышлением подобные коллизии могут казаться надуманными, в крайнем случае, он признает, что бывают разные люди и разные ситуации. Однако сами по себе различия между ситуациями и людьми ответственны не более чем за 10% реальной изменчивости поведения [Magnusson D., Endler N., 1976], тогда как 90% определяются взаимодействием личности и ситуации, субъекта (в нашем случае — врача) и объекта (в нашем случае — пациента). При этом принципиально важно не сводить отношения исключительно к тому, что о них могут сказать врач и пациент — мотивация отношений слишком часто неосознаваема. Пациент может страстно желать исцеления, но бессознательно отождествлять врача с нелюбимым родителем.

Врач может стремиться помочь пациенту, но иметь бессознательные ассоциации больного с неким неприятным для себя лицом. И то, и другое, а особенно — сочетание такого переноса и контрпереноса, может по существу лишать отношения врача и пациента смысла. Практика изобилует примерами неэффективности лечения в такой системе отношений.

**Принцип среды**

Среда (одушевленная и неодушевленная) включена в систему лечебных отношений и является их существенным элементом. Прежде всего, это касается среды лечебного учреждения: эмоциональной атмосферы, уюта и удобств для врачей и для пациентов. К сожалению, безликая среда в лечебных учреждениях нередко диссонирует с духом психосоматической терапии.

**Принцип гуманизма**

Терапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности и ее развития. Никакая лечебная цель не оправдывает средств, посягающих на личностную уникальность ребенка, право «быть самим собой», чувство собственного достоинства и интимности — телесной и психологической.

Сформулированные принципы обретают действенную силу, если они реально воплощаются в деятельности отдельных медицинских работников и организации работы служб здравоохранения.

# КЛИНИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Специфика психосоматической терапии заключается в том, что основные ее пути связаны с воздействием на нервно-психические составляющие этиопатогенеза заболевания. В зависимости от того, что понимать под «нервно-психическим» и как представлять взаимоотношения «психики и сомы», выделяют ряд достаточно очерченных клинических концепций психосоматической терапии.

Наиболее распространенным является **признание роли психического стресса и его эмоциональных проявлений** (прежде всего, тревога и депрессия) в генезе психосоматических расстройств. Это диктует введение в терапевтические комплексы транквилизаторов, антидепрессантов, нейропротекторов, адаптогенов. Например, М. Я. Студеникин идр. (1978,1979) рассматривают адаптацию детей к условиям дошкольных детских учреждений и лечебных стационаров как комплекс психосоматических реакций, запускаемых эмоциональным стрессом. Для профилактики состояний дезадаптации они использовали комплекс экстракта элеутерококка (стимуляция защитных сил организма, адаптогенный эффект), диазепама (анксиолитический, противотревожный эффект) и оксолиновой мази (противовирусный барьер) и добились снижения заболеваемости по сравнению с контрольными группами на 54,7%, случаев неблагоприятной адаптации — на 24%, числа дней по уходу родителей за больными детьми — в 4—5 раз.

Целесообразность такого подхода не вызывает сомнений. Однако он не решает задачи психосоматической терапии, потому что по существу является методом биологической терапии. Подход легко воспринимают врачи, в идеологии которых фармакологическая ориентация занимает ведущее место: в недалеком будущем психотропные средства будут неотъемлемой частью лечебного арсенала педиатра. Для того чтобы не распространилась захлестывающая все развитые страны волна психофармакофилии — источника ятропатических эффектов необходимо введение фундаментальных психофармакологических программ в подготовку педиатров.

**Личностные концепции** психосоматической терапии представлены широким спектром терапевтических систем, опирающихся на различные теории личности. С известной долей условности их можно разделить на две группы. Одни концепции опираются на изучение жизненного пути личности как совокупности событий и отношений. Такова, например, психология отношений В. Н. Мясищева. Другие рассматривают судьбу личности в связи со способами переживания жизненных событий, а не с самими событиями [Василюк Ф. Е., 1984]. Обе концепции, различаясь методически, преследуют одну и ту же цель — установление терапевтического диалога с личностью, направленного на саногенез. К началу 1980-х годов в мире насчитывалось более 250 видов психотерапии, их число продолжает расти.

**Холистические концепции** психосоматической терапии опираются на представления о целостности человека и принципиальной неделимости на душу и тело. Многие методы холистической терапии относят к разряду так называемых нетрадиционных видов лечения, связанных с биоэнергетическими воздействиями и процессами, особыми состояниями сознания. К этим методам близки суггестивная терапия в различных ее модификациях [Буль П. И., 1968; Слободяник А. П., 1963; Ромен А. С, 1970; Варшавский К. М., 1973] и аутогенная тренировка [Панов А. Г. и др., 1973; Лобзин В. С, Решетников М. М., 1986].

**Концепции семейной терапии** учитывают особую роль, которую играет семья в жизни ребенка, формировании его личности и психосоматического потенциала, генезе психосоматических расстройств.

Эти и многие другие концепции психосомагической терапии являются скорее взаимодополняющими, чем альтернативными. Например, массаж можно рассматривать как воздействие на зоны Захарьина—Геда, биологически активные точки, процессы мышечно-тканевого обмена или, как это делают M. Procus, M. Block (1988), в качестве средства, позволяющего ребенку почувствовать свое тело, сформировать его адекватный образ и чувство телесной идентичности, уверенности в своем теле. Значение концепций следует видеть не в предписании тактики психосоматической терапии. Знакомство с ними позволяет врачу осознать и контролировать различные аспекты своего влияния на пациента и эффектов тех или иных средств.

# ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б. Д. Карвасарский (1985) отметил, что отношение к психотерапии психосоматических расстройств очень противоречиво. Он приводит мнения ряда ученых о причинах трудностей психотерапии соматических и психосоматических расстройств: роль биологических факторов; вызываемое различными причинами сопротивление пациента; негативное значение контрпереносных реакций у врачей; недостаточная подготовка врачей-педиатров в области психосоматики, непонимание ее преимуществ. Психотерапия при соматических расстройствах бесспорно полезна, если перед ней ставят реальные задачи.

Одна из наиболее значительных сфер психотерапии — опосредование и потенцирование воздействий биологической природы. Мы рассматриваем это как один из принципов психосоматической терапии. Назначенное лечение — лишь одна сторона биологической терапии. Как выполнены назначения и как они восприняты и приняты ребенком и (или) семьей — другая сторона, гораздо больше влияющая на ход и эффективность лечения. Большое значение имеют знания врача об использовавшихся ранее средствах, их эффектах, отношение к различным видам терапии, умение использовать психотерапевтические приемы разъяснения, убеждения и суггестии при назначении биологической терапии. Чем младше ребенок, тем большее значение имеет уже упоминавшийся «родительский плацебо-эффект». Родители (а при возможности и дети) должны получить не только четкие указания по процедуре выполнения назначений, подчеркивающие важность лечения, но и модели ожидаемых эффектов того или иного вида терапии. Для этого врач должен быть убежден в необходимости именно такого лечения, а значит — индуцировать своей убежденностью пациента и семью. Ему необходимо знать спектр ожидаемых воздействий (лечебных и возможных побочных) настолько глубоко, чтобы иметь возможность отметить наиболее вероятные в данном случае эффекты (специфика нарушения, индивидуальные особенности ребенка, отношение семьи к лечению и т. д.). При назначении психотропных средств приходится учитывать, что многие родители относятся к ним настороженно: пугают слухи, содержание аннотаций, рассчитанных на специалиста и др. Поэтому каждое такое назначение требует особо тщательного психотерапевтического опосредования.

Нередко родители обращаются к врачу с готовой моделью желаемого лечения и настаивают на ее осуществлении. В этих случаях врач всегда сталкивается с принципиально важной и очень непростой задачей: точно и адекватно оценить истинное содержание и значение таких обращений. В части случаев они обоснованы и разумны, тогда их можно обсудить и принять. Однако за настойчивыми требованиями назначить гипнотерапию, специальные и труднодоступные варианты обследования, направить на госпитализацию или консультации у «знаменитостей» нередко кроются мотивации, непосредственно

связанные с возникновением или поддержанием болезненного состояния ребенка. Каждый из таких случаев требует кропотливо проведенного анализа, позволяющего понять неосознаваемые семьей мотивы, и психотерапевтической работы с семьей.

Обсуждая **сопутствующую психотерапию,** которой должен владеть каждый медицинский работник, нельзя не упомянуть о психологических основах ухода за больным ребенком и организации лечебного процесса в амбулаторных и стационарных учреждениях. В предисловии к руководству J. M. Barter и др. (1977) H. Johnson справедливо замечает, что в условиях продолжающейся специализации медицины подготовка в этой области должна стать обязательной частью обучения специалистов и формирования профессиональных навыков, так как она определяет профессиональную идентичность. Одним из примеров делового использования психологических основ ухода и выхаживания является организация работы отделения патологии новорожденных детской больницы г. Таллинна [Листопад Т. Н., 1992]. Невозможно назвать область педиатрии, в которой ориентированный на пациента уход не давал бы реального повышения эффективности лечения [Конечны Р., Боухал М., 1974; Харди И., 1975].

Одно из главных мест в сопутствующей психотерапии и психотерапии как специальном методе лечения принадлежит установлению терапевтического контакта. Одни врачи подчеркивают значение эмпатического контакта, другие придают большее значение так называемому контракту, деловому содружеству (последний, особенно в педиатрии, невозможен вне эмоциональных связей врача и пациента, врача и семьи). От терапевтического контакта зависит, как организуется и функционирует терапевтическая система «семья—ребенок—врач» [Каган В. Е., 1979]. Слово врача, например, обретает ятрогенное влияние лишь там, где контакт не установлен или неудовлетворителен. В тех случаях, когда он выработан и развивается, влияние врача имеет дополнительное саногенное значение.

Стало банальным утверждать, что формирование контакта начинается с первой встречи врача и пациента. Между тем, очень важно, как во время первой встречи расставлены ролевые акценты. Нередко врач или другой медицинский работник настолько исполнены чувством важности своей миссии, что обратившиеся за помощью перестают понимать: медицина для них или они для медицины. В таких случаях мощное эмоциональное поле, создаваемое ситуацией болезни ребенка, не объединяет, а разъединяет участников лечебного процесса и препятствует созданию терапевтической системы «семья—врач—больной». Основой формирования терапевтического контакта являются сформулированные K. Rogers (1951) принципы клиент-центрированной терапии. Ребенок, когда позволяет его возраст, и родители должны почувствовать, что их выслушали и поняли. Разумеется, сценарий встречи, формирующей контакт, будет отличаться у хирурга, решающего вопрос о срочном оперативном вмешательстве, врача поликлиники или стационара. Важны не какие-либо ритуальные приемы или длительность встречи, а именно чувство: «Меня (нас) стремятся слышать и понимать». Анализ жалоб родите-

лей на врачей показал, что они мотивированы не столько реальными инструментальными погрешностями в работе врачей или персонала, сколько отсутствием этого чувства.

Даже исходно хороший контакт в работе с хроническими больными или при пессимистическом прогнозе будет подвергаться многократным испытаниям. Это — тяжелая эмоционально-личностная нагрузка для всех участников терапевтической системы. Для семьи и ребенка важен поддерживающий и реалистический взгляд врача на ситуацию: отстраненность врача и «розовая водица» утешений одинаково плохи. Возможности врача также не беспредельны. Он не может каждый раз идентифицировать себя со своими больными и их родителями, страдать и умирать вместе с ними. Оптимальный выход из подобных ситуаций состоит в использовании богатого опыта работы балинтовских групп, приемов психологической разгрузки и релаксации. Реформирование в медицине открывает достаточно широкие возможности для этого.

Осуществляя сопутствующую психотерапию, педиатр чаще всего не может принять на себя ответственность за специальную психотерапию и психологическую коррекцию, которые проводятся психотерапевтом и психологом. Он должен владеть клинической психологией и иметь представление о психотерапии в такой степени, чтобы вступать в продуктивное содружество с этими специалистами, сотрудничать с ними. Если для педиатра психотерапия не более чем «говорильня», то результативность работы психотерапевта (психолога) будет ниже, что неблагоприятно отразится на течении не только классических психосоматических заболеваний, но и, например, аутоиммунных болезней [Celerier M., 1986].

Психотерапия детей с психосоматическими расстройствами определяется не только необходимостью разрешения трудных жизненных обстоятельств, лежащих в основе развившегося заболевания, но и этапами психического развития ребенка. Она строится на применении взаимодополняющих психотерапевтических методов.

В возрасте 2,5-4 лет, то есть в периоде самоутверждения, становления личности, формирования самооценки и системы отношений, выбор психотерапевтического метода у больного с психосоматическим расстройством обусловлен основными психологическими проблемами ребенка, участвующими в их патогенезе. Помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания (предпочтительней в форме различных вариантов семейной психотерапии) можно применять методы игровой психотерапии, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками [Эйдемиллер Э. Г., 1988].

В возрасте «застенчивости» (4-7 лет) круг психотерапевтических вмешательств расширяется. Больного с психосоматическим расстройством включают в семейную и индивидуальную, ориентированную на разъяснение психотерапию, в групповую психотерапию. По мнению А. И. Захарова (1979), задача последней — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их успешного изображения и преодоления в игре.

В 7—8 лет во время адаптации в общеобразовательной или коррекционной школе психотерапия пациента, страдающего психосоматическим расстройством, в большей степени направлена на преодоление коммуникативных трудностей, поскольку именно они оказываются основными в генезе заболевания. В этом возрасте наряду с семейной и индивидуальной психотерапией рекомендуется использовать поведенческую психотерапию: контактную десенсибилизацию, эмотивное воображение, парадоксальную интенцию, тренинг самоутверждения. Групповую психотерапию полезно сочетать с семейной.

В подростковом возрасте при психосоматических расстройствах наибольшую пользу могут принести методы личностно-ориентированной психотерапии, семейной и групповой в интеракционной и структурной моделях. Меньшее значение в этом возрасте имеют поведенческие и гипно-суггестивные методы психотерапии [Гончарская Т. В., 1979].

**Суггестивная терапия**

Едва ли возможно отдать предпочтение какому-то одному методу психотерапии. Особые надежды обычно возлагаются на гипнотерапию. Внушение в гипнотическом или бодрствующем состоянии используется для отвлечения от болезненных переживаний, утверждения положительного эмоционального отношения к врачу, для приведения в состояние отдыха и т. д.

Однако суггестия детей осложняется тем, что при высокой внушаемости в дошкольном возрасте их гипнабельность значительно хуже, чем у взрослых. Добиться глубокого гипнотического состояния не удается, в то же время ребенок может заснуть обычным физиологическим сном. Затруднения связаны также с боязнью белых халатов, незнакомой обстановки, отрыва от близких, самой процедуры усыпления, с непониманием детьми своего болезненного состояния и процесса лечения.

Старшие дети и подростки лучше поддаются гипнотическому внушению, и его применение может быть эффективным [Рожнов В. Е., Драпкин Б. З., 1979].

Гипнотическому внушению посвящена обширная литература, поэтому укажем лишь на некоторые ограничения, которые могут снижать его эффективность. Ограничением является возраст. При работе с детьми до 7 лет гипнотизация — понятие условное. Чаще речь идет о поверхностной релаксации, облегчающей внушение, либо о внушении в поверхностном естественном сне. У малышей может быть более эффективным «материнский гипноз», когда предварительно обученная мать сама, как правило, перед ночным сном, проводит процедуру релаксации и внушения. Ограничением может быть негативная установка по отношению к гипнозу, страх («не проснусь») или предрассудки («лишает воли»). В таких случаях может помочь разъяснение. Частичным ограничением следует считать и сверхустановку семьи на гипноз: за этим часто кроется неосознаваемое стремление родителей снять с себя ответственность за состояние ребенка и целиком переложить ее на врача. Нако-

нец, психотерапевту всегда приходится ставить перед собой вопрос, в какой мере гипнотерапия может повлиять на этиопатогенетический комплекс, будет она средством симптоматической или патогенетической помощи.

Многие врачи, работающие с детьми, рассматривают гипнотическое состояние как условие для внушения и поэтому предпочитают обращаться к непосредственному или косвенному внушению наяву, использовать эффекты самовнушения (классические суггестивные методы, использующие эффект импринтинга, или запечатления). Безграничные возможности для внушения создает обращение к творческому потенциалу ребенка, к игре. В терапии детей с лейкозами используют, например, компьютерную игру «Убей раковую клетку». Ее эффективность подтверждена улучшением анализов крови. В методологии психосинтеза используют активное направленное воображение: где-то в галактических пространствах, например, летает неизвестный космический корабль (болезнь), выстрелы с которого поражают те или иные органы пациента, а он должен отыскать его и уничтожить. В игровых приемах сочетается возможность отреагирования негативных переживаний, творческой аутосуггестии и косвенного (иногда и прямого) внушения.

Большие возможности для психотерапии открывают отдельные приемы и система **творческого самовыражения** [Бурно М. Е., 1989]. Привлекательность этого метода состоит в обращении к целостной личности, а не к какой-то отдельной ее стороне, углублении чувства аутоидентичности и рефлективно-эмпатических способностей, активной вовлеченности пациента в процесс психотерапии. Средства могут быть различными: рисование, лепка, танец, техническое, поэтическое и прозаическое творчество, групповые обсуждения, переписка. Выбор средств отчасти зависит от специфики лечебного учреждения и возраста детей. Важно создать простор для реализации индивидуальных склонностей и способностей, придать этим обыденным занятиям психотерапевтическое содержание. В противном случае потенциально богатый психотерапевтический метод редуцируется до элементарных попыток как-то занять больных детей.

Когда в основе психосоматических расстройств лежат подавленные или вытесненные комплексы влечения, переживания, продуктивно обращение к **психоанализу.** Мы имеем в виду не процедуры ортодоксальной психоаналитической терапии, а приложение общеметодического подхода к пониманию и интерпретации расстройства в целом и его отдельных проявлений, использование элементов психоаналитической техники [Фрейд А., 1927]. Их можно применять в комплексе с релаксацией в индивидуальной и групповой работе [Sapir M., 1986], например, с детьми, страдающими различными психосоматическими расстройствами [Kreisler L. et al., 1974]. Для психоаналитически ориентированных методик характерно не только обращение к бессознательному и влечениям вообще, но и разграничение «соматического» и «телесного» (чувство телесной идентичности, индивидуальное восприятие своего тела, выражение эмоций и переживаний на «языке тела» и т. д.). К этим методикам относится и предложенная нами методика психотерапевтического использования состояний спонтанной медитации с возникающими в них грезоподоб-

ными переживаниями, дающими богатый материал для терапевтически ориентированного анализа [Каган В. Е., 1989].

**Рациональная (разъясняющая) психотерапия** — логическое воздействие на психику больного с целью изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой психотерапии: выработка вместе с больным жизненных установок, соответствующих ситуации с использованием логического убеждения и лечебного перевоспитания.

Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение больного к своему состоянию. Для этого нужно уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания. Лучшему пониманию и реагированию способствуют заранее подготовленные детьми рассказы на житейские или фантастические темы. Применяется разыгрывание в лицах ситуаций, придуманных ребенком. Детям предлагают незаконченные истории, завершение которых предполагает разрешение конфликтных обстоятельств согласно личному опыту, что облегчает понимание собственных трудностей. Разрешению этих проблем и лучшему приспособлению способствует проигрывание завершающей части историй. Индивидуальная психотерапия детей должна проводиться одновременно с психотерапией родителей [Захаров А. И., 1982].

Посредством **аутогенной тренировки, самовнушения (тренировочная психотерапия)** достигается расслабление поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, что позволяет воздействовать на внутренние органы. Лечебный эффект связан как с релаксацией, так и с целенаправленным самовнушением. При аутогенной тренировке воздействие направлено на вегетативную нервную систему, что может привести к изменению температуры тела, потоотделения, ритма сердца, дыхания. Этот вид психотерапии оказывает успокаивающее действие на эмоциональную сферу. Тренировочная психотерапия требует от больного более активного отношения к своему лечению, поэтому результаты от ее применения лучше, чем только от внушения. Аутогенная тренировка может использоваться при лечении детей и подростков, для чего были разработаны ее модификации, приспособленные к детскому возрасту. Возможность применения этого вида психотерапии определяется не возрастом пациента, а его интеллектом, волевыми способностями и эмоциональным отношением к болезни. Несмотря на возрастные ограничения, мышечную релаксацию пытаются использовать даже в 3—4-летнем возрасте [Буянов М. И., 1990].

### Тренинг самоутверждения

Предполагали, что у неуверенных в себе детей и подростков заторможенность возникает в процессе научения, когда их наказывают за нежелательное неадаптивное поведение. Быть уверенным в себе означает уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. У больных с психосоматическими расстройствами часто неуверенность является переживанием, составляющим часть механизма, лежащего в основе заболе-

вания. В связи с этим тренинг самоутверждения может оказаться одним из эффективных лечебных средств.

**Поведенческая (бихевиориальная) терапия** предназначена для исправления болезненных форм поведения. Ее теоретической основой является учение об условно-рефлекторной деятельности, то есть об обучении. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения (энурез, анорексия и др.). С этой целью из поведения вычленяют те элементы, которые будут поощрять или подвергать наказанию, выбирают оптимальную программу и организуют обстановку, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Этому также способствует изучение поведения больных детей.

Подкреплением лечения может быть проявление заинтересованности взрослого, поощрения, похвалы, материальные формы вознаграждения или оценка, например, в форме жетонов или баллов. «Плохое» поведение может сопровождаться отсутствием подкрепления, игнорированием того, что делает ребенок, созданием для него неприятной ситуации. В последнем случае ребенка можно оставить в одиночестве (методика «выключения времени»). При применении наказания следует учитывать его отрицательные стороны:

- □ может оказаться подкреплением отрицательного поведения;
- □ может разрушить поведение, вызывая панику или обиду ребенка;
- □ может сыграть роль дурного примера;
- □ может оказать неблагоприятное воздействие на того, кто его применяет.

Замечания и неодобрение необходимы, хотя наказания нужно применять очень умеренно, и только в редких случаях они могут составлять основу курса лечения [Раттер М., 1984].

Примером может быть преодоление отказа жевать твердую пищу детьми дошкольного возраста. В качестве подкрепления жевания используют похвалы, одобряющие улыбки родителей, небольшие порции предпочитаемой ребенком пищи, любимые телевизионные передачи. Отказ от предлагаемой еды полностью игнорируют. Постепенное введение сначала малых, а затем и больших порций отвергаемой ребенком пищи, расширение ассортимента блюд удается провести в течение 3–4 месяцев.

Десенситизация как вариант поведенческой психотерапии представляет собой искусственное вызывание болезненных переживаний с целью снятия эмоционального напряжения и уменьшения чувствительности ребенка или подростка к определенным раздражителям.

Иллюстрацией может быть следующий пример. В процессе десенситизации подросток по рекомендации психотерапевта должен был мысленно воспроизводить пережитую неприятную ситуацию, приведшую к невропатическому состоянию. Неоднократное мысленное воспроизведение им в течение нескольких минут избиения и оскорблений, перенесенных в школе, сопровождавшихся комментариями психотерапевта, привели к исчезновению эмоциональных и соматических расстройств [Буянов М. И., 1990].

**Парадоксальная интенция** [Frankl V. E., 1947] — это метод, применяемый у больных при наличии психосоматических симптомов, повторения которых они боятся. Смысл метода заключается в том, что больной вырабатывает позицию отстранения от пугающего его соматического расстройства, например, непроизвольного мочеиспускания. С помощью этого метода достигают мобилизации способности больного к дистанцированию от тревожащих симптомов. Инструментом реализации новой позиции по отношению к симптому может быть юмор, который дает возможность взять над собой контроль.

### Терапия методом установления биологических обратных связей (БОС)

Лечение детей нередко затруднено из-за того, что они не отдают себе отчета об имеющихся расстройствах. Помочь таким больным может использование механизмов обратной связи (БОС). С этой целью применяют регистрацию электрической активности мышц при непроизвольных сокращениях; включение звучания звонка при непроизвольном мочеиспускании; фиксирование кожногальванического рефлекса для уменьшения эмоционального напряжения. Ребенок или подросток, получающий объективную информацию о состоянии своих органов или систем по показателям приборов, учится произвольно уменьшать замеченные нарушения в соматической или эмоциональной сфере. Этот метод состоит из комплекса процедур, при проведении которых больному посредством внешней обратной связи, главным образом, с помощью компьютерной техники, подается информация о состоянии управляемой им функции в настоящий момент. Метод помогает обучиться управлению пострадавшей функцией, развить навыки самоконтроля и саморегуляции нарушенных болезнью показателей.

Основными элементами терапии БОС являются:

1) непрерывный мониторинг управляемой (болезненно нарушенной) функции в реальном масштабе времени;
2) предъявление больному сенсорных сигналов, несущих информацию об изменениях регулируемой (болезненно нарушенной) функции;
3) побуждение испытуемого к овладению навыками саморегуляции с помощью инструкций.

Для успешного проведения терапии БОС очень важно учитывать результаты обучения и предъявлять их больному в виде интегральных показателей. Получая информацию о результатах тренировки управлением болезненно нарушенной функции, больной имеет возможность изменить поведение, сравнивая успех или неудачу при обучении с предшествующими событиями. Примером может быть обучение регуляции артериального давления, приводящее у некоторых больных к его нормализации без применения медикаментов.

В ходе терапии БОС создаются два канала саморегуляции. Первый (контур быстрого реагирования) связан со стратегией управления биологической функцией во время сеанса обучения. Второй (с запаздыванием регулирующе-

го влияния) отражает глобальные изменения в биологических процессах и стиле поведения больного. Таким образом, происходит направленная коррекция психовегетативных нарушений, сопровождающих заболевания психосоматической природы. Функциональная перестройка и формирование нового состояния, близкого к норме, происходят за счет активной мобилизации компенсаторных возможностей нервной системы больного. Метод имеет большое психотерапевтическое значение для больного ребенка, позволяет сформировать правильное отношение к психосоматическому расстройству, лучше понять его природу. Терапия БОС не имеет противопоказаний и хорошо сочетается с другими видами лечения. Этот метод применяют у детей с бронхиальной астмой, патологией билиарного тракта и других психосоматических расстройствах [Горемыкин В. И. и др., 1999].

**Арттерапия** — терапия изобразительным творчеством, которую используют в качестве средства общения при совместном рисовании, для расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности в процессе лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование [Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982].

Изобразительная деятельность детей позволяет им без слов выразить свои мысли. Способность к разрядке эмоционального напряжения у детей с психосоматическими расстройствами затруднена. Использование продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, создания масок, выпиливания) облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения.

Рисунок семьи, выполненный ребенком, характеризует его положение в семье и выявляет конфликтные взаимоотношения между родителями, между родителями и ребенком. Свободно избранный сюжет позволяет ребенку обратить внимание на трудности, возникающие в детском коллективе и показать его переживания (страхи, опасения).

Психотерапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4—11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психотерапии изменений.

**Библиотерапия** — это использование специально отобранного для чтения материала (как терапевтического средства в медицине) с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения. Этот метод может быть только фактором, отвлекающим больного от мыслей о болезни, помогающим переносить физические страдания. Библиотерапию можно использовать как часть психотерапии, например, при психосоматическом расстройстве. Применение этого метода в качестве самостоятельного, наряду с другими терапевтическими вмешательствами, требует участия специально подготовленного библиотекаря. Книги подбирают в соответствии с определенными принципами. В одних случаях — это книги, соответствующие заболеванию подростка или ребенка. В других — их выбор обусловлен ожидаемым или возможным психотерапевтическим эффектом (седативным, стимулирующим и т. п.).

В третьих — книги с сюжетом, соответствующим психотравмирующим обстоятельствам, «приведшим» к психосоматическому расстройству.

Книги, предлагаемые больному, должны быть доступны по степени сложности изложения материала; герой произведения должен быть адекватен представлениям больного; содержание должно соответствовать характеру психотравмирующей ситуации. Библиотерапия проводится в индивидуальной форме или группе. Этот метод, как и любое руководство чтением — лечебно-педагогический процесс, что важно при курации детей и подростков, особенно нуждающихся в воспитательных мерах во время заболевания. Рекомендуется предложить больному ведение дневника, который может быть использован для диагностики и оценки успешности лечения.

**Музыкотерапия** — психотерапевтический метод, в котором музыку используют в качестве средства воздействия на психику и через нее на организм больного. При помощи этого метода происходит эмоциональная стимуляция в процессе вербальной психотерапии; развиваются навыки межличностного общения; оптимизируются психовегетативные процессы; повышается уровень эстетических потребностей. Музыка способствует эмоциональной разрядке, регулированию настроения, облегчению осознания собственных переживаний, противостоянию жизненным проблемам, повышению социальной активности, облегчению формирования новых отношений и установок. Музыкальная терапия может быть активной и рецептивной. В первом случае — это направленная активная музыкальная деятельность. Во втором случае больной с лечебной целью прослушивает рекомендованные музыкальные произведения. Музыкотерапию часто используют при групповой психотерапии. Ее достаточно широко применяют при лечении разных видов патологии у детей [Шевченко Ю. С, 1995].

### Групповая психотерапия

Понятие «групповая психотерапия» имеет 3 значения:

1. Совместная деятельность участников группы в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение в лечебный процесс, расширение интересов и контактов, развитие коммуникативных навыков. В групповой форме могут проводиться трудовая, двигательная и спортивная терапия; лечение музыкой, искусством, занятостью, в «клубе бывших и настоящих пациентов».
2. Гипноз, аутогенная тренировка, разъяснение, убеждение, проводимые в группе больных.
3. Процесс, основанный на групповой динамике, в котором основным инструментом психотерапевтического воздействия является психотерапевтическая группа.

Предпочтение индивидуальных или групповых форм психотерапии зависит не только от состояния ребенка и индивидуальных склонностей психоте-

рапевта, но и от специфики этих форм. С точки зрения стоимости лечения групповая работа, безусловно, более экономична. Но экономические соображения не должны перевешивать ни существа психотерапии, ни интересов больного. Больной ребенок может чувствовать себя трагически одиноким в мире, где он «не такой, как все», а групповая психотерапия дает ему чувство общности с другими, переживание своего права участвовать во всех сферах жизни. Она создает условия для реализации мощнейшего психотерапевтического потенциала группового взаимодействия, социально-ролевого тренинга, драматизации. Групповую работу в нозологических группах адресуют наиболее типичному, что привносит эта болезнь в жизнь человека. Занятия в группе открывают пути для формирования оптимального образа жизни. Выздоравливающие или успешно адаптировавшиеся становятся не только примером для остальных, но берут на себя роль старших и многоопытных братьев и сестер — своего рода «гуру». Например, в программе для детей с бронхиальной астмой предусмотрены 5 групповых занятий:

- □ что такое астма, и как она действует на мое тело;
- □ почему у меня астма, и что она вносит в мою жизнь;
- □ что и когда надо делать;
- □ как принимать решения;
- □ как примирить желания и необходимость [Lewis C. et al., 1984; RachelefskyG. etal., 1985].

Групповая психотерапия подростков (серия межличностных интеракций в малой группе) нацелена на формирование у ее участников адекватной самооценки и целостной Я-концепции; конфронтацию с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных вариантов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов; раскрытие своих переживаний и их вербализацию. Ее используют также для совершенствования навыков управления ситуацией, обучения строить отношения с другими во взаимодействующей манере [Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1990]. Групповую психотерапию с успехом применяют у подростков с нарушениями адаптации, невротическими и психосоматическими расстройствами.

Из 3-х видов групповой психотерапии — образовательной, аналитической и основанной на действии — подросткам более всего подходит последний. Это объясняется психологическими особенностями возраста:

- □ стремлением группироваться;
- □ потребностью в интимности и кооперации;
- □ тревогой, вызванной открытием субъективного мира и формированием образа «Я»;
- □ тягой к расширению диапазона ролевого поведения;
- □ конкретностью мышления и эмоциональной непосредственностью, сохранившимися с детства.

Лечение проводится длительно (60 часов и более) или краткосрочно (до 28 часов). Для подростков предпочтительнее краткосрочная групповая пси-

хотерапия. Она проводится 5—7 дней (ежедневно по 4 часа). Состав группы — 8—12 подростков обоего пола, при разнице в возрасте, не превышающем 1-2 года. В первой фазе (фаза ориентации) участники сплачиваются, развивают коммуникативные возможности, навыки эмпатии, тренируют способности выражать и «читать» эмоции. Используют приемы: «Броуновское движение», «Горная тропа», «Лунные локаторы», «Розовый крокодил» и т. д. Во второй (негативно-агрессивной) фазе происходит переформулирование целей и перераспределение ответственности. Выявление принимаемой на себя ответственности происходит с помощью социографических игр и приемов, инсценирования сказок, терапевтических метафор. Уточняют цели, которые хочет достичь каждый участник и группа в целом.

В третьей фазе (фаза решения индивидуальных проблем) с помощью приемов аналитической психодрамы, гештальт-экспериментов участники осознают и разрешают свои проблемы. В четвертой фазе (фаза экзистенциального выбора) подростки прорабатывают проблемы полоролевой идентичности и эффективности в семейных отношениях и в роли «какой я есть на самом деле».

**Игровая терапия** основана на том, что игра может моделировать деятельность, воспроизводящую (по аналогии с реальностью) придуманную, воображаемую, желанную действительность. Игра дает ребенку или подростку возможность пережить удачи, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные способности [Вольперт И. Е., 1979].

Игры у детей — важный материал для раскрытия эмоциональных отношений и душевных конфликтов. Используют спонтанную (неуправляемую) и направленную игру. Первая уменьшает эмоциональное напряжение, создает интерес к лечению. Ее терапевтическая ценность заключается в возможности эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования конфликтов и страхов. Вторая тренирует психические процессы, улучшает выносливость к неприятным переживаниям, формирует наиболее эффективное приспособительное поведение, стимулирует активность, перестраивает отношения больных с окружающими, обучает адаптивным навыкам, благоприятствует развитию познавательных, эмоциональных, сенсорных и моторных функций. Направленную игру проводят по плану, но не вводят строгих ограничений ролевого поведения, допуская импровизации. Игры с более жесткими правилами полезны для диагностики.

Психотерапевт руководит игровой активностью и учитывает переживания больного в качестве условий игры. Ребенок и врач разделяют ответственность за принятие решений. Врач моделирует стрессовые ситуации, которые больной должен преодолевать по собственному разумению. Если это не удается, врач помогает ему, демонстрируя поведение своего персонажа.

Игровая терапия наиболее эффективна у детей дошкольного и младшего школьного возраста, но ее можно использовать и для лечения подростков в моделируемой ситуации, обучая принятию решений в момент стресса.

Для игровой терапии можно использовать компьютер с соответствующими программами.

**Имаготерапия** — метод психотерапии, который заключается в обучении больного воспроизводить определенный комплекс образов с лечебной целью. В результате больной должен научиться адекватно реагировать на трудные жизненные обстоятельства. Курс лечения продолжается от 3 месяцев до полугода. Имаготерапия проводится в группе.

На первом этапе примером может служить образ рассказчика, в ситуацию которого больной вживается и переживает все, что соответствует вымышленным обстоятельствам. Образ подбирают в соответствии с определенным лечебным воздействием. Для усиления эффективности метода используют элементы инсценировки типичных житейских ситуаций. На втором этапе рассказ драматизируют. Разыгрывают в лицах части повести или романа, инсценируют вымышленные ситуации. На третьем этапе занятия проводят в лечебной драматической студии. Для проигрывания предлагают образы, которые соответствуют жизненным обстоятельствам, приведшим к психосоматическому расстройству. Используют отвлечение, убеждение, разъяснение, внушение, имитационное поведение, эмоциональную поддержку, обучают новым способам поведения.

### Семейная психотерапия

Психотерапия детей, живущих в семье и без нее, не может быть одинаковой. Семью всегда включают в систему психотерапии. Здоровье семьи как социального организма и здоровье ее взрослых членов оказывает саногенное влияние на ребенка. Отсутствие семьи или заменяющих ее лиц ограничивает психотерапию личностной апелляцией к самому ребенку. При этом необходимо учитывать не только психосоматическое расстройство, но и личностную специфику растущего вне семьи ребенка, осознаваемые и неосознаваемые переживания сиротства. Профессионал-психотерапевт легче находит ту личностную дистанцию, которая позволяет помочь. Педиатр (особенно молодой врач), движимый сочувствием, нередко рискует настолько сократить дистанцию между собой и ребенком, что окончание лечения может оказаться травматичным. В одних случаях это способствует психозащитному поддержанию болезненной симптоматики, в других приводит к развитию невротических реакций и (или) поведенческих нарушений после выписки из стационара.

Семейная психотерапия направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье [Мягер В. К., Мишина Т. И., 1979]. При проведении психотерапии выявляют и исправляют нарушения в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, межличностное общение в семье, семейная интеграция и система ролей. Устанавливают наличие или отсутствие связи между семейным и личностным нарушением.

Семейными «вредностями» могут быть:

- □ длительное эмоциональное напряжение вследствие психотравматизации и нарушения жизнедеятельности семьи;

- нарушение семейных представлений о целях семьи и потребностях ее членов;
- нарушение семейного общения, обычно связанное с неудовлетворенностью одного из членов семьи и невозможностью назвать ее причину;
- нарушение семейных механизмов взаимодействия с возникновением взаимного побуждения, принуждения и отчуждения;
- структурно-ролевые нарушения в семье, приводящие к возникновению ролей «козла отпущения», «неисправимого», «спасителя гибнущего» [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999].

В детском возрасте 87—90% психотравмирующих ситуаций связаны с семейными конфликтами [Пивоварова Г. Н., 1962]. Родительская семья играет роль в формировании таких расстройств, как конверсия, и особенностей личности (тип акцентуации характера, инфантильность, алекситимия). Родительская семья может способствовать понижению выносливости к стрессу, обострению чувствительности к «утратам значимого объекта» и наклонности к соматизации. Психологические факторы, участвующие в генезе психосоматических расстройств, чаще всего возникают под влиянием семьи. Предполагают, что существуют семьи, имеющие ряд аномальных взаимодействий, способствующих возникновению психосоматических расстройств. К ним относятся семьи, в которых существует:

- запутанность взаимоотношений с вторжением в личные привязанности и неясным положением индивида в семье;
- сверхзащита — постоянная чрезмерная забота о состоянии здоровья членов семьи;
- ригидность с постоянной тенденцией к сохранению прежнего положения и состояния семьи;
- неумение разрешать конфликты, зависящие от аномальных взаимодействий и приводящие к неспособности противостоять трудностям.

Неразрешенные проблемы, угрожая семье, снова и снова активируют механизм избегания, включая и провокации болезни ребенка [Minuchin S. et al., 1975].

У больных с психосоматическими расстройствами выделено 3 типа родительских семей:

1) тип семьи с жесткими стереотипами общения, приводящими к инфантилизации и эмоциональной незрелости детей;
2) тип семьи, в которой ребенок «отказывается» от своей личности и становится аутистом;
3) тип семьи, игнорирующий истинные достижения детей, перемещая на них свои несбывшиеся амбиции [Stirlin H., 1978].

Психотерапия неправильно сложившихся семейных отношений складывается из этапа семейной диагностики (этапа обсуждений), во время которого с родителями согласовывают план коррекции супружеских и родительских отношений, и этапа совместной психотерапии больного и родителей. Направ-

ление лечения определяется содержанием семейного конфликта. Раздельное обсуждение его с каждым членом семьи дополняют совместной игровой терапией, которая проводится без сценария и является импровизацией на темы, предложенные больным родителями и врачом. При лечении дошкольников и младших школьников используют кукол-марионеток. Каждый член семьи играет различные семейные роли, особенно эффективна смена ролей родителями и детьми. Помогает создание врачом модели отношений с больным. Совместная деятельность в процессе лечения фактически становится обучающим экспериментом. Примером может быть психотерапия при бронхиальной астме, которая проводится в двух направлениях:

1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье;
2) разыгрывание и усиление ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной психотерапии.

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки психотерапия должна быть нацелена на осознание пациентом переживаемого страха (сформировавшегося в ответ на жесткое давление родителей), ситуаций, в которых он возникает, и стремления уйти от переживаний посредством тиранического поведения. Лечение должно способствовать повышению сочувствия у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия.

## ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Для успешного проведения психофармакотерапии врачу в каждом конкретном случае приходится решать несколько взаимосвязанных задач:

1) целесообразность обращения к психофармакотерапии;
2) вид воздействия психофармакотерапии (симптоматическая, патогенетическая или сопутствующая), например, при сочетании психических и соматических нарушений;
3) выбор препарата с учетом его психо-, сомато- и вегетотропного действия, совместимости с другими лекарственными средствами;
4) подбор оптимальных доз;
5) определение длительности психофармакотерапии;
6) сочетание с психотерапией.

Можно выделить 2 группы показаний к назначению психофармакотерапии:

- наличие в структуре заболевания психопатологических симптомов и синдромов (например, тревоги, депрессии);
- наличие соматических нарушений, на которые психотропный препарат оказывает «прицельное» лечебное действие (например, селективная способность антидепрессантов ингибировать метаболизм серотонина для купирования хронических болей).

Назначение психотропных препаратов «на всякий случай» следует считать врачебной ошибкой.

Необходимо четко представлять эффект того или иного лекарственного препарата. Например, решено использовать транквилизаторы у больных с абдоминальными болями, возникающими в «школьной ситуации». У конституционально-тревожной личности транквилизаторы могут обеспечить симптоматический эффект. При следовых влияниях недавно пережитой «школьной» психотравмы они могут, разрушив патологический стереотип, обеспечить патогенетический эффект. В случае развития болей по истерическим механизмам — не дать эффекта вообще. Решая задачи психофармакотерапии, нужно иметь в виду генез и степень выраженности даже очевидных психопатологических нарушений. Эффективность психофармакотерапии будет тем выше, чем большее значение в патогенезе заболевания имеют психофизиологические и меньшее — содержательно-личностные, экзистенциальные механизмы.

Это хорошо иллюстрирует наблюдение 14-летнего подростка, у которого на фоне тревожно-подавленного настроения через три недели после гибели страдавшего бронхиальной астмой отца развился первый в жизни тяжелый приступ бронхиальной астмы. Лечение пиразидолом, сочетающим антидепрессивный и противотревожный эффекты, оказалось неэффективным. Психологический анализ выявил у мальчика, очень похожего на отца внешне и характером, давнее чувство вины, связанное с конкуренцией за внимание матери. В детских фантазиях и сновидениях несколько раз фигурировал погибающий отец. В настоящее время абсолютная идентификация с отцом (вплоть до «принятия на себя» его болезни) стала средством психологической защиты от этого чувства. Психотерапия, проводившаяся в течение 10 месяцев, практически разрешила болезненную ситуацию.

Выбор препарата определяется внутренней структурой психопатологического и психосоматического синдромов, их соответствия спектру действия препарата и особенностям жизненного ритма.

**Оптимизация дозировок** (разовых, суточных, курсовых) должна быть предметом особого внимания. Как правило, при психосоматических расстройствах используют умеренные дозы психотропных средств. Чрезмерное их уменьшение может привести к «зашториванию» симптоматики лечебного эффекта. При суточном распределении доз следует учитывать особенности симптоматики, ритм жизни больного, период действия препарата в организме. Длительность курсового лечения обычно составляет 4-6 недель. При проведении очень короткого курса лечения даже точно подобранный препарат оказывает лишь симптоматическое действие, создавая условия для рецидива симптоматики.

Нередко возникает необходимость в использовании 2—3 психотропных препаратов. Если такая необходимость достаточно обоснована, желательно назначать их последовательно, чтобы оценить реакцию организма на каждый препарат, заменяя при возникновении побочных явлений (например, аллергических реакций) только один, а не отменяя весь комплекс лекарств. Для

оптимального контроля лечения желательно ориентироваться на монотерапию и всячески избегать полипрагмазии.

Практически у всех детей с психосоматическими расстройствами развивается астения различной степени выраженности. Для ее лечения назначают общеукрепляющие и стимулирующие средства, которые позволяют преодолеть раздражительность, физическую и психическую истощаемость, устранить вегетативные расстройства. При астенических состояниях с выраженными раздражительностью и беспокойством рекомендуют транквилизаторы, смягчающие эмоциональную возбудимость и аффективную насыщенность переживаний.

Особое место в психофармакотерапии занимают препараты, действие которых направлено на исправление поведения: двигательного беспокойства, агрессивности, замкнутости, заторможенности.

Если психосоматические расстройства у детей выражаются в болевых проявлениях, приходится использовать средства, обладающие анальгетическим эффектом.

**Стресс-протекторы**

При стрессе, связанном с психотравмой, возникают эмоциональное мышление и поведение, ведущие к поиску выхода из трудной ситуации. Одновременно происходит активация адренергической и гипофизарно-адреналовой систем, обеспечивающих возможность адаптации к новым условиям. Многократная (предшествующая психотравме) мобилизация систем, смягчающих действие стресса в результате привыкания к легким стрессорам, может предупредить возникновение заболеваний и улучшить эмоциональное состояние ребенка.

Стимуляция опиоидергической, серотонинергической, ГАМК-ергической, антиокислительных систем ЦНС, управляющих развитием стресса, является хорошим терапевтическим вмешательством. Для этой цели используют транквилизаторы и препараты гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Из 1-й группы наиболее полезен диазепам, уменьшающий вызванную напряжением гиперактивность и подавляющий эмоциональный компонент боли. Применение натрия оксибутирата предупреждает болезненные изменения (изъязвления слизистой оболочки желудка, уменьшение количества катехоламинов в большинстве органов, нейрохимические сдвиги в системе ГАМК периферических органов и ЦНС). Фенибут, используемый в этих случаях, обладает транквилизирующим эффектом и предупреждает повышение артериального давления. Кортикостероиды могут смягчать эмоциональные и болевые проявления стресса. Пирроксан также оказывает антистрессорный эффект. Пропранолол предупреждает возникновение нарушений сердечного ритма, связанных с эмоциональным стрессом. Использование антиокислителей, в частности, этимизола, нормализует нарушенный при стрессе энергетический обмен в ЦНС и на периферии.

**Адаптогены**

Для улучшения переносимости стресса используют целый ряд средств, обладающих активирующим действием. К ним относятся препараты растительного происхождения: родиола розовая, женьшень, левзея, элеутерококк, маньчжурская аралия, заманиха, китайский лимонник. Седативные средства — бромкамфора, настойка валерианы, валокормид, бромиды калия и натрия, корвалол, валоседан, экстракт пассифлоры, настойка пустырника — также облегчают адаптацию к окружающей среде. Ноотропные препараты, нормализующие метаболизм в ЦНС, оказывают благотворное воздействие на мышление, память, внимание и, благодаря этим фармакологическим эффектам, являются хорошими адаптогенами. У детей успешно применяют пирацетам, пиридитол, пантогам, аминалон, фенибут. Однако необходимо отметить, что с появлением ноотропных препаратов, обладающих стимулирующим и нейропротекторным эффектами, стало «модным» назначать их в качестве «безвредного» фона едва ли не любой терапии. С этим нельзя согласиться из-за возможных побочных эффектов и индивидуальных реакций несовместимости. Кроме того, особенности действия указанных лекарственных средств различны.

**Анксиолитики**

С целью смягчения эмоционального компонента переживаний больного и предупреждения возникновения новых симптомов заболевания (вторичная профилактика) назначают транквилизаторы. К группе транквилизаторов относят препараты с психотропным, центральным нейро- и вегетотропным действием и определенными компонентами активности. Они снижают восприимчивость к висцеральным раздражителям через нормализующее влияние на вегетативную нервную систему [Александровский Ю. А., 1993]. Благодаря этим свойствам транквилизаторы можно отнести к адаптогенам. Из растительных средств в педиатрии применяют препараты валерианы, пустырника, боярышника.

Наиболее часто используют бензодиазепины, которые не влияют на функции коры головного мозга, не снижают работоспособность и внимание, улучшают общение и облегчают проведение психотерапии. Недостатком некоторых транквилизаторов является их кумулятивный эффект (из-за длительного периода полураспада), что может привести к угнетению ЦНС. Раньше предпочтение отдавали диазепаму (сибазон, седуксен, реланиум). В его действии хорошо сочетаются стимулирующий и успокаивающий эффекты. Общее транквилизирующее действие сильно выражено, препарат хорошо переносится. Тем не менее, при использовании диазепама следует помнить о редких побочных эффектах: сонливости, легких головокружениях, нарушениях походки, кожном зуде, тошноте, запорах, беспокойстве, парадоксальном возбуждении и экзальтации. При длительном применении препарата отмечают усиление седативного действия, ухудшение скорости реакции и координации, нарушение памяти. Один из новых транквилизаторов — альпразолам (кассадан, ксанакс). Его преимуществом является отсутствие накопления се-

дативного действия, а недостатком — необходимость частого приема и высокая вероятность возникновения реакции отмены. Побочное действие заключается в расторможенности. Помимо указанных транквилизаторов используют и другие бензодиазепины: лоразепам, мезапам (рудотель), тофизепам (грандаксин), феназепам, темазепам, хлордиазепоксид (хлозепид, элениум, либриум), флуразепам, клоназепам бромазепам (лексотан), фризиум (клобазам). Триоксазин — ситуативный транквилизатор с активирующим компонентом — показан при ситуативно мотивированных школьных страхах с соматизацией, но не эффективен при вечерних страхах или явно выраженной тревожности, при которых лучше назначать элениум или мезапам. Количество лекарственных препаратов в настоящее время велико. Это позволяет избегать использования некоторых из них, в частности, мепробамата (из-за выраженного сомнолентного действия и развития химической зависимости при длительном приеме) и нуредала (из-за абсолютной несовместимости с трициклическими антидепрессантами и многими пищевыми продуктами).

С начала 1970-х годов у школьников в качестве малых транквилизаторов используют малые дозы галоперидола, не нарушающего операторских функций, и френолона, обладающего балансирующим влиянием на процессы возбуждения-торможения и вегетативные функции. Эти препараты в малых дозах оказывают хороший эффект при психосоматических нарушениях в структуре реакции дезадаптации у дошкольников (например, при утренней рвоте в связи с посещением детского сада). Малые дозы галоперидола удобны еще и тем, что его раствор бесцветен и безвкусен. Прием лекарства не заметен для ребенка, а значит не вызывает протеста и не навязывает ему роль больного (нужное количество капель препарата добавляют в пищу или питье).

**Антидепрессанты**

Для лечения депрессий, сочетающихся с тоскливостью, психической и моторной заторможенностью, вялостью, ипохондрическими переживаниями, предпочтительно назначение антидепрессантов. Можно использовать стимулирующий эффект таких антидепрессантов, как имизин, пиразидол, людиомил (мапротилин).

Некоторые препараты этого ряда способны не только улучшать настроение, но и оказывать анксиолитическое действие. К их числу относится амитриптилин (триптизол), у которого седативный эффект преобладает над тимолептическим. В связи с этим его применяют при депрессивных состояниях, комбинирующихся с тревожными проявлениями, ночном энурезе, реактивной депрессии, навязчивостях. Обычно препарат не дает побочных проявлений, но иногда могут быть сухость во рту, расширение зрачков, нарушение аккомодации, сонливость, головокружение, тремор, аллергические реакции. Кломипрамин (анафранил) при большой тимолептической активности не обладает выраженным стимулирующим действием, что позволяет назначать его больным, страдающим проявлениями тревожного состояния, паническим расстройством, фобиями, алгическими нарушениями, энурезом. Побочное

действие: сухость во рту, ортостатическая гипотензия, нарушение аккомодации, запор, задержка мочеиспускания, головокружение, аритмии сердца. Предполагают, что в патогенезе психосоматических расстройств существенную роль играет депрессия различной степени тяжести. Поэтому рекомендуют практически во всех таких случаях назначать антидепрессанты: азафен (пипофезин), мелипрамин (импрамин), пиразидол. Эффективным считают сочетание антидепрессантов с некоторыми транквилизаторами (мебикар, мезапам, тофизопам) [Антропов Ю. Ф., 1999].

### Нейролептики

**В** тех случаях, когда тревога или депрессия сочетаются с психической или моторной расторможенностью, возбуждением, другими нарушениями поведения, навязчивостями или перечисленные выше лекарственные препараты не эффективны, показаны нейролептики. Обычно достаточно назначения небольших доз нейролептиков мягкого седативного действия (меллерила, тизерцина) в сочетании с транквилизаторами (диазепамом, феназепамом). При отсутствии благоприятного эффекта применяют нейролептики с более выраженным седативным действием: аминазин (хлорпромазин), неулептил (перициазин). Иногда улучшение наступает при добавлении к указанным. Следует учитывать, что при лечении нейролептиками-производными фенатиазина могут быть побочные эффекты в виде двигательного беспокойства, непроизвольных движений языка, мышц лица и всего тела, замедления реакций, скованности, безразличия. Возможны также резкое падение артериального давления, аллергические реакции, диспептические явления, желтуха, изменения в крови. Применение галоперидола может осложниться скованностью походки, гипомимией, чувством беспокойства, двигательными нарушениями, снижением артериального давления, патологическими реакциями со стороны кожи.

### Другие лекарственные препараты

**В** некоторых случаях двигательное беспокойство, расторможенность, суетливость, аффективная неустойчивость и взрывчатость поддаются воздействию средств, нормализующих эмоциональное состояние, или нормотимических препаратов (карбонат лития, или контемнол), и противосудорожных средств (карбамазепин, или финлепсин). Применение карбоната лития требует особой осторожности. Его побочное действие — тошнота, рвота, неприятные ощущения в животе, тремор, провалы в памяти, утомляемость, полиурия, полидипсия, лейкоцитоз — вызывает необходимость контроля уровня препарата в плазме крови в процессе лечения. Для коррекции нарушений поведения используют также дифенин, хлоракон, бензонал, конвулекс (депакин).

При возникновении психосоматических расстройств у детей с минимальной мозговой дисфункцией рекомендуют стимуляторы: ацефен, сиднокарб (в 1-й половине дня), сиднофен.

При болевом синдроме применяют средства, обладающие противоболевым действием (анальгин, парацетамол, ацетисалициловая кислота, индометацин, ибупрофен и др.). Предполагая связь алгических явлений с депрессивными, астено- или тревожно-депрессивными расстройствами, назначают антидепрессанты совместно с ноотропами, транквилизаторами, иногда с нейролептиками [Антропов А. Ф., Шевченко Ю. С, 1999].

* * *

Психотерапия и медикаментозное лечение следует проводить на фоне диетотерапии, соответствующей соматической болезни (заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, сердечно-сосудистые или другие заболевания) с учетом психического состояния больных (тревога, депрессия, гиперактивность и др.).

Большое значение для больных с психосоматическими расстройствами имеет санаторное лечение, включающее климатические факторы, лечебное питание, лечебно-воспитательные мероприятия, физиотерапию и лечебную физкультуру.

Очень важно оздоровить семью, гармонизировать отношения между ее членами. Полезно вовлечь членов семьи в общественную деятельность, создать терапевтическую среду, которая позволяет ребенку разрешать свои конфликты. С одной стороны, необходимо помочь родителям в исполнении ими родительских обязанностей, а с другой — ребенку в понимании ситуации и своих переживаний.

В заключение приводим перечень случаев, в которых к больному необходимо пригласить специалиста по психосоматическим расстройствам:

- □ функциональные соматические расстройства различных органов и систем (головные боли или другие болевые состояния);
- □ органические соматические заболевания (язва желудка, диабет, гипертиреоз и др.), не поддающиеся традиционному медикаментозному лечению;
- □ органические соматические заболевания, осложнившиеся нервно-психической симптоматикой (астенией, депрессией, тревогой, ипохондрией, нарушениями сна, поведенческими отклонениями и т. д.);
- □ соматические заболевания у больных из неблагополучных семейных или других микросоциальных условий (интернат, детдом), затрудняющих приспособление к условиям пребывания в стационаре;
- □ хроническое соматическое заболевание (ревматизм);
- □ инвалидность, связанная с физическим дефектом, требующая госпитализации или существенно ограничивающая активность ребенка;
- □ соматическое заболевание с высоким риском близкого летального исхода (болезни крови).

В этих и аналогичных случаях нужен не только совет специалиста, но и дальнейшее совместное ведение больных педиатром и психоневрологом с назначением одного из видов психотерапии и различных медикаментозных средств.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между специалистами по телесным и психическим расстройствам, была выработана однолинейная жесткая модель болезни. Сейчас сформулировано другое представление: любое заболевание возникает при взаимодействии физических и психосоциальных факторов. Создана многофакторная открытая модель болезни, а проблема психосоматических расстройств заменена психосоматическим подходом, который включает анализ психосоциальных вредностей, участвующих в развитии любого заболевания ребенка. Психосоматический подход охватывает проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, психосоматических ситуаций, симуляцию и искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхгаузена и Полле. Часть этих вопросов подробно разработана, другая требует дальнейших исследований.

Патогенез психосоматических расстройств складывается из неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами; наследственной предрасположенности к психосоматическим расстройствам; нейро-динамических сдвигов; личностных особенностей; психического и физического состояния во время психотравмирующих событий; фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенностей психотравмирующих событий. Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают человека уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

Нейродинамические сдвиги (первичные, вторичные) способствуют накоплению аффективного возбуждения и напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока, потоотделения и др. Эти сдвиги могут быть следствием усилившихся или болезненно изменившихся сигналов от внутренних органов и систем. С регуляцией эффективности, сексуальности и влечений наиболее тесно связана лимбическая система, поэтому нарушения ее деятельности оказываются наиболее важным фактором в происхождении психосоматических расстройств, девиаций сексуального поведения и влечений. При психосоматических заболеваниях происходит подавление саморегулирующихся механизмов соответствующей висцеральной системы, возникает относительная независимость от высшей нервной деятельности.

Личностные особенности, ответственные за определенное психосоматическое расстройство, являются предметом специальных поисков. У детей ответственны, в первую очередь, низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Трудно говорить о личностях, наиболее склонных к заболеванию той или иной болезнью. Однако у детей удается найти такие личностные особенности, которые наиболее часто в разных сочетаниях встречаются практически при всех психосоматических расстройствах. К ним относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, склонность к легкому возникновению

фрустраций, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижения высоких результатов. Глубина осознавания стрессовых событий и личностные особенности, от которых она зависит, определяют, станет ли событие стрессовым для конкретной личности.

Психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий также воздействует на чувствительность или резистентность к событиям, которые переживает индивид.

Фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов влияет на вероятность заболевания. У ребенка настолько тесная связь с родителями, что практически все важные изменения в их жизни ставят его на грань риска возникновения заболеваний. Ребенок является "симптомом своих родителей", а болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации. Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. Особенно чувствительны к нарушениям взаимоотношений младенцы. На расстройства гармоничного контакта с матерью из-за ее психологических отклонений дети могут реагировать даже остановкой развития. В то же время прочная социальная поддержка повышает сопротивляемость к заболеваниям. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, увеличивают риск развития психосоматических расстройств.

Особенности психотравмирующих событий (стрессоров), способные вызвать заболевание, разнообразны. Они возникают из-за чрезмерного напряжения при той или иной активности, переживания оценок или рассогласования деятельности, при воздействии физических и природных факторов. Восприимчивость к стрессорам у детей различна и зависит от их психологической значимости. При этом дети разных возрастов неодинаково относятся к таким изменениям в жизни, как отрыв от семьи, непринятие детским коллективом, конфликт с воспитателем и т. д.

Выраженным заболеваниям предшествуют предболезненные состояния, то есть реакции и состояния, не достигающие степени болезни и явлений дезадаптации. Случаи предболезненных состояний можно отнести к функциональной норме, отличая ее от идеальной, при которой невозможно даже обнаружить предрасположенность к какой-либо патологии. Задолго до возникновения явных психосоматических расстройств у детей можно обнаружить отдельные признаки стойкого эмоционального напряжения. Старшие дети субъективно воспринимают его как беспокойство, душевный дискомфорт. У младших можно обнаружить дистимические явления различной выраженности и стойкости, суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство.

Наряду с психическими признаками тревожности чаще, чем у детей с низким эмоциональным напряжением, наблюдают и такие проявления, которые условно можно разделить и обозначить Как: преневротические, вегетодистонические и соматические.

Преневротические проявления — нарушения сна, тики, патологические привычки, беспричинный плач, головокружения, головные боли, сердцебиения, одышку, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи при волнении, отрыжка воздухом. Соматические проявления включают жажду, булимию, рвоту после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пиши, субфебрилитет неясного происхождения, эпизодический кожный зуд, неоднократно повторяющиеся кожные высыпания. Совокупность таких проявлений, связанных с постоянным эмоциональным напряжением — ценный диагностический признак, позволяющий выявить предболезненное состояние у детей, подверженных высокому риску развития психосоматических расстройств.

При недостаточности анамнестических данных и клинического исследования больного для выявления степени риска возникновения психосоматического расстройства

используют психологические методики, выявляющие тревожную напряженность обследуемого: личностные опросники Айзенка, Кеттелла; шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера; тест выбора цвета Л юшера; метод незаконченных предложений; опросники детской тревожности Рейнольдса, Клинединста; рисунок семьи и др.

Выраженные психосоматические расстройства могут поражать практически любые органы и системы. Для понимания генеза, более эффективной диагностики, лечения и профилактики психосоматические расстройства систематизируют по возрастному признаку или предполагаемым патогенетическим механизмам. Связь психосоматических расстройств с определенным возрастом условна, так как многие из них встречаются и у дошкольников, и у подростков. Однако в раннем детском возрасте симптоматика лишена многообразия, стойкости, яркости и чаще всего является результатом не органических, а функциональных нарушений. В тоже время выделение психосоматических реакций, функциональных нарушений, психосоматических заболеваний с органической манифестацией, специфических психосоматозов позволяет расширить наши представления о разнообразии их клинических проявлений и повысить эффективность терапевтических вмешательств.

Осуществление профилактики и успешного терапевтического вмешательства при психосоматических расстройствах у детей требует создания необходимых условий. Организация помощи должна быть основана на представлениях о возникновении описанных расстройств, являющихся по существу болезнями адаптации. В связи с этим на первое место должен быть поставлен принцип раннего выявления детей высокого риска, на второе — организация помощи этим пациентам в рамках педиатрической службы. Кроме того, ведение психосоматических больных должно осуществляться педиатром совместно с психотерапевтом, психологом и психиатром. И, наконец, лечение необходимо направлять не только на соматические и нервно-психические системы, но и корригировать действие социально-психологических факторов, а также психосоматическую ситуацию, возникшую у ребенка в ответ на заболевание.

Необходимы изменения в существующей практике поступления детей в больницы и другие закрытые детские учреждения, оптимизация условий их пребывания в стационарах, особенно при длительном лечении, психологическая подготовка к смерти при инкурабельных заболеваниях, к выписке или переводу в другие детские учреждения. Целью этих мер должно быть создание специального психологического климата в больнице, санатории, интернате, выделение (по возможности) из персонала лиц, которые могли бы при надобности заменить членов семьи. Следует также проводить предварительную психологическую подготовку, а иногда — премедикацию детей перед поступлением в стационар, при переводе в другое учреждение, в случаях проведения оперативных вмешательств или других манипуляций.

Необходимо предоставлять родителям помощь по созданию благоприятного психологического климата в семье. С помощью бесед, консультаций и лекций воспитывать у родителей умение создавать доверительные, ободряющие и эмоционально теплые отношения с детьми, столь нужных для предупреждения психосоматических расстройств и нервно-психических заболеваний.

Необходимо среди всех детских врачей и среднего медперсонала распространять необходимые знания и умения, относящиеся к психосоматическим расстройствам, психосоматическим ситуациям у детей с хроническими, в том числе и с инкурабельными заболеваниями; создавать тесный контакт между педиатрами, психологами, психоневрологами, психотерапевтами, психиатрами.

Дальнейшему исследованию подлежит распространенность известных форм психосоматических расстройств среди различных контингентов детей (в неблагополучных семьях, интернатах), в определенных регионах (сельский, промышленный), в зависимости от экологических и других условий жизни.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ


1. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики / Под ред. Н. М. Жарикова. М 1990. 306 с.
2. *Абрамова Г. С, Юдиц Ю. А.* Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998. 272 с.
3. *Авдеева Е. Г.* Психоневрологические и психологические особенности детей с патологией органов пищеварения // Педиатрия. 1993. № 1. С. 99—102.
4. *Аверин В. А.* Психология детей и подростков. СПб.: СПбПМИ, 1994.
5. *Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психически больных. М.: Медицина, 1981.
6. *Александрова Н. В.* Об опыте работы детского психиатра в условиях детской поликлиники // Психиатрические аспекты педиатрии. 1985. С. 87.
7. *Александровский Ю. А.* Системный анализ состояний психической дизадаптации как основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств // Вестн. АМН СССР. 1985. № 1.С. 61.
8. Аллергические болезни у детей / Под ред. М. Я. Студеникина, М. С. Соколовой. М.: Медицина, 1986. 288 с.
9. *Ананьев В. А.* Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями. Канд. дисс. Л., 1988.
10. *Анохин П. К.* (1973). Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.
11. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия. М.: Изд. ин-та психотерапии, 1999. 298 с.
12. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю.С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.
13. *Балаболкин И. И.* Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина, 1985. 176 с.
14. *Баранов А. А., Гринина О. В.* Болезни органов пищеварения у детей. Горький, 1981. 150 с.
15. *Баркан А. И.* Динамика функциональных параметров при адаптации детей к школьному учреждению, школе и больнице: Дисс…. докт. мед. наук. М., 1988.
16. *Барыкина А. И.* О нервно-психических нарушениях при острой церебральной атаксии у детей: дисс. 1954.
17. *Батанова Н. А.* Особенности и лечение детей с вегетососудистой дистонией: дисс. 1994.
18. *Батанова Н. А., Исаев Д. И., Юрьев В. В.* Психопатологические особенности детей с вегетососудистой дистонией по гипотоническому и гипертоническому типу // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М., 1988. С. 38-39.
19. *Башина В. М.* Ранняя детская шизофрения. М.: Медицина, 1989.
20. *Беклемишев Н. Д., Ермакова Р. К., Мошкевич В. С.* Поллинозы. М., 1985. 240 с.
21. *Белкин А. И.* Психосоматические эффекты гормонов и ситуация // Клиническая психоэндокринология. М., 1985. С. 5-16.
22. *Белоконь Н. А., Кубергер М. Б.* Болезни сердца и сосудов у детей. М.: Медицина, 1987. 886 с.
23. *Белоконь Н. А. и др.* Вегетативно-сосудистая система у детей. М., 1987. 24 с.
24. *Белоконь Н. А.* Состояние церебральных структур и мозговой гемодинамики у здоровых детей и детей с вегетососудистой дистонией // Журн. невропатол. и психиатр. 1987. Вып. 10.
25. *Белоусов Ю. В., Скумин В. А.* Психотерапевтические аспекты реабилитации детей с хроническими заболеваниями пищеварительной системы // Педиатрия. 1986. № 8. С. 46-49.
26. *Беспалько И. Г.* Психосоматическая гипотеза психических расстройств и ее значение для реабилитации // Реабилитация больных психозами. Л., 1981. С. 42-50.

27. *Боднянская Н. Н.* Некоторые вопросы психиатрии детского возраста. Свердловск, 1973.168 с.
28. *Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А.* Функциональные асимметрии человека. 2 изд. М.: Медицина, 1988. 240 с.
29. *Брязгунов И. П.* Между здоровьем и болезнью. М. 1995. 224 с.
30. *Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б.* Использование изобразительного творчества в психотерапевтической группе психических больных // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982. С. 15.
31. *Бурмистрова Н. Н.* Актуальные вопросы воспитательно-педагогической работы с соматически больными детьми в условиях стационара// Педиатрия. № 10: 61. 1972.
32. *Буторина Н. Е. и др.* Особенности нервно-психических расстройств при ожоговой болезни у детей и подростков // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. М., 1990. С. 38-40.
33. *Быков К. М.* Кора головного мозга и внутренние органы. М., Л., 1947. С. 285.
34. *БурлачукЛ. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 1999.
35. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989.
36. *Буянов М. И.* Недержание мочи и кала. М.: Медицина, 1985.
37. *Вассерман Л. И. и др.* О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 8-16.
38. *Вейн А. М.* Психосоматические отношения //Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицина, 1991. С. 374-384.
39. *Вейн А.М., Соловьева А. Д., Колосова О. А.* Вегето-сосудистая дистония. М.: Медицина, 1981.
40. *Вейн А. М. и др.* Психосоциальные факторы и болезнь // Сов. мед. 1988. № 3. С. 46—51.
41. *Вельтищев Ю. Е., Белоконъ Н. А., Шварков С. Б. и др.* Роль психологических и средовых факторов в генезе психосоматических сердечно-сосудистых заболеваний у подростков // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М., 1988. С. 18—19.
42. *Вертоградова О. П.* Психосоматические расстройства и депрессия // 8-й Всесоюзный съезд психиатров. М., 1988. С. 226.
43. *Вертоградова О. П., Садычко В.* Психосоматические взаимоотношения при гастродуоденальных заболеваниях // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988.
44. *Воронков Б. В., Александрова Н. В., Вельская Л. А., Тульчина Л. И.* О роли психосоциальных влияний в возникновении заболеваний желуцочно-кишечного тракта у детей // 8-й всесоюзный съезд непропатологов и психиатров. М., 1988. Т. 2. С. 181-183.
45. *Волков В. Т. и др.* Личность пациента и болезнь. Томск, 1995. 328 с.
46. *Воронков Б. В.* Инициальные нервно-психические расстройства при гепатитах у детей и влияние микросоциально-психологических факторов на их возникновение // Журн. невропатол. и психиатр. 1984. Вып. 10. С. 1523—1526.
47. *Воронцов И. М., Маталыгина О. А.* Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей. Л.: Медицина, 1986. 272 с.
48. *Вострокнутов Н. В.* Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. М. 1995. С. 8—11.
49. *Вроно М. Ш.* Шизофрения у детей и подростков. М.: Медицина, 1971.
50. *Выготский Л. С.* Проблемы дефектологии. М., 1994.
51. *Гомерова Г. С, Быстрое В. Н.* Психовегетативно-соматические соотношения и их клиническое значение у больных хроническим гастритом // Тер. арх. 1987. № 2. С. 69-72.
52. *Гарбузов В. И.* К проблеме этиопатогенеза, клиники, психопрофилактики и лечения психосоматических состояний у детей и подростков // Психиатрические аспекты педиатрии. Л., 1985. С. 62-68.
53. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы удетей и их лечение. Л.: Медицина, 1977.
54. *Горемыкин В. И.* Бронхиальная астма, патология билиарного тракта у детей. Автор, дисс. докт. СПб., 1999. 44 с.
55. *Горохов В. И.* Клинический и социальный прогноз при психических заболеваниях, начавшихся в детском возрасте: дисс. 1982.
56. *Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др.* Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии. Л.: Медицина, 1976. 224 с.

57. *Губанев Ю. М., Стабровский Е. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981. 216 с.
58. *Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я.* Психопатология подросткового возраста. Томск.: Изд. Томского университета, 1994. 310 с.
59. *Гурьева В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: Крона пресс, 1996. 206 с.
60. *Давыдовский И. В.* Проблемы причинности в медицине. М., 1964.
61. Детская психоневрология / Под. ред. Л. А. Булаховой. Кшв.: Здоров'я, 2001.
62. Детская психиатрия / Ред. Хр. Христозов. София: Медицина и физкултура, 1983. 276 с.
63. *Деянов В. Я.* Психические нарушения при ревматизме у детей и подростков. 1962.
64. *Дмитриева И. В., Дмитриева Т. Н., Родионов И. А.* Нервно-психические изменения при предъязвенном состоянии и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка в детском и подростковом возрасте // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Калуга, 1988. С. 87—88.
65. *Доброович А. Б.* Проблема бессознательного в ее связи с вопросами психосоматических отношений и клинической патологии // Бессознательное. Тбилиси, 1985. Т. 4. С. 237-254.
66. *Добряков И. В., Лазарева И. П.* Здоровые роды — здоровый малыш. СПб.: Комплект, 1998.
67. *Дробинская А. О.* Школьные трудности нестандартных детей. М.: Школа-Пресс, 1999.
68. *Еренкова Н. В.* Этико-психологические основы госпитализации детей и профилактика госпитализма // Вопр. охр. мат. и дет. 1989. № 8. С. 51-57.
69. *Ефимов Ю. А.* Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей: дисс. 1994.
70. *Ефимов Ю. А.* О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 51—52.
71. *Ефремов К. Д.* ВКБ и некоторые механизмы психосоматической дестабилизации у детей с ангиодистонией // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990.
72. *Ефремов К. Д., Резник В. И.* О нервно-психических расстройствах у детей с вегето-сосудистой дистонией гипертонического типа с нарушением сердечного ритма // 5-й Всеросс. съезд невропатол. и психиат. М., 1985. Т. 3. С. 46-48.
73. *Ефремов К. Д., Пушканская С. М.* Клинико-психологическая характеристика детей с вегето-сосудистой дистонией гипертонического типа // Психиатрические аспекты педиатрии. Л., 1985. С. 22-26.
74. *Жбанкова Н. Ю.* Психовегетативный синдром у детей с бронхиальной астмой. М., 1989.
75. *Жукова И. К., Даллахян И. Г.* Общеневротические симптомы у подростков, больных нейродермитом // Неврозы у детей. М., 1986. 57 с.
76. *Захаржевский В. Б.* Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. Л.: Наука, 1990. 176 с.
77. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982. 216 с.
78. *Захаров А. И,* Неврозы у детей и подростков. Л.: Медицина,1988. 246 с.
79. *Зверькова Ф. А.* Основные принципы лечения аллергодерматозов у детей // Вопр. детск. дерматол. Л., 1985. С. 28-37.
80. *Зелинский С. М.* Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 55-59.
81. *Зелинский С. М.* Психические расстройства и ВКБ у детей, страдающих сахарным диабетом: дисс. 1995.
82. Здоровье, развитие, личность / Под ред. Г. Н. Сердкжовской. М.: Медицина, 1990.
83. *Зисельсон А. Д.* Поллиноз у детей. Л.: Медицина, 1989. 160 с.
84. *Зисельсон А. Д., Лапис Г. А., Поппе Г. К.* Особенности психосоматических взаимоотношений у детей, страдающих бронхиальной астмой // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л.: ЛПМИ, 1990. С. 39.
85. *Знаменская Е. И.* Особенности нейровегетативных реакций у детей с перинатальной патологией // Перинатальная патология. М.: Медицина, 1984. С. 254-259.
86. *Иванова Н. А.* Психоневрологические нарушения у детей, больных бронхиальной астмой: Обзор, лит // Вопр. охр. мат. и дет. 1989. № 5. С. 57-60.
87. *Игумнов С. А.* Клиническая психотерапия детей и подростков. Минск: Беларуская навука, 1999.

88. *Изюмов А. М.* Сравнительно-возрастная характеристика и динамика пограничных расстройств у больных нейродермитом // Актуальные вопросы патоморфоза психических заболеваний. Свердловск, 1986. С. 66-73.
89. *Иовчук Н. М.* Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: Автореф.дисс.... докт. мед. наук. М., 1989. 48 с.
90. *Иовчук Н.* М, *Козюля В. Г., Северный А. А.* Депрессии пубертатного возраста // Журн. невропатол. и психиатр. М. № 10. С. 1509-1514.
91. *Иовчук Н. М., Северный А. А.* Депрессия у детей и подростков. М.: Школа-пресс. 1999.
92. *Исаев Д. Д.* Патологические девиации сексуального поведения у подростков мужского пола: Автореф.дисс... канд. мед. наук.Л., 1989.
93. *Исаев Д. Н.* Психопрофилактика в практике педиатра. Л.: Медицина, 1984. 192 с.
94. *Исаев Д. Н.* Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакция детей на процесс умирания // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева, 1992. Вып. 2.
95. *Исаев Д. Н.* Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. СПб., 1994.82 с.
96. *Исаев Д. Н.* Медико-психологические аспекты психосоматических заболеваний и внутренняя картина болезни в детском возрасте // Психиатрические аспекты педиатрии. Л., 1985. С. 7-92.
97. *Исаев Д. Н.* Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков // 8-й Всес. съезд невропатол. и психиат. М., 1988. С. 197-198.
98. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Спец. лит-ра, 1996.
99. *Исаев Д. И.* Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000.
100. *Исаев Д.* Я. Детская медицинская психология. СПб.: Речь, 2004.
101. *Исаев Д. И., Ефремов К. Д.* Роль психогенных факторов микросоциальной среды в формировании вегето-сосудистой дистонии гипертонического типа у детей // Структурно-функциональные основы нервных и психических заболеваний. М., 1983. С. 90—93.
102. *Исаев Д. Н,, Александрова N. В.* Возрастные особенности инфекционных психозов у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр. 1983. Вып. 2. С. 267—271.
103. *Исаев Д. И. и др.* Участие неблагоприятных психосоциальных факторов в генезе хронических заболеваний органов пищеварения // 6-й Всероссийский съезд психиатров, 1990.
104. *Исаев Д. К, Микиртумов Б. Е., Богданова Е. И.* Сексуальные проявления у детей — симптомы нервно-психических расстройств // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста, 1976.С. 83.
105. *Исаев Д. Н.* Психология больного ребенка. СПб., 1993. 76 с.
106. *Исаев Д. Н., Шац И. К.* Внутренняя картина болезни у детей с острым лейкозом // Педиатрия. 1985. № 7. С. 42-44.
107. *Исаев Д. И., Калашников Б. С.* Психические нарушения у детей, больных нейродермитом и псориазом//Журн. невропатол. и психиатр. 1987. Вып. 11. С. 1700-1704.
108. *Исаев Д. И.* Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков // 8-й Всесоюзн. съезд невропатол. и психиатр. М., 1988. С. 197-198.
109. *Исаев Д. И., Ефимов Ю. А.* Методы выявления детей, подверженных риску психосоматических расстройств//Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики. Л., 1988.
110. *Исаев Д. Н. и др.* О факторах риска при психосоматических заболеваниях ЖКТ у детей // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988. Т. 2.
111. *Исаев Д. Н.* Организация помощи детям с психосоматическими расстройствами // Всесоюзн. научно-практическая конференция по детской неврологии и психиатрии, Вильнюс, 1989. С. 138-139.
112. *Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей // Психосоматические и соматические расстройства у детей. Л., 1990. С. 15—21.
113. *Исаев Д. Н.* Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей // Обозр. психиатр, и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. 1991. № 1. С. 59-67.
114. *Исаев Д. Н., Зелинский С. М.* Внутренняя картина болезни у детей с сахарным диабетом // Педиатрия. 1991. № 2. С. 33-37.

115. *Исаев Д. Н., Попов В. Н.* Влияние госпитализации на психическое состояние детей, воспитывающихся в психоневрологическом доме ребенка // Вопр. охр. мат. и дет. 1991. № 1.
116. *Исмагилов М. Ф. и др.* Этиология и патогенез вегетативных нарушений пубертатного периода по данным популяционных исследований. М., 1985. ВНИИМИ рук. № 9656-85.
117. *Кабанов М. М.* Роль психических факторов в современной клинической медицине // Сов. мед. 1982. № 12. С. 91-98.
118. *Каган В. Е.* Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 74—75.
119. *Калашников Б. С.* Роль биологических и психологических факторов в патогенезе психических нарушений у детей, больных нейродермитом и псориазом // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 79-80.
120. *Калашников Б. С.* Клиника и течение пограничных психических нарушений у детей, страдающих нейродермитом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1986. 216 с.
121. *Калитиевская Е. Р.* Психологические факторы в развитии гипертонической и язвенной болезни в подростковом и юношеском возрасте // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Л., 1985. С. 137—141.
122. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 304 с.
123. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. 2 изд. М.: Медицина, 1990. 572 с.
124. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. 272 с.
125. *Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф.* Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.
126. *Кашникова А. А. и др.* Система «мать — дитя» как коррекционный фактор в условиях стационара для детей дошкольного возраста. 12-й съезд психиатров России. М., 1995.
127. *КвасенкоА. В., Зубарев Ю. Г.* Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 182 с.
128. *Кербиков О. В.* К учению о динамике психопатий // Проблемы судебной психиатрии. М., 1961.
129. *Киреева И. П.* Вегето-сосудистая дистония как компонент психовегетативного синдрома при малопрогредиентной шизофрении и циклотимии у больных юношеского возраста // Журн. невропатол. и психиатр. 1989. Вып. 8. С. 75-80.
130. *Киреева И. П., Осокина Г. Г.* Клинико-психопатологическая картина при вегето-сосудистой дистонии у подростков // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. Калуга, 1988. С. 114—115.
131. *Кириченко Е. И.* Типология реактивных депрессий у детей младшего возраста // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. Вып. 8. С. 64-66.
132. *Китаев-СмыкЛ. А.* Психология стресса. Л.: Наука, 1983. 368 с.
133. *Ковалев В. В.* Сомато-психические расстройства в детском возрасте // Нервно-психические расстройства в школьном возрасте. София, 1976. С. 20—35.
134. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 600 с.
135. *Ковалев В. В.* Соматический и психосоматический аспекты депрессий у больных общесоматической практики // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С. 5-11.
136. *Ковалева И. В.* Неврозоподобные нарушения у детей, страдающих коллагенозами // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 91-92.
137. *Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф.* Роль факторов среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста // Психогигиена детей и подростков / Под ред. Г. Н. Сердюковской. М., 1985. С. 66-91.
138. *Козловская Г. В., Горюнова А. В.* Методические подходы к изучению психических нарушений в раннем возрасте // XII Съезд психиатров России. 1995. С. 389.
139. *Кокс Т.* Стресс. М.: Медицина, 1981.
140. *Кон И. С.* Психология старшеклассника. М., 1980.
141. *Конончук Н. В., Мягер В. К.* Профилактика эмоционального стресса // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. Л., 1977. С. 140-146.
142. *Коркина М. В., Цивилько М. А., Мартов В. В.* Нервная анорексия. М., 1986.176 с.
143. *Коркина М. В., Мартов В. В.* Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта//Журн. невропатол. ипсихиатр. 1987. Вып. 11.

144. *Корсаков С. С.* Курс психиатрии. М., 1901.
145. *Кощавцев А. Г.* Психосоматические нарушения пищевого поведения у детей 1-го года жизни. Дисс. канд. СПб., 1996.
146. Кортикальная регуляция висцеральных функций / Под ред. Н. Ф. Суворова. Л.: Наука, 1980.272 с.
147. *Краснушкин Е. К.* О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях // Избр. тр. М., 1960. С. 189-196.
148. *Креславский Е. С.* Клинико-психологические особенности больных алиментарно-конституциональной формой ожирения // Психиатрические аспекты педиатрии. Л., 1985. С. 43—47.
149. *КрукИ.В.*Церебрастеническиесостоянияудетейдошкольноговозраста.Киев:Здоровье, 1990.
150. *Крыжановский и др.* Нейроиммунопатология. М., 1997. 283 с.
151. *Крылов В. И.* Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб.: Шанс, 1995. 95 с.
152. *Курцин И. Т.* Теоретические основы психосоматической медицины. Л.: Наука, 1973. 336 с.
153. *Кутин В. А.* Неврологические и электрофизиологические нарушения у детей с бронхиальной астмой // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. Вып. 3. С. 48—50.
154. *Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К.* Медицинская психология. М., 1984.
155. *Лакосина Н.Д., Беззубова Е. И.* Общие закономерности развития невротических и психосоматических расстройств // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988.
156. *Лангмейер И., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984.
157. *Левис Ш., Левые Ш.* Ребенок и стресс. СПб.: Питер, 1997.
158. *Листопад Т. Н.* Медико-психологические аспекты контакта «Мать — Ребенок» в неонатологическом стационаре: дисс. 1992.
159. *Листопад Т. Н., Левин А. Н.* Зависимость физического развития новорожденных от психического состояния матерей // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 82-86.
160. *Личко А. Е., Иванов Н. Я., Калитиевская Е. Р.* Влияние хронических психосоматических расстройств на формирование акцентуаций характера у подростков // 5-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр. М., 1985. Т. 3. С. 98—100.
161. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. М.: Медицина. 2 изд. 1985. 416 с.
162. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 304 с.
163. *Лобзин В. С, Решетников М. М.* Аутогенная тренировка. Л.: Медицина, 1986.
164. *Лукьянова Е. М., Белоусов Ю. В., Филатов А. Т. и др.* Использование психотерапии в комплексном лечении хронических заболеваний пищеварительной системы у детей. Киев, 1986. 18 с.
165. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Изд. 2-е. М., 1977.
166. *Мазурин А. В., Запруднов А. М., Цветкова Л. Н.* Итоги и перспективы развития детской гастроэнтерологии // Педиатрия. 1989. № 4. С. 66-69.
167. *Мамайчук И. И.* Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001
168. *Мамцева В. Н.* Один из вариантов маскированной депрессии с гипертермией при шизофрении у детей // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. № 10. С. 57-62.
169. *Манова-Томова В. С, Пирьов Т. Д., Пунушлиева Р. Д.* Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. София: Медицина и физкультура, 1981. 190 с.
170. *Мастюкова Е. М.* Лечебная педагогика. М.: Владос, 1997. 304 с.
171. *Матвеев В. Ф.* Психические нарушения при дефектах слуха и зрения. М., 1987.
172. *Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г.* Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. М.: Медицина, 1988. 252 с.
173. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина, 1997.
174. Механизмы развития стресса / Под ред. Ф. И. Фурдуя. Кишинев: Штиинца, 1987. 221 с.
175. *Микиртумов Б. Е.* Преморбидные особенности личности и отношение к болезни у больных с функциональными расстройствами менструального цикла в пубертатном возрасте // Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987. С. 30-38.
176. *Микиртумов Б. Е.* Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: Автореф. дисс. Л., 1988.

177. *Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001.
178. *Мнухин С. С.* О некоторых общих особенностях картин и течения токсико-инфекционных психозов у детей и подростков // 1-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров 1963. Т. 1.С. 289.
179. *Мнухин С. С.* Эндокринологические расстройства при детских резидуальных энцефалопатиях // Психосоматические соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 6—15 с.
180. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
181. Неврозы / Под ред. В. Б. Захаржевского и Н. Ф. Суворова. Л.: Наука, 1989. 224 с.
182. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. С. 168.
183. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000.
184. *Новик А. В.* Предъязвенное состояние у детей: Автореф. дисс…. докт. мед. наук. Л., 1985.
185. *Обухова Л. Ф.* Детская психология. М., 1995.
186. *Одинец Ю. В.* Этиология и патогенез // Первичная артериальная гипертензия у детей и подростков. Киев: Здоровья, 1980. С. 3-27.
187. *Озерецкий Н. И.* Психопатология детского возраста. Л.: Учпедгиз, 1938.
188. *Осокина Т. Г. и др.* Аффективные состояния при вегето-сосудистой дистонии у подростков // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М., 1988.
189. *Осипенко Т. Н.* Психоневрологическое развитие дошкольников. М.: Медицина, 1996.
190. *Осорина М. В.* Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПб.: Питер, 1998.
191. *Павес А., Муракас А., Юхансоо Т.* Кардиалгии в детском возрасте / Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988. С. 334—336.
192. *Панин Л. Е., Соколов В. П.* Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. Новосибирск, 1981. 172 с.
193. *Папаян А. В. и др.* Психотерапия и ее эффективность при бронхиальной астме у детей // Вопр. охр. мат. и дет. 1983. № 5. С. 16-20.
194. *Паренс Г.* Агрессия наших детей. М.: Форум, 1997.
195. *Писевич М. В.* Клинико-физиологические особенности синдрома вегетативной дисфункции у детей с неврозоподобными нарушениями. Дисс. канд. СПб, 1998.
196. *Поляков В. К.* Клинико-психофизиологические особенности детей с тиреоидной патологией. Дисс. канд. Саратов, 1996.
197. *Петленко В. П., Спивак Л. И.* Философия и психосоматическая проблема медицины // Воен.-мед. журн. 1984. № 9. С. 11-16.
198. *Плетнев Д. Д.* Избранное. М.: Медицина, 1989. 432 с.
199. *Попов В. Н.* Изменение психосоматического состояния детей, воспитывающихся в психоневрологическом доме ребенка, при госпитализации // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. 119 с.
200. *Попов Х.* Дифференциальный диагноз синдрома тревоги // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. Т. 86. № 11. С. 1671-1676.
201. *Поппе Г. К., Зильберман И. А.* Роль психотерапии в системе реабилитации детей с бронхиальной астмой // Реабилитация больных с нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 119-121.
202. *Поппе Г. К., Пукшанская С. М.* Нервно-психические нарушения у детей с бронхиальной астмой // 8-й Всес. съезд невропатол. и психиатр. М., 1988. Т. 2. С. 243-245.
203. *Поппе Г. К., Броуде Л. Б.* Внутренняя картина болезни у детей с бронхиальной астмой // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 49-55.
204. *Прангишвили А. С. и др.* Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических и клинических синдромов // Бессознательное. 1987. Т. 2.
205. Психологическая диагностика отношения к болезни / Под ред. Л. И. Вассермана и В. П. Зайцева. Л., 1990. 172 с.
206. Психосоматические и соматические расстройства у детей / Под ред. Д. Н. Исаева и Б. Е. Микиртумова. Л., 1990. 140 с.
207. Психика и пол детей и подростков в норме и патологии / Под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1986.
208. Психиатрические аспекты педиатрии / Под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1985. 110 с.

209. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998.
210. Психотерапия: учебник для студентов медицинских вузов/Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000. 544 с.
211. Психогигиена детей и подростков / Ред. Сердюковская Г. Н., Гёльниц Г. М.: Медицина, 1985.
212. Психология подростка / Ред. Фролов Ю. И. М.: РПА, 1997.
213. Психическое здоровье детей и подростков / Ред. Дубровина И. В. Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
214. *Разумов С. А.* Эмоциональные реакции и эмоциональный стресс //Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1976. С. 5-32.
215. *РаттерЫ.* Помощь трудным детям. М.: Прогресс. 1987.
216. Ребенок и подросток в обществе / Отчет о конференции ВОЗ. Копенгаген, 1980. 84 с.
217. *Резникова Т. Н.* Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ. Дисс. докт. СПб., 1998.40 с.
218. *Ремшмидт Х.* Подростковый и юношеский возраст. М. 1994.
219. *Рыболовлева Л. С.* Особенности психического состояния больных хроническими, часто рецидивирующими дерматозами, и его динамика под влиянием дозированного голодания. Дис... канд. мед. наук. М., 1973.
220. *Северный А. А.* Принципы демаскирования аффективных синдромов // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985. С. 169-172.
221. *Северный А. А., Иовчук Н. М.* О проблеме «маскированной мании» // Актуальные вопросы психиатрии. Таллинн, 1984. Т. 2. С. 137-139.
222. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.
223. *Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2001.
224. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 182 с.
225. *Семке В. Я.* О роли соматогений в клинической динамике истерических состояний // Ж. Неврол. Психиатр. № 7:1075. 1971.
226. *Сергеев К. М., Успенская Е. П.* Бронхиальная астма у детей. Л.: Медицина, 1984. 264 с.
227. *Сидельников В. Я.* К вопросу о нарушении самосознания у детей и подростков при патохарактерологическом развитии, психопатиях и психопатоподобной шизофрении // Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях. Куйбышев, 1982. С. 33—42.
228. *Симеон Т. П.* Шизофрения раннего детского возраста. М.: АМН, 1948.
229. *Симеон Т. П., Модель М. М.* Нервно-психические нарушения при кори. М., 1952.
230. *Скобло Г. В., Циркин С. Ю.* Послеродовые материнские депрессии // XII Съезд психиатров России. 1995. С. 407.
231. *Скумин В. А.* Пограничные психические расстройства у детей и подростков с хроническими болезнями пищеварительной системы: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1988. 48 с.
232. *Смирнов В. М., Резникова Т. И., Губачев Ю. М. и др.* Мозговые механизмы психофизиологических состояний. Л.: Наука, 1989. 150 с.
233. *Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я., Аведисова А.* С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний // Журн. невропатол. и психиатр. 1984. Вып. 8. С. 1233-1245.
234. *Соколова Е. Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989. С. 214.
235. *Солнцев А. А.* Основные типы эмоционального реагирования детей при адаптации к условиям дошкольного учреждения и школы // Педиатрия. 1983. № 7. С. 9-14.
236. *Солнцев А. А., Жданова Л. А.* Формирование приспособительных реакций у детей для адаптации к дошкольному учреждению и школе // Педиатрия. 1988. № 7. С. 105—106.
237. *Соложенкин В. В.* Механизмы психической адаптации при ИБС, гипертонической болезни и неврозах: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. Л., 1989.
238. *Сорокина Т. Т., Евсегнеев Р. А.* О психосоматическом балансировании // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. № 11. С. 1730-1732.
239. *Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М. и др.* Депрессии в детском и подростковом возрасте // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Калуга, 1988. С. 125-127.

240. *Спиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов. М.: МГУ. 1988.
241. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Ред. С. Ю. Циркин. СПб.: Питер. 1999. 746 с.
242. *Субботский Е. В.* Некоторые особенности представлений ребенка о психике человека // Вопр. психол. 1986. № 5. С. 45-53.
243. *Суворов Н. Ф.* Физиология и патология кортико-висцеральных взаимоотношений как научная основа психосоматической медицины // Физиол. журн. СССР им. Сеченова. 1986. №8. с. 1016-1026.
244. *Суворова В. В.* Психофизиология стресса. М.: Педагогика, 1975. С. 206.
245. *Судаков К. В.* Системные механизмы эмоционального стресса // Механизмы развития стресса. Кишинев, 1987. С. 52-79.
246. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974.
247. *Сухотина Н. К., Ермолина Л. А., Сосюкало О. Д. и др.* Сравнительный анализ показателей нервно-психического здоровья детей, облученных на различных стадиях онтогенеза в результате аварии на ЧАЭС // 12-й съезд психиатров России. М. 1995. С. 177-178.
248. *Тиганов А. С.* Симптоматические психозы // Руководство по психиатрии. М. 1983. Т. 2.
249. *Тамбовцева В. И. и др.* Прогноз уровня адаптации детей раннего возраста к новым микросоциальным условиям // Педиатрия. 1987. № 8. С. 64.
250. *Ташлыков В. А.* Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза-. Автореф. дисс…. докт. мед. наук. Л., 1986.
251. *Тигранян Р. А.* Стресс и его значение для организма. М.: Наука, 1988. 178 с.
252. *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.384 с.
253. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М., 1973.
254. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд. М.: Медицина, 1987.
255. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Педагогика, 1993.
256. *Христозов Х.* Страховете у децета. Клинично-изледоване. София: Медицина и физкултура, 1980. 138 с.
257. *Хрунина Г. И., Антропов Ю. Ф.* Особенности диагностической структуры психосоматического контингента детей и подростков г. Москвы // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. М., 1990. С. 275-277.
258. *ЧистовичЛ. А., Кожевникова Е.* Разум, чувства и способности младенца. СПб., 1996.
259. *Шабалов Н. П.* Детские болезни. СПб.: Питер, 1999. 1080 с.
260. *Шац И. К.* Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: Автореф. дисс…. канд. мед. наук. Л., 1989. 22 с.
261. *Шипицына Л. М.* Социально-эмоциональные нарушения: школьная дезадаптация, средства диагностики и помощи // Социальное и душевное здоровье ребенка исемьи.М., 1998.
262. *Шипицына Л. М., Иванов Е. С.* Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. Колег Элидир. Великобритания. 1992.
263. *Шипицына Л.М. с сотр.* Азбука общения. СПб.: МУСиР, 1996.
264. *Шевченко Ю. С.* Музыкотерапия в комплексном лечении нервно-психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Вып. 2. С. 97-100.
265. *Черниговский В. Н.* Нейрофизиологический анализ кортико-висцеральной рефлекторной дуги. Л.: Наука, 1982. ПО с.
266. *ЭберлейнГ.* Страхи здоровых детей. М.: Знание, 1981.
267. *ЭверлиДж. С, Розенфельд Р.* Стресс, природа и лечение. М.: Медицина, 1985.
268. *Эйдемимер Э. Г., Юстицкис В. В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999.
269. *Эглитис И.; Анцане Г.* Опыт выявления и лечения больных с психическими нарушениями в специализированном соматическом (гастроэнтерологическом) отделении и в популяции в одном из районов Латвии // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988. С. 60-62.
270. *Abramowicz C, Simoneau F., Burszetejn C, Lasfarques G.* Les douleurs abdominales de I'enfant. Essai d'interpretation psychologique // Ann. Pediatr. 1986. Vol. 33. 1. P. 45-50.
271. *Abraham S. F.* The challenges of adolescence // Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology. Amsterdam: Elsevier, 1983. P. 69-104.

272. *Ainsworth M. D., BowlbyJ.* Research strategy in the study of mother-child separation // Courrier, Cent. int. Enf. 4. N 3. 105. 1954.
273. *Alexander F.* Psychosomatic medicine: Its principles and applications. N. Y.: Konald, 1951.
274. *Alessi N. E., Magen J.* Panic disorder in psychiatrically hospitalized Children // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145, 11. P. 1450-1452.
275. *Anthony S.* The discovery of death in childhood and after // Basic Books. New York, 1972.
276. *Apley J.* Psychosomatic disorders in childhood: Who? When? and How? // Pediatrician. 1979. Vol. 8. Suppl. LP. 104-113.
277. *Arthur B., Kemme M. L.* Bereavement in childhood // J. of Child Psychology and Psychiatry. V. 5. N 1. P. 37. 1964.
278. *AverillJ. R.* Grief, its nature and significance // Psychol. Bull. 70: 721. 1971. 1968.
279. *Barnes M. J.* Reactions to the death of mother // Psycho-anal. Stud. Child. 19: 334. 1964.
280. *Barowsky E. I.* Young children's perceptions and reactions to hospitalization // Psychosocial Aspects of Pediatric Care. N. Y, 1978. P 37-49.
281. *Barsky A. J., Klerman G. L.* Overview: hypochondrialis, bodily complaints, and somatic styles // Arch. Gen. Psychiat. 1986. Vol. 43. P. 493-500.
282. *Basquin M.* L'enfant, symptome de ses parents// Sem. Hop. Paris. 1982. Vol. 58, 42.
283. *Bayley N.* Bayley Scales of Infant Development. San Antonio, 1969.
284. *Barker Ph.* The Residential Psychiatric Treatment of Children. London, 1974.
285. *Beck A. T. et al.* Childhood Bereavement and Adult Depression // Arch, of General Psychiatry. V. 9. N 3. P. 295. 1963.
286. *Blomberg S.* Influence of maternal distress during pregnancy on postnatal development // Acta psychiat. scand. 1980. Vol. 62, N 5. P. 405-417.
287. *Bios P.* Children think about illness. Their concepts and Beliefs // Psychosocial Aspects of Pediatric Care. N. Y, 1978. P. 1-18.
288. *Bios P.* The second individuation process of adolescence // Psycho-anal. Stud. Child. 22: 162.
289. *Bonis M. de.* Neuropsychologie de 1'anziete // Psychiatrie et psychologie. 1988. Vol. 3, № spec.
290. *Bowlby J.* Attachment. London, 1969.
291. *Bozeman M. F. et al.* Psychological impact of cancer and its treatment//Cancer. 8: 1. 1955.
292. *Brazelton T. B.* Doctor and Child. New York, 1976.
293. *(Brautigam W. u A.) Бройтигам В. и др.* Психосоматическая медицина. М.: Геотар, 1999. 376 с. Psychosomatische Medizin. 5 Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 1992.
294. *Bruch H.* Psychiatric aspects of obesity in children // Amer. J. Psychiat. 99: 752. 1939. 1943.
295. *Bruch H.* Eating disorder. New York, 1965 (1973).
296. *Burgess A. W.* Psychiatric Nursing. Englewood Cliffs. Prentice-Hall. 1978.
297. *Burlingham D., Freud A.* Infants without families. London, 1944.
298. *Caplan H. I., Sadock B. G.* Clinical Psychiatry. Baltimore. Williams & Wilkins, 1996.
299. *CattellR. B.* The scientific analysis of personality. Chicago, 1970 (1966).
300. *ChildersP.,* WmmerM The concept ofdeath in early childhood //Child Develop. 42: 1299.1971.
301. *Chess S., Hassibi M.* Principles and Practice of Child Psychiatry. New York: Plenum Press, 1978.
302. Child development in normality and psychopathology / Ed. I. R. Bemporad. N. Y: Brunner: Mazel, 1980.549 p.
303. *Clarke D. D., Hoyle R.* A Theoretical Solution of the Problem of Personality-Situation Interaction // Pers. and Indiv. Differ. V 9: 1. 1988.
304. *Crase D. R.* Death and the young child // Clin. Pediatrics. 14: 747. 1975.
305. *Crisp A. H.* Anorexia nervosa. London, 1982. (1980).
306. *Delius L.* Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen // Handbuch der Sozialmedezin. Stuttgart. S. 133. 1975.
307. *Deutsch H.* Absense of grief// Psychoanal. 6: 12. 1937.
308. *Deutsch H.* Selected problems of adolescence // Monogr. Sen Psychoanal. Study Child. N 3. Int. Univ. Press, 1967.
309. *Douglas J. W.* Early Hospital Admissions and Later Disturbances of Behavior and Learning // Develop. Med. & Child Neurol. 17:456. 1975.
310. *Dunbar H. F.* Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis: Mosby. 1948. 243 p.
311. *Easson W. M.* The Dying Child. C Thomas. Springfield. 1970.

312. *EiserD.* Changes in understanding of illness as the child grows // Arch. Dis. Childh. 1985. Vol. 60.
313. *Eerdewegh M. et al.* The bereaved child: variables influencing early psychopathology // British J. of Psychiatry. V. 147. P. 188. 1985.
314. *Engel G. L., SchmaleA.* Psychoanalitic Theory of somatic disorder// J. Amer. Psychoanal. Ass. 15 344. 1967.
315. *Feighner J. et al.* Diagnostic criteria for use in psychiatric research // Arch, of General Psychiatry 26, 57. 1972.
316. *FichterM. M., Pirke K. M.* Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit // Nervenarzt. 1982. Bd. 53, № 11. S. 635-643.
317. *FineL. L., Shad id L. G.* Anorexia Nervosa: Implications for the practioner. N.Y.: Elsevier, Pediatrics Update. 1986. P. 295-311.
318. *FischoffJ., O'Brien N.* After the child dies // J. Pediatr. 88:140. 1976.
319. *(Forman M. A. etal.). Форман М. А. и др.* Психосоциальные аспекты педиатрии // Руководство по педиатрии: Пер. с англ. / Под ред. R. E. Behrman. M.: Медицина, 1987.
320. *Freyberger H.* Symptom, Konflikt und Personlichkeit in der Behandlung psychosomatischer Patienten//Prax. Psychother. 3.121. 1976.
321. *Freyberger H.* Psychosomatik// Psychiatric Stuttgart. 1999.
322. *Friedman S. B. et al.* Behavioral observation on parents anticipating the death of child // Pediatrics. 32:610. 1963.
323. *Friedman M., Rosenman R. H.* Type «A» behavior. New York, 1974.
324. *Furman E. A.* A child's parent dies // New Haven. Yale Univ. Press, 1974.
325. *Furman R.* Death and the Young Child // Psycho-anal. Stud. Child. 19: 321. 1964.
326. *GatfinkelP. E. a. GarnerD. M.* Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. N. Y: A Brunner/ Masel Book. 1982. 320 p.
327. *Garralda M. E., Bailey D.* Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care // Europ. Arch. Psychiatry, Neurol. Sci. 1987. \bl. 236, № 5. P. 319-322.
328. *Gartley W., Bernasconi M.* The Concept ofDeath in children / / J. Genet. Psychol. 110:71. 1967.
329. *Gauthier Y.* The mourning reaction of a ten-and-a-half-old-boy // Psycho-anal. Stud. Child. V. 20.
330. *(Gellhom E., Looflourrow G. N.). Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. М.: Мир, 1966. 672 с. *Gilder R., Bushman P.* Approaches to the dying child // Child Development. Ed. J. M. Bemporad. New York. P. 509. 1980.
331. *Grollman E. A.* Explaining death to children. Boston. Beacon Press. 1967.
332. Psychological aspects of pediatric care / Ed. E. Gellert. N. Y: Grune a. Stratton, 1978. 256 p.
333. *Hagglund T-B.* Dying. Monographs Psychiatric Clinic of Helsinki. N 6. 1976.
334. *Hall D.* Social and psychological care before and during hospitalisation // Soc. Sci. Med. 1987. Vol. 25, № 6. P. 721-732.
335. *Hammen C, Mayo I A.* Depression and cognitive characteristics of stressful life-event types // J. Abnormal Psychol. 1982. Vol. 91, №3. P. 165-174.
336. Handbook of child psychopathology / Ed. Th. H. Ollendick, M. Hersen. N. Y: Plenum Press. 1983.526 p.
337. *(Hardi I.) Xapdu И.* Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / Пер с венгер. Budapest. Akad. Kiado, 1981.
338. *Heagarty M.* Terminal and life-threatening illness in children // Psychosocial aspects of pediatric care. New York. Grune & Stretton. P. 65. 1978.
339. *HenkerF. O.* Psychosomatic illness// Psychosomatics. 1984. Vol. 25 № 1. P. 19-24.
340. *HerzogD.,HerrinJ. T.* Near-death experiences in the very young //Critical Care Medicine. V. 13. N 12. 1985.
341. *HintonJ.* Dying. Penguin. Baltimore. 1967.
342. *Holmes T. H., Rahe R. H.* The Social Readjustment Rating Scale / / J. of Psychosomatic Research 11:213.1967.
343. *Hostler S. L.* The development of the child's concept of death // The Child and Death. Saint Louis: The C V. Mosby C 1978. P. 1-25.
344. *Inhelder B., Piaget J.* The early growth of logic in the child. New York. Harper & Row, 1964.
345. *Isaev D. N. (Исаев Д. Н.)* Identification of children with high risk of psychosomatic disorders // 8th Congress of the European Society of Child and Adolescent Psychiatry. Varna, 1987. P. 65.

346. *Isaev D. N. {Исаев Д. Н.)* The role of psychosocial factors in the development of psychosomatic disturbances // 9th Symp. of child and adolescent psychiat. in social, countries. Krakow, 1988. P. 84.
347. *Insel P. M. et al.* Psychosocial factors and blood pressure in children // J. Psychosom. Res. 1981. Vol. 25, № 6.
348. *Jaklewicz H.* Emotional and psychosomatic disorders in children in relation to family functioning // Dyn. Psychiatr. 1988. Vol. 21. № 3-4. P. 301-303.
349. *Jochmus I., Schmitt G M.* Psychosomatik in der Padiatrie // Uexkull T. von. Psychosomatische Medizin. Мьпспеп. 1986. S. 976-1011.
350. *Kaplan H.* History of psychophysiological medicine // Comprehensive textbook of psychiatry. London: Williams and Wilkins. 1975. P. 1624-1631.
351. *KashaniJ. H., Kionih T., ShefferdJ. A. eta!.* Psychopathologyand self-concept in asthmatic children// J. Pediatr. Psychol. 1988. \fol. 13. № 4. P. 509-520.
352. *Katon W.* Panic disorders: Epidemiology, diagnosis and treatment in primary care /A Clin. Psychiat. 1986. Vol. 47. Suppi. P. 21-30.
353. *Knolker U.* Psychosomatik der Bauchschmerzen // Munch, med. Wschr. 1987. Bd. 129, № 31.
354. *(Konecny R., BouchalM.) КонечныйР., Боухал М.* Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983.
355. *Koocher G P.* Talking with Children about Death. Am. J. Orthopsychiatry. 44:404. 1974.
356. *Kubler-Ross E.* On Death and Dying. New York: Macmillan, 1969.
357. *Labhardt F.* Der seelische Zugang zum korperlich Kranken // Schweiz. Arzteztg. 2: 42. 1965.
358. *LavigueJ. V., Burnes W.J.* Pediatric psychology. N.Y., 1981.
359. *Laufer M.* Object loss and mourning during adolescence // Psycho-anal. Stud. Child. 21: 269.1966.
360. *Levebre R. J. et al.* Object relations in the dermatologic patient // Psychiatr. S. Univ. Ottawas. 1980.
361. *Levinson B. M.* The pet and child's bereavement // Ment. Hyg. 51: 197.
362. *Liesenfeld R.* Psychosomatische Krankheitsbilder in der Praxis. Berlin. Water de Gruyter. 1978. 78 S. Lipowski Z. J. Somatization // Amer. J. Psychiatry, 1988. Vol. 145. № 11. P. 1358-1368.
363. *Lipowski Z. J.* Somatization: A boderland between medicine and psychiatry // Canad. Med. Ass. J., 135:609. 1969. 1986.
364. *Livingstone R. et al.* A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children // Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1988. Vol. 27. № 2. P. 185-187.
365. *Lorenz K. Z.* On Aggression. London, 1979. (1966).
366. *Luban-Plozza B. etal.* Der Psychosomatisch Kranke in der Praxis. Berlin, 1994.
367. *(Luban-Plozza B. et al) Любан-Плоцца Б. и др.* Психосоматические расстройства в общей практике. СПб., 2000. Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. 6 Auflage. Berlin. Springer Verlag.
368. *Magnusson D.* Ситуационный анализ: эмпирические исследования соотношения выходов и ситуаций // Психол. ж. № 2. 1983.
369. *(MatejcekZ.). Матейчек З.* Некоторые психологические проблемы воспитания детей в неполной семье // Воспитание детей в неполной семье. М.: Прогресс, 1980. С. 71—98.
370. *Marmot M. G.* Stress, social and cultured variations in heart disease // J. Psychosom. Res. 1983. Vol. 27, № 5. P. 377-384.
371. *MaurerA.* Maturation of Conception of Death// J. Med. Psychol. 39:35.1966.
372. *Mclntire M. S. et al.* The Concept of Death in Midwestm Children and Youth // Am. J. Dis. Child. 123: 527. 1972.
373. *Mechanic D.* The Influence of Mothers on their Children's Health Attitudes and Behavior // Pediatrics. 39: 444. 1980. (1964).
374. *Medansky R. S.* Dermatopsychosomatics: an overview // Psychosomatics. 1980. \fol. 21. N 3. P. 195.
375. *Melamed B. G.* Psychological preparation of families for hospitalisation //J. Dev. Behav. Pediatr. 1988. Vol. 9. №2. P. 96-102.
376. *Melzak R.* The McGill pain questionnaire // Pain. 1.277. 1975.
377. *Michaux L. (Мишо Л.)* Органические и эмоциональные взаимосвязи в происхождении психической анорексии // Вопросы психиатрии детского возраста. 1962. С. 234.
378. Mf/fer У. Я. M Children's reactions to the death of parent//J. Am. Psychoanal. Assoc. 19:697.1971.
379. *Miller B. D.* Depression and asthma: a potentially lethal mixture // J. Allergy. Clin. Immunol. 1987. Vol. 80, №3. P. 481-486.

380. *Minuchin S. eta/.* A conceptual model of psychosomatic illness in children //Arch. Gen. Psychiat. 1975. Vol. 32. N 8. P. 1031-1040.JI/oo/-e *D.* Body image and eating behaviour in adolescent giri // Amer. J. Dis. Child. 1988. Vol. 142. N 10. P. 1114-1118.
381. *Mitscherlich A.* Krankheit als Konflikt. Frankfurt am Main. 1956.
382. *Morena V. elal.* Recien nadidosde madresadictas a heroina// An. esp. Pediatr. 1988. Vol. 28. N 1.
383. *Morrow L. et al.* Arousal responses to emotional stimuli and laterality of lesion // Neuropsychologia. 1981. Vol. 19. N 1. P. 65-71.
384. *Mrazek D. A.* Childhood asthma. The interplay of psychiatric and psychological factors // Adv. Psychosom. Med. 1985. Vol. 14. P. 16-32.
385. *Nagera H.* Children's Reactions to the Death of Important Objects// Psychoanal. Stud. Child. 25: 360. 1970.
386. *Nagy M. H.* The child's view of death // J. Genet. Psychol. 73: 3. 1948.
387. *Nagy M. H.* The Presentation of germs by children // J. of Genetic Psychology. 83: 227. 1962.
388. *Neeper R., lezzi A.* Selected chronic physiological disorders, general assessment, asthma // Handbook of assessment in childhood. N. Y.: Plenum Press, 1987. P. 401-431.
389. *Nissen G.* Depressions in childhood and adolescence //Triangle. 1982. Vol. 21. N 2/3. P. 77-85.
390. *Orme J. E.* Abnormal and clinical psychology. London: Crom Helm. 1984. 604 p.
391. *Oster J.* Recurrent abdominal pain, headache, and limb pains in children and adolescents // Pediatrics. 50: 429. 1972.
392. *Papatheophilou R. et al.* Recurrent abdominal pain // Develop, med. child neural. 1972. Vol. 14.
393. *Parkes C. M.* Bereavement. New York. Int. Univ. Press. 1972.
394. *Peters B. M.* Concepts of Hospitalized Children about Causality of Illness and Intent of Treatment. Diss. Pittsburgh. 1975.
395. *Petti T.* Depression and withdrawal in children // Handbook of child psychopathology. N. Y: Plenum Press, 1983. P. 293-321.
396. *Perren E. C, Perren J. M.* Clinician's assessments of children's understanding of illness // Am. J. Dis. Childh. 1983. Vol. 137. P. 874-878.
397. The psychobiology of anorexia nervosa/Ed. K. M. Pirke, D. Ploog. Berlin: Springer Verlag, 1984.
398. *Poppel M., Hecht K.* Stressorenwirkung und chronischer Streb in Abhangigkeit vom Zustand des Organismum und von der Umwelkkonstellation // Wiss. Z. Humbold Univ. Berlin, Mathnat R. 1980. Vol. 19. S. 667-680.
399. Psychiatry / Ed. J. A. Flaherty et al. Norwalk.: Appleton & Lange,1993. 544 p.
400. *Rank O.* The Trauma of birth. New York. R. Brunner. 1924. (1952).
401. *Ranste von Wright M., Wright von J.* A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11-18 year old girls and boys // J. Psychosomatic Res. 1981. Vol. 25, № 6. P. 525-534.
402. *Reinhard H. G.* Stressbewaltigung als Paradigma einer psychopathologie des Kindes-undjugendalters // Fortschr. Neural. Psychiat. 1985. Vd. 53, № 10. S. 384-393.
403. *Reykowski J. (Рейковский Я.)* Экспериментальная психология эмоций / Пер. с польск. М.: Прогресс, 1979.
404. *Richmond J. B., Waisman H. A.* Psychological aspects of management of children with malignant disease // Am. J. Dis. Children. 89:42.1955.
405. *(K. S. Robsori) Робсон К. С.* Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. М.: Медицина, 1999. 486 с.
406. *Rouillon F.* Epidemiologic des etats auxienx et nevrotiques // Sem. Hop. 1985. Vol. 61. N 4. P. 3129-3133.
407. *Rutter M.* Helping troubled children. London; Penguin Books. 1984. 420 p.
408. *SchafferH. R.* The Onset of Fear of Strangers and the Incongruity Hypothesis // J. Child Psychol. Psychiatr. N 7. P. 95.1966.
409. *Schwartz A. H.* 1972. Children's Concepts of Research Hospitalization // New England J. of Medicine. 287 (12): 589.
410. *Schur* M. Zur Metapsychlogie der Somatisierung // Einfuhrung in die psychosomatische Medizin. Frankfurt am Main. S. 335. 1974.
411. *Schreiber V.* Stres. Patofyziologie, endokrinologie, klinika. Praha: Avicenum. 1985. 384 p. Schench K., Schreinicke G. Stress. Berlin: Volk und Gesundheit, 1989. 150 S.

412. *Siegel L. J.* Psychosomatic and psychophysiological disorders // The practice of child therapy. N. Y.: Pergamon Press. 1983. P. 253-287.
413. *Sifneos P. E.* Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristic and physical disease // Psychother. Psychosom. 26, 65. 1973.
414. *(Smith A.). Смит А.* Критические состояния у детей. М., 1980. С. 162-163.*Spinetta J. J. et al.* Anxiety in the dying child // Pediatrics. 52: 841. 1973.
415. *Spinetta J. J.* The dying child's awareness of death // Psychol. Bull. 81: 256. 1974.
416. *Spitz R- A.* No and Yes. London, 1957.
417. *Stark T., Blum R.* Psychosomatic illness in childhood and adolescence // Clin. Pediatr. 1986. Vol. 25. № 11. P. 549-554.
418. *Stravrakaki Ch., Vargo B.* The relationship of anxiety and depression // Brit. J. Psychiatry, 1986. Vol. 149. N 7. P. 7-16.
419. Stress in health and disease / Ed. M. R. Zaies. N. Y: Brunner Mazel, 1985. 348 p.
420. *Strunk P.* Psychogene Storungen mit vorwiegend korperlicher Symptomatik // Lehrbuch der speziellen Kinder und Jugend psychiatric. Berlin: Springer Verlag. 1980. S. 140-196.
421. *TeicherM. K* Biology of anxiety// Med. Clin. North Am. 1988. Vol. 72. N 4. P. 791-814.
422. *Tinbergen N.* The Study of Instinct. London, 1953.
423. *Those M. E.* Longevity and mortality in Down's syndrome // J. Ment. Defic. Res. 1982. Vol. 26. N 3. P. 177-192.
424. *Tolstrup K.* Treatment of anorexia nervosa in children // J. Child Psychol. Psychiat. 16: 75. 1985. (1975).
425. *Tomas A. et al.* Temperament and behavior disorder in children. New York, 1968.
426. *Toni de et al.* Syndrome of Munchausen by proxy // Minerva pediat. 1987. Vol. 39. N 1-2.P.33-36.
427. *Toolan J. M.* Depression in children and adolescents // Am. J. Orthopsychiatry. 32: 404. 1962.
428. *(Tyszkowa M.). ТышковаМ.* Исследование устойчивости личности детей и подростков в трудных ситуациях // Вопр. психол. 1987. № 1. С. 27—34.
429. *Uexkull Th. Von.* Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg, 1963.
430. *Uexkull T. von.* Psychosomatische Medicine. 3 Auflage. Munchen Urban a. Schwarzenbeis. 1986.
431. UrspungeseelischBedingterkrankheiten/HrsgA. Heigl-Eversu. H. Schepank. Gettingen, 1980.
432. *Vandereyoken W., Meerman R.* Anorexia nervosa. Berlin: de Cruyter. 1984. 250 p.
433. *Varni J. W.* Behavioral medicine in hemophilia arthritic pain management // Arch. Physical Medicine and Rehabilitation. 62. 183. 1981.
434. *Vogel W. H.* Coping, stress, stressors and health consequences // Neuropsychobiology. 1985. Vol. 13. N 3. P. 129-135.
435. *(Wagner K.-D., Eggers H.). Вагнер К.-Д., Эггерс Х.* Влияние различных отягощающих факторов на психофизическое развитие детей в раннем возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. 1980. Т. 80. Вып. 10. С. 1471-1475.
436. *Werry J. S., Aman M. G.* Anxiety in children // Handbook of studies on anxiety. Amsterdam: Elsevier. 1980. P. 165-192.
437. *Willemsen E.* Understanding Infancy. Freeman. San Francisco, 1979.
438. *Winnicott D. W.* The Theory of the Parent-Infant Relationship // Int. J. Psycho-Anal. 41: 585. 1960.
439. *WintonA. S., Singh N. Y. N.* Rumination in pediatric populations: Abehavioral analysis//J. Amer. Acad. Child Psychiatr. 1983. Vol. 22. N 3. P. 269-275.
440. *WolfH. G., WolfS.* Human gastric function. New York, 1943.
441. *Wolfenstein M.* Death of a Parent and Death of a President // Children and the Death of President. New York: Doubleday. P. 62. 1965.
442. *Zdanowicz W., Karoszozyk-Steiner W., Nowak S.* Wiezi uczuciowe miedzy dziecmi z chorobo, wizodowa, a ich rodzicomi // Pediatr. pol. 1981. Vol. 56. N 11/12. P. 1351-1354.
443. *Zimprich H.* Kinderpsychosomatik. Stuttgart: Thieme, 1984. 185 s.

Дмитрий Николаевич Исаев — заслуженный деятель науки РФ, профессор Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Р. Валленберга, доктор медицинских наук, детский психиатр и медицинский психолог. Эксперт в вопросах общего психического недоразвития в статике, в динамике и в сочетании с другими психическими расстройствами, а также в вопросах детских психических заболеваний, психосексуального развития и полового воспитания, психосоматических расстройств детского возраста.

Автор около 20 книг, в том числе «Общее психическое недоразвитие у детей» (1982), «Психопрофилактика в практике врача-психиатра» (1985), «Психосоматическая медицина детского возраста» (1996), «Психопатология детского возраста» (2001), «Умственная отсталость у детей и подростков» (2003), «Детская медицинская психология» (2004) и более 250 публикаций.

"У КЕНТАВРА" тел.250-65-46
Исаев Д.Эмоциональный стресс,психосоматические и
0 000001 366297
Цена: 258 руб. 00