
БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**ПОГРАНИЧНЫЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Санкт-Петербург

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации



Санкт-Петербургский
Государственный
Педиатрический
Медицинский
Университет

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Учебное
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2015

УДК 616.891-053.2
ББК 57.33
П-43

Пограничные психические расстройства в детском возрасте.
Учебное пособие под редакцией С.В. Гречаного. Издание СПбГПМУ.
2015. – 60 с.

Учебное пособие посвящено актуальным вопросам пограничной психиатрии детского возраста: особенно подробно рассмотрены разделы, посвященные вопросам детской привязанности, расстройствам пищевого поведения, системным неврозам и способам их терапии, включая интегративную психотерапию. Данное пособие будет полезно для студентов, изучающих психиатрию по специальности педиатрия, ординаторам и интернам, изучающих психиатрию. Будет интересно специалистам, работающим с детьми и подростками (психиатрам, психотерапевтам, неврологам медицинским психологам, педиатрам и другим врачам-специалистам.).

Составители: В.В. Шишков, врач-психотерапевт, к.м.н., доцент кафедры Психиатрии и наркологии СПбГПМУ, Санкт-Петербург; А.Г. Кошавцев., врач-психиатр к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии СПбГПМУ, Санкт-Петербург; В.В. Поздняк, врач-психиатр, к.м.н., доцент кафедры Психиатрии и наркологии СПбГПМУ, Санкт-Петербург; Ильичев А.Б. врач-психиатр, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии СПбГПМУ.

Под редакцией заведующего кафедрой Психиатрии и наркологии СПбГПМУ, к.м.н., доц. С.В. Гречаного

Рецензенты:

Профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, Заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им И.М. Сеченова, д.м.н., профессор А.Ю. Егоров

Профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Минздрава России, д. психол. н., профессор И.М. Никольская

Утверждено учебно-методическим советом Университета

© СПбГПМУ, 2015 г.

РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ

Современные подходы к теории привязанности
Формирование привязанности со стороны родителей

Привязанность характеризуется наличием нормальной связи между ребенком и тем, кто за ним ухаживает. В возрасте года можно отметить наибольшую интенсивность чувства привязанности ребенка к родителям. В дальнейшем «напряженность» привязанности уменьшается, что происходит приблизительно к 1,5-2 годам.

Один из выдающихся исследователей привязанности, Джон Боулби, считал, что **привязанность – это тесное взаимодействие между двумя людьми, характеризующееся взаимными эмоциями и стремлением к сохранению близости.** Годовалый младенец демонстрирует свою привязанность, не позволяя матери удаляться от себя. Если попытаться сравнить раннюю привязанность с более зрелым поведением, то можно найти немало примеров других привязанностей. Старшие дети, подростки и взрослые не будут хватать своих близких за одежду и кричать, как это делают младенцы. Однако очевидна аналогия между тесной связью младенца с матерью, детской или подростковой дружбой и эмоциональным отношением к супругам или возлюбленным в зрелые годы.

Что же считать точкой отсчета для чувства привязанности? По-видимому, речь должна идти о самом раннем периоде развития ребенка – его внутриутробном существовании. Дело в том, что большинство родителей демонстрируют готовность к привязанности задолго до рождения ребенка. Будущие мать и отец строят планы в отношении ребенка, подбирают ему или ей имя и, собственно, начинают испытывать определенные чувства к еще не родившемуся ребенку. В этом плане нельзя недооценивать визиты к врачу, который с помощью стетоскопа прослушивает сердцебиение плода, производит УЗИ-обследование, впервые сообщая о возможном поле ребенка, его состоянии здоровья.

Представления матери о взаимодействии со своим ребенком еще называются «рабочими моделями привязанности». Петер Фонаджи [1991] в Англии нашел, что рабочие модели матерей о взаимодействии привязанности существуют до рождения ребенка и в 75% случаев совпадают с типом привязанности, формирующимся позже. Сходные результаты были получены в других странах.

Кроме того, отношения супругов в браке существенно влияют на качество привязанности. Показано, что родители, которые несчастливы в браке к моменту рождения ребенка, являются менее чувствительными к потребностям ребенка, имеют неверное представление о родительских ролях в воспитании и устанавливают ненадежные связи со своими детьми не только в младенческом, но и в школьном возрасте. Эти родители гораздо чаще, чем родители, которые счастливы в браке, описывают своих детей как детей с «трудностями темперамента». Если же ре-

бенок на самом деле имеет повышенную возбудимость, то такой младенец действительно чаще имеет несинхронные взаимодействия со своими «несчастливыми» родителями.

Третьим фактором формирования привязанности со стороны родителей является контакт с младенцем в первые часы его жизни. Предпочтение новорожденного матерью, возможно первые ступеньки формирующейся привязанности, подтверждены в опытах по узнаванию своего ребенка только что родившими женщинами при прикосновении к ограниченной зоне обратной стороны ладони младенца в ситуации выбора. При этом глаза и нос женщины закрывались специальными ватными тампонами. Выяснилось, что в среднем 69% матерей узнали своих детей посредством тактильного ощупывания, без доступа другой информации, если они предварительно провели с ребенком не менее одного часа. Опыты на узнавание своего ребенка по запаху также дали положительный результат. Не исключено, что такое биологическое предпочтение (ощущение «своего, родного») лежит в основе готовности поддержать, желанию проявлять положительные чувства в отношении ребенка.

Становление привязанностей – процесс поступательный и следующим этапом на этом пути является синхронизация при взаимодействии с ребенком. Один из примеров – это раннее взаимодействие «лицо к лицу», в котором существуют периоды внимания или интереса и периоды невнимания, «равнодушия». В первом периоде и мать и ребенок улыбаются, смотрят друг другу в глаза, во втором быстро становятся безразличными друг к другу и предпочитают уклоняться от взаимодействия. Многие исследователи полагают, что этот цикл синхронизации очень важен в установлении коммуникации, обозначают его как «еле уловимые танцы, балет». Если родитель успешно привлекает внимание ребенка во время первого цикла и ограничивает стимуляцию во время второго, он или она, по-видимому, разовьют правильный порядок синхронизации. Поскольку и родитель, и младенец имеют достаточно времени для взаимодействия друг с другом, они обучаются тому, что каждый из них предпочитает и как управлять его вниманием. Младенец и взрослый с каждым днем совершенствуют стереотипы общения и становятся «идеальными партнерами», их взаимодействие становится все более адекватным для каждого и превращается во взаимную привязанность. Из таких материнских качеств как: (1) способность побуждать ребенка к игре, (2) эмоциональная доступность, (3) стимуляция познавательной деятельности, (4) гибкость в стиле воспитания, некоторыми авторами выделяется эмоциональная доступность, способность разделять чувства ребенка в качестве основного регулятора синхронизации и формирования привязанности [Silven M., Vienda M., 1996; Sadiq F. et al., 2012].

На самом деле обрести привязанность к младенцу не всегда является простым делом. Ряд матерей и отцов испытывают значительные трудности в понимании своих детей. Родители иногда имеют черты личности

или страдают заболеваниями, которые серьезно осложняют установление близкого эмоционального контакта с младенцами.

Другая категория родителей, которые имеют проблемы с установлением надежных привязанностей – родители, использующие насилие в качестве основного воспитательного метода. Такие взрослые в присутствии посторонних обычно клянутся, что никогда не делают детям ничего плохого. Однако, когда их дети раздражены или слишком медлительны, эти родители не только не могут обуздать свои эмоции, но и становятся склонными к жестокости.

Наконец, некоторые родители не способны любить своих детей потому, что беременность была незапланирована, а их дети нежеланны. В исследовании Лангмейер и Матейчек [1984] сравнивались привязанности матерей с желанной и нежеланной беременностью. Дело в том, что в Чехословакии для прерывания беременности было необходимо разрешение с обязательной мотивировкой причины аборта. Оказалось, что матери детей раннего возраста, бравшие разрешение на аборт в связи с нежеланной беременностью, были чаще надежно привязанными к своим детям по сравнению с такой же по возрасту, социальному и материальному положению группой матерей, которые не запрашивали разрешение на аборт. Несмотря на то, что желанные и нежеланные дети были физически здоровы после рождения, в 9-ти летнем возрасте нежеланные дети чаще госпитализировались в больницы, хуже успевали в школе, имели нестабильные семьи, были более раздражительными, чем дети, желанные для родителей. В другой работе показано, люди, рожденные от нежеланных беременностей, являются достаточно компенсированными в браке, работе, но более часто ищут помощи по поводу психологических расстройств. В продолжение темы, затронутой Матейчек, исследования последних лет свидетельствуют, что матери, которые вынуждены ухаживать за несколькими маленькими детьми не склонны, а может быть не способны разделить свое внимание и дать его больше новому ребенку, особенно если за ним тяжело ухаживать (например, он имеет перинатальное поражение мозга). Кроме того, известно, что чем больше детей имеет женщина, тем больше у нее возникает негативизм в отношении новых детей, поскольку она вынуждена думать об ухудшении положения старших детей.

Роль ребенка в формировании привязанности

Достаточно давно было обращено внимание на то, что младенческие черты лица являются милыми и приятными для взрослых людей [Лоренц К., 1943]. В последнее время показано, что взрослые считают рисунки младенческого лица и младенческого профиля милее, чем рисунки лица детей четырехлетнего возраста. Старшие мальчики и девочки также реагировали положительно на младенческие черты лица, но интерес девочек к младенцам усиливался после начала месячных. Более того, матери младенцев с привлекательными чертами лица считают своих детей чувствительнее к их изменениям поведения, по сравнению с

внешне обычными детьми того же возраста. Вполне вероятно, что «непривлекательное» лицо ребенка выглядит старше, чем привлекательное лицо. Следовательно, младенческие черты лица могут служить избирательным стимулом для привлечения внимания взрослого, что способствует становлению родительско-детской привязанности.

Другое обстоятельство, влияющее на формирование привязанности, связано с рефлекторным поведением новорожденных, которое интерпретируется родителями как знак общения. Так, улыбка, которая вначале адресована ко всем стимулам, со временем становится особым сигналом для взрослых, означающим, например, что ребенок описался. Даже плач, который имеет интонацию раздражения, недовольства, может способствовать развитию привязанности. По мнению Джона Боулби, крик – это сигнал дистресса, который избирательно направлен на тех, кто ухаживает за младенцем. Чувствительные родители, которые успешно отвечают на все знаки младенца, становятся первыми, кому адресованы положительные ответы ребенка.

Третий фактор, по-видимому, имеющий значение в самом начале развития привязанности, это – предпочтение ряда биологических показателей матери со стороны ребенка в первые дни и недели жизни.

Например, за рубежом и в нашей стране было показано, что дети первых дней жизни реагируют на запах молока своей матери и предпочитают его другим запахам. Также из литературы хорошо известны факты предпочтения младенцем первых дней жизни голоса своей матери голосам других людей и окружающим звукам. Более того, было показано, что ребенок дольше фиксирует взгляд и совершает поворот головы на больший угол при предъявлении различных рисунков с лицом, кукол при исследовании зрительного предпочтения у новорожденных в первые два часа жизни. При этом дети отдают предпочтение стимулам с движущимися элементами и живым лицам по сравнению с изображением лица. Обнаружено также, что новорожденные чаще фиксируют взгляд на лице матери, чем на лицах других детей.

Нами были прослежены некоторые варианты предпочтения объектов с лицом и живых лиц вплоть до 8-9 месячного возраста ребенка. Было показано, что в ситуации выбора между куклой и лицом матери существует определенная закономерность: у новорожденных в возрасте от 7 до 23 дней отмечалось предпочтение лица матери, у детей более старшего возраста наблюдается предпочтение игрушки с лицом, которое постепенно, начиная с 7 месяцев, вновь сменяется устойчивым предпочтением лица матери.

Имеющиеся факты, собственные экспериментальные результаты позволяют выдвинуть гипотезу о наличии двух наиболее отчетливо выраженных периодов проявления предпочтения матери со стороны младенца - в первые дни (а может быть и часы жизни) ребенка, и в 8-9 месяцев. Первый период связан с запаховым, зрительным стимулами матери. В основе второго периода лежат, по-видимому, как биологические, так и

уже более сложные эволюционные и психологические механизмы, такие как уверенность в защищенности, страх, то есть, формирующаяся система материнско-детских отношений.

Стадии и варианты родительско-детской привязанности

Одним из самых первых исследований, посвященных развитию системы привязанности в течение первых 18 месяцев жизни ребенка, тем не менее, не потерявших значение до сих пор, является работа Рудольфа Шафера с соавторами [1964]. На протяжении всего этого срока матери и дети подвергались исследованию, чтобы установить: (1) как младенец реагирует на разлучение с родителями и (2) как на это реагировали взрослые, с которыми младенца разлучали. Авторы нашли, что младенцы проходят через следующие стадии в развитии тесного взаимодействия со своими родителями.

Асоциальная стадия (0-6 недель).

Новорожденные и чуть более старые дети являлись «асоциальными», поскольку во многих случаях общения с одним или несколькими взрослыми они отвечали одной предпочтительной реакцией, небольшая часть демонстрировала реакцию протеста. В конце этой стадии дети начинали показывать предпочтение общению с несколькими взрослыми.

Стадия недифференцированных привязанностей (6 недель-7 месяцев).

В этой стадии младенцы быстро удовлетворялись любой человеческой кампанией. Они успокаивались, когда любой взрослый брал их на руки.

Стадия специфических привязанностей (около 7-9 месяцев).

В данном возрасте младенцы начинают протестовать, когда их разделяют с определенным лицом, обычно матерью. При разлучении они расстроены и часто сопровождают мать до двери, если разделение происходило в определенной комнате. После возвращения матери младенцы очень тепло её встречают. В это же время младенцы становятся настороженными к незнакомцам. По мнению Шафера у детей устанавливаются первые привязанности.

Образование привязанности имеет важное последствие – она способствует развитию исследовательского поведения. Мэри Инсфорд показала [1979], что наличие привязанности к определенному взрослому ведет к использованию этого человека в качестве безопасной базы для исследования. Там, где находится этот взрослый – это то спокойное место, куда всегда можно вернуться.

Стадия множественных привязанностей.

В течение нескольких недель после формирования своих начальных привязанностей около половины детей в исследовании Шафера становятся привязанными к другим людям (отцы, братья и сестры, бабушки и дедушки). В возрасте 1,5 лет очень мало детей привязаны только к одному человеку, чаще их пять или больше. Авторы полагают, что младенцы, которые имеют множественные привязанности, имеют и иерар-

хию объектов привязанностей, то есть каждый взрослый из этого списка является более предпочтительным в определенной ситуации. Дальнейшие исследования показали, что, действительно, эти взрослые «служат» ребенку для разных функций. Например, большинство младенцев предпочитают компанию матери, если они напуганы или расстроены. Однако отцов они предпочитают чаще в качестве товарищей по игре.

Большинство исследований, касающихся множественных привязанностей, сконцентрированы на семье младенца. Чаще всего описывают материнско-детские отношения, реже отношения с отцами и другими членами семьи. Однако, ряд авторов считают, что отношения между младенцами и опекунами не родителями могут быть подлинно отношениями привязанности. Эти специалисты показали, что дети раннего возраста могут устанавливать отношения привязанности с различными людьми, которые ухаживают за ними на регулярной основе в течение длительного времени. В некоторых случаях младенцы развивают большее предпочтение к воспитателям из дневного центра ухода (аналог яслей), чем к взрослым из семьи. Чувствительность и уровень вовлеченности воспитателей в проблемы детей, по-видимому, связаны с надежностью привязанности между опекунами и младенцами.

Выделено 4 модели множественной привязанности. Первая получила название «монотропной» модели, когда только мать является существенной фигурой привязанности. В этой модели именно с матерью связано дальнейшее социальное функционирование ребенка. Вторая, «иерархическая» модель также предполагает ведущую роль матери. Однако в этой модели важными являются вторичные фигуры привязанности, которые служат надежной базой для ребенка в случае, когда мать отсутствует. «Независимая» модель базируется на различных привязанностях младенца как одинаково значимых, но каждое взаимодействие включается тогда, когда специфические опекуны находятся с ребенком на протяжении длительного времени. В «интегративной» модели сеть взаимодействий привязанности развивается независимо от влияния конкретного опекуна. Ряд исследований подтверждают наличие независимой и интегративной моделей [Cassiba R., Van Ijzendoorn M., 2000].

Общепринятой методикой, с помощью которой привязанность классифицируется на типы (варианты), является методика М. Инсфорд. В эксперименте, разделенном на восемь эпизодов, изучается поведение ребенка при разлуке с матерью, степень воздействия такой ситуации на младенца и то, насколько легко удается матери успокоить малыша после расставания. Отмечается, как изменяется в этих условиях активность ребенка. Показательными являются моменты, когда мать уходит, оставляя ребенка с незнакомым взрослым, а затем возвращается.

Оценка привязанности по методике М. Инсфорд предполагает выявление следующих ее вариантов.

Надежная привязанность (Тип В) регистрируется у детей, которые не очень сильно огорчились после ухода матери, легко успокаивались, ко-

гда она возвращалась, стремясь к тесному физическому контакту с ней. Около 65% годовалых младенцев родителей среднего класса Северной Америки и Европы входят в эту категорию [Raaska H. et al., 2011]. При разделении поведение именно таких детей особенно нарушается.

Избегающая привязанность (Тип А). Этот вариант отмечается у детей, которые не возражали против ухода матери и продолжали играть, не обращая особого внимания на ее возвращение. Такая привязанность является ненадежной, условно патологической. Дети с избегающей привязанностью не особенно обеспокоены присутствием незнакомца, но иногда избегали и игнорировали его так же, как они избегали и игнорировали своих матерей. В Европе, США и Канаде таких детей в возрасте года около 20%.

Двойственная, манипулирующая привязанность (Тип С). Дети с этим вариантом сильно огорчаются после ухода матери, а когда она возвращается, сначала хватают ее за одежду, но потом быстро отталкивают. Такая привязанность относится к ненадежной, патологической. Около 10% младенцев демонстрировали этот тип. Эти дети были крайне негативны к незнакомцам, даже когда их матери находились рядом.

По нашему мнению, существует вариант двойственной привязанности, когда дети совершенно не отпускают мать от себя ни на шаг, поэтому эпизод полного разлучения с дальнейшим воссоединением становится просто невозможным. Мы обозначили таких детей как «симбиотически привязанных». В последние годы кроме классических типов был выделен еще один вариант привязанности, встречающийся у 5-10% американских детей и относящийся к ненадежному, патологическому типу. Авторы назвали его дезорганизованной, неориентированной привязанностью. Этот вариант характеризуется таким поведением младенцев, когда после возвращения матери они или «застывают» в одной и той же позе или буквально «убегают» от пытающейся приблизиться матери.

Мэри Инсфорд полагала [1979], что качество младенческой привязанности в большей степени зависит от качества внимания, которое получает ребенок. Она показала, что матери надежно привязанных младенцев являются высоко чувствительными к детям, удовлетворяя их потребности с помощью эмоциональной экспрессии, тесного физического контакта. Последующее восприятие других людей строится на основе опыта общения с первичным объектом привязанности, чаще всего с матерью. Если взрослый хорошо понимает ребенка, младенец чувствует заботу и комфорт и становится надежно привязанным.

Значительное число поздних исследований подтвердили значение психологических характеристик матери, которые получили название «классические» детерминанты надежной привязанности. Эти характеристики матери могут влиять на формирование привязанности ребенка или прямым или косвенным образом. Прямое влияние связано с чувствительным поведением матери в отношении сигналов младенца и в определенных аспектах ее взаимодействия с младенцем. Кроме того, бы-

ло показано косвенное воздействие на тип привязанности такого фактора как удовлетворение ролью матери, что является своего рода посредником между качеством брачных отношений и качеством привязанности.

Наконец, как указывалось выше, сами брачные отношения существенно влияют на вариант детско-родительской привязанности. Супруги из семей с надежной материнско-детской привязанностью показывают большее удовлетворение качеством их отношений как до, так и после рождения ребенка, чем родители с ненадежно привязанными младенцами. Вместе с тем, показано, что в первое время после рождения ребенка оба чувствовали некоторое снижение качества их брачных отношений. Результаты этих исследований позволили выдвинуть гипотезу, что именно ранний супружеский статус - решающий фактор для установления различного качества привязанности.

Дети, которые демонстрируют двойственную модель привязанности, в ряде случаев имеют раздражительные или медлительные черты темперамента. Но гораздо чаще они имеют родителей, которые несовместимы с ними в качестве воспитателей, реагируя или слабо или слишком энергично, в зависимости от настроения. Младенец пытается бороться с таким неадекватным уходом, используя крик, «истерики», но безрезультатно, вскоре становясь еще более негативным.

Существуют два варианта ухода, которые повышают риск развития избегающей привязанности. Оказывается, что некоторые матери нетерпеливы в отношении своих детей и нечувствительны к их сигналам. Кроме того, они часто не могут сдерживать отрицательных эмоций в адрес детей, что приводит к отдалению как матери, так и ребенка друг от друга. В конечном счете, такие матери просто перестают брать своих детей на руки, но и дети, в свою очередь, не стремятся к тесному физическому контакту. Мэри Инсфорд также показала, что эти матери являются эгоцентричными, отвергающими своих детей. В других случаях дети с избегающей привязанностью имеют чрезмерно усердных родителей, обеспечивающих слишком высокий уровень стимуляции, который младенцы не могут воспринять.

В отношении неориентированной/ дезорганизованной привязанности исследователи полагают, что она свидетельствует о страхе с которым младенцы приближаются к своим родителям, поскольку при последнем эпизоде взаимодействия они были отвергнуты или наказаны физически. Кроме того, избегание младенцами контакта можно понять, если учесть, что, по-видимому, родители крайне противоречивы в своем отношении к ним и дети не знают, что им ожидать в следующий момент от таких взрослых.

Многие специалисты выделяют определенные психологические типы матерей соответственно вариантам привязанности. Так, П. Криттенден считает, что надежная привязанность возникает у чувствительных и заботливых матерей, дети которых уверены в себе, с чувством собственной безопасности. Избегающая привязанность отмечается у ограничи-

вающих, нечувствительных и отвергающих матерей. Их дети обычно неуверенны и избегают общения. Двойственная привязанность наблюдается у матерей с непоследовательным и непредсказуемым типом реагирования. Дети таких матерей испытывают неустойчивое и напряженное отношение к матери. Симбиотический тип может возникать как у слишком чувствительных матерей, так и у непоследовательных и непредсказуемых. Т. И. Анисимова [1998] определила матерей детей с избегающим типом привязанности как «закрыто-формальных». Они придерживаются авторитарного стиля воспитания, стараясь навязать ребенку свою систему требований. По мнению автора, эти матери не столько воспитывают, сколько перевоспитывают, часто пользуясь книжными рекомендациями. По психологическим характеристикам матерей детей с двойственной привязанностью Т.И. Анисимова выделяет две группы: «эго-ориентированные» и «непоследовательно-противоречивые» матери. Первые, с завышенной самооценкой, недостаточной критичностью демонстрируют высокую эмоциональную лабильность, что ведет к противоречивым отношениям с ребенком (от чрезмерного, порой даже излишнего внимания до игнорирования). Вторые воспринимают своих детей как особенно болезненных, требующих дополнительной заботы. Однако, эти дети испытывают дефицит ласки, внимания из-за постоянного чувства тревоги, внутреннего напряжения у матери. Такая «свободно плавающая тревога» приводит к непоследовательности и амбивалентности в общении с ребенком.

Кроме того, как показали исследования Н. Н. Авдеевой [1997,1999], материнско-детская привязанность существенно зависит от формирующихся психологических качеств ребенка. Одним из таких качеств является образ себя, который выявляется в опытах с зеркальным отражением. Образ себя в зеркале условно можно назвать возрастной формой самооценки. Оказывается, что между развитием образа себя у ребенка и его привязанности к матери существует определенная связь, выражающаяся в том, что высокому уровню развития образа себя соответствует большая самостоятельность ребенка, меньшая зависимость его от матери, более выраженная активность в незнакомой ситуации. Дети с развитым образом себя обычно демонстрируют надежную привязанность (тип В) или привязанность избегающую (тип А). Автор считает, что оба этих типа зависят от вектора силы привязанности. Так, в этом случае матери свою привязанность к ребенку оценивают как более сильную по сравнению с привязанностью ребенка к себе.

Таким образом, надежная привязанность формируется при высоком уровне активности младенца в такие режимные моменты как кормление и бодрствование. Умение матери поддерживать инициативу ребенка, утанавливать с ним контакт взглядов, синхронизировать действия и проводить взаимодействия типа диалога, особенно во время кормления, свободного бодрствования, - способствует формированию надежной привязанности.

Ненадежная привязанность к матери развивается у ребенка в условиях менее насыщенного общения в режимные моменты. Ведущим фактором формирования двойственной ненадежной привязанности, по мнению того же автора, выступает большое количество инициатив ребенка, оставшихся без ответа матери.

Избегающая привязанность складывается у ребенка при несогласованных, негармоничных взаимодействиях (особенно во время кормления), когда на фоне неумения матери поддерживать инициативу ребенка превалирует ее собственная инициатива, на которую младенец не отвечает, считает Н.Н. Авдеева.

По нашим данным, симбиотический тип патологической привязанности формируется при неспособности матери реагировать на вокальные знаки младенца. Известно, что качество отношений в системе мать-дитя определяется способностью матери адекватно реагировать на знаки, подаваемые младенцем, среди которых выделяют вокализации и жесты. Симбиотический тип привязанности возникает у младенцев рефлекторно в ответ на неспособность матери реагировать на голос своего ребенка. То есть у таких детей со временем нарастают тревожные реакции, так как мать реагирует на ребенка только тогда, когда его видит (жест). Если, например, ребенок остался один в комнате, то вступить в контакт с матерью он не может.

Аналогичная картина отмечается у детей с двойственным типом привязанности. Их матери также реагируют только на жест. Не случайно у детей с этим типом привязанности возникают бурные реакции, когда они видят, что мать уходит. Контроль зрением для них - последняя возможность не потерять мать.

Процентное соотношение младенцев, которые включаются в различные категории привязанности, различается в зависимости от того, в какой стране производилось исследование. Например, родители в Германии традиционно склонные к авторитарному воспитанию и не приветствующие тесного телесного контакта, способствуют тому, что большинство немецких младенцев демонстрируют при возвращении матери избегающий вариант привязанности. Сопrotивление разделению с матерью и страх незнакомца, которые характерны для двойственной привязанности, являются более распространенными в Японии, где взрослые редко оставляют своих детей с другими людьми, и в Израиле, где проживающие в кибуцах дети спят вместе в специальной комнате, под присмотром воспитателя и без родителей. Последняя картина напоминает советские круглосуточные ясли. Но, несмотря на так называемые культуральные различия, большинство младенцев во всем мире относится к категории надежно привязанных [Shaffer D. R., 1996].

Роль отцов в развитии привязанности

Длительное время отцы рассматривались как биологически необходимые субъекты, но играющие минимальную роль в эмоциональном и социальном развитии младенцев. В традициях некоторых народов отцов

даже не допускали к детям вплоть до достижения ими годовалого возраста (русская крестьянская община). В этом плане верно то, что большинство отцов действительно проводят с младенцем времени меньше, чем мать. Однако, с другой стороны, показано, что отцы проводят в общении со своими 9-ти месячными детьми ежедневно в среднем около часа. Если они еще и счастливы в браке, то оказывается, что отцы являются в высокой степени вовлеченными в заботу о младенцах и часто занимают более приемлемую позицию, чем мать. Продемонстрировано, что значительная часть младенцев формирует к отцам надежные привязанности, если отцы имеют позитивное отношение к родительским обязанностям и не только проводят определенное время с детьми, но и являются чувствительными опекунами.

Какие же родительские обязанности у отцов и как их сравнивать с ролью матери? Специалисты по «отцовству» нашли, что матери и отцы стремятся играть разные роли в жизни младенца. Матери чаще предпочитают держать своих детей на руках, играть с ними в привычные игры, успокаивать их при беспокойстве и удовлетворять их естественные потребности. Отцы в большей степени предпочитают физическую игровую стимуляцию и вовлечение детей в новые и необычные игры. Если матерей младенцы выбирают, когда им страшно или они расстроены, отцов они предпочитают в качестве участников игры.

Однако роль участника игры не единственная из многих обязанностей современного мужчины. Многие из отцов достигают высоких результатов в повседневном уходе, включая смену пеленок, кормление, успокоение и т.д., становясь, таким образом, родителем, способным взять на себя функции матери. Другие предпочитают быть безопасной базой для исследовательской деятельности младенца.

Известно, что большинство детей формирует надежную привязанность к матерям. Если же ребенок формирует ненадежную привязанность к матери, то роль отца возрастает. Так, Мэри Майн и Донна Вестон (1981) в своей работе использовали ситуацию с незнакомцем, чтобы измерить качество привязанности у 44 младенцев в отношении как отца, так и к матери. Оказалось, что 12 младенцев были надежно привязанными к обоим родителям, 11 были надежно привязанными к матери и ненадежно к отцам, 10 – ненадежно привязанными к матерям и надежно к отцам и 11 были ненадежно привязанными как к матери, так и к отцу.

Авторы решили проверить, что дает надежная привязанность к одному родителю и ненадежная к другому в плане общения со взрослыми. Они использовали свои четыре группы младенцев в ситуации взаимодействия с дружелюбно настроенным незнакомцем (клоун). Было выделено два преимущественных вида поведения детей в общении с клоуном. Первый вариант, когда младенцы устанавливали позитивное взаимодействие с клоуном, был обозначен как социальная коммуникативность. Второй, когда дети расстраивались, кричали, падали на пол, был обозначен как вариант социального конфликта.

Дети, которые были надежно привязанными к обоим родителям, являлись более социально коммуникабельными и менее конфликтными. Очень важно, что младенцы, которые были надежно привязанными к одному родителю, были настроены намного дружелюбнее к клоуну и демонстрировали меньший социальный конфликт, чем те дети, которые имели ненадежный стиль привязанности к обоим родителям. Таким образом, это исследование иллюстрирует важную роль отцов в социальном и эмоциональном развитии младенца. Младенцы являются социально контактными не только, когда они надежно привязаны к обоим родителям, но и когда они надежно привязаны к отцу, что может предотвратить некоторые невротические расстройства. Например, у таких детей реже развиваются истерические реакции по сравнению с детьми, которые ненадежно привязаны к своим матерям.

Классификация и клинические проявления нарушения привязанности

Расстройства привязанности характеризуются отсутствием или искажением нормальных связей между ребенком и тем, кто за ним ухаживает. Особенностями развития таких детей является замедление или неправильное развитие эмоционально-волевой сферы, что вторично воздействует на весь процесс созревания.

Критерии расстройств привязанности описаны в Американской классификации психических и поведенческих расстройств IV пересмотра. Классификация предлагает руководствоваться такими критериями.

- Возраст до 5 лет,
- неадекватные или измененные социально-родственные отношения как причина следующего: недостаток возрастного интереса к контакту с членами семьи или другими людьми; ребенок не иницирует и не отвечает на социальное взаимодействие надлежащим образом;
- реакции страха или чрезмерная чувствительность на присутствие незнакомых людей, не купирующаяся при наличии матери или других родственников;
- неразборчивая общительность с чужими людьми (фамилльярность, пытливые вопросы и т.д.);
- отсутствие соматической патологии, умственной отсталости, симптомов раннего детского аутизма.

Появление расстройств привязанности возможно с 8 месячного возраста [Boris N. et al., 2005; Glowinski A., 2011; Gleason M. et al., 2011]. На практике, однако, это происходит в возрасте года и позже. Возвращаясь к патологическим вариантам привязанности по Инсфорд, необходимо отметить, что большинство авторов относит к патологическому во всех случаях только двойственный (амбивалентный) тип, тогда как индифферентный тип возникает и в норме при высокой активности и развитом образе себя у ряда детей.

Недостаток ухода в детских учреждениях может быть причиной нарушений привязанности, хотя своего рода суррогат привязанности формируется и в домах ребенка. Отмечено, что эта хрупкая привязанность в государственных учреждениях разрушается при часто меняющихся воспитателях и при проявлениях физического насилия. Привязанность также может нарушаться и у «домашних» детей, например, при так называемом «насильном кормлении».

Недостаток ухода и соответствующих возрасту впечатлений, также как физическое оскорбление, может быть предпосылкой неправильного развития привязанности у ребенка. С другой стороны, у детей после длительной разлуки с родителями могут возникать трудности в общении. Они часто демонстрируют негативные эмоции при попытках присмотра за ними. Система привязанности у каждого ребенка индивидуальна. При изучении детей, подвергшихся физическому насилию со стороны отцов, отмечено, что в возрасте 12-21 месяца, такие младенцы демонстрируют ненормальную реакцию страха в присутствии мужчин и слабо проявляющуюся в женском обществе.

В ряде случаев расстройства привязанности влекут за собой расстройства эмоционально-волевой сферы и взаимодействий со взрослыми. Оказывается, что недостаток отношений ребенок не хочет или не может восполнить от другого человека. Например, такие дети не заинтересуются взаимными взглядами, не будут играть в игру типа «дай-возьми», если они не делали этого с матерью или иными родственниками.

Дети, которые не интересуются окружающим и имеют низкую массу тела, рассматриваются как страдающие синдромом пищевого недоразвития. Этот синдром подробно рассматривается в разделе расстройств пищевого поведения. Вместе с тем, такое нарушение питания может встречаться и у детей, чувствующим к себе пренебрежительное отношение со стороны родителей.

Расстройства привязанности должны быть дифференцированы от умственной отсталости и аутизма.

Привязанность и дальнейшее развитие

Особое место принадлежит вопросу влияния типов родительско-младенческой привязанности на последующее развитие, чему посвящено значительное количество работ.

Общим принципом для понимания того, что не получают дети, имеющие ненадежный тип привязанности, является представление Эриксона [1963] о чувствах доверия к окружающим и безопасности. Он считал, что эти чувства приобретаются при наличии надежной привязанности в раннем возрасте и необходимы для здорового психологического развития в дальнейшей жизни.

Ряд исследований подтверждают, что дети с надежной привязанностью демонстрируют наиболее оптимальное развитие. Так, дети, которые име-

ли надежную привязанность в возрасте 12-18 месяцев, были более общительными, проявляли сообразительность в играх в двухлетнем возрасте, были более привлекательными как участники игры в отточеском возрасте, по сравнению с ненадежно привязанными детьми. Вместе с тем, дети, первично привязанностью которых была дезорганизованная/ неориентированная, имеют риск стать враждебными и агрессивными в дошкольном возрасте до такой степени, что их отвергают сверстники.

В другом исследовании регистрировалось поведение детей, надежно привязанных к матери в 15 месяцев, когда они начинали посещать в 3,5 летнем возрасте детский сад. Оказалось, что эти дети часто были лидерами в группе: они инициировали игровую активность, были чрезвычайно отзывчивы в отношении нужд и переживаний других детей и, в целом, были очень популярны среди ровесников. Их описали как любознательных, самостоятельных и энергичных детей. Напротив, дети, которые в 15 месяцев имели ненадежную привязанность к матери, в детском саду демонстрировали социальную пассивность, нерешительность в привлечении других детей к игровой активности. Исследователи описали их как менее любознательных, менее последовательных в достижении цели. В возрасте от 4 до 5 лет дети из первой группы оставались более любознательными, чувствительными в отношении сверстников, менее зависимыми от взрослых, по сравнению со второй группой детей. В предподростковом возрасте надежно привязанные дети по-прежнему имели лучшие отношения с ровесниками, больше близких друзей, чем небезопасно привязанные дети [Elicker J. et al. 1992].

Вместе с тем, в последние годы появились работы, показывающие влияние на развитие в дошкольном и раннем школьном возрасте привязанностей к опекунам не родителям. Так, обнаружено, что надежно привязанные к профессиональным опекунам дети (персонал яслей) были более компетентны в общении со сверстниками, они более часто, чем ненадежно привязанные дети, проводили время в контактах с ними в социальных играх. «Надежность» привязанности к опекунам проявлялась у них также в негативном отношении к враждебности и агрессии и, позитивно, в отношении к комплексу игр с ровесниками и общительном поведении. Интересно отметить, что другие специалисты не находят связи между качеством привязанности как к матери, так и к отцу и поведением в младшей школе. Тогда как дети, надежно привязанные в раннем возрасте к профессиональным опекунам, показали больше эмпатии, независимости и ориентации на успех, чем их ненадежно привязанные к опекунам ровесники. Схожие результаты были получены в исследовании [Howes C. et al., 1994], где было показано, что в детском саду дети, которые были надежно привязанными к опекунам, но ненадежно к матери, играли больше, чем надежно привязанные к матери и ненадежно привязанные к воспитателям дети.

Таким образом, оказывается, что привязанности являются достаточно стабильными во времени. Большинство детей демонстрирует некоторые

качества привязанности, которые они имели в младенчестве, в школьном возрасте. Более того, взрослые люди проявляют эти качества в межличностных отношениях. Так, молодые люди устанавливают отношения со своими возлюбленными, которые можно охарактеризовать как надежные, двойственные и избегающие. Люди среднего возраста таким же образом относятся к своим пожилым родителям. Это позволило с определенной долей условности говорить об особой «взрослой» привязанности, которая также разделяется на три типа. При первой взрослые люди не вспоминают о своих престарелых родителях, что свидетельствует, по-видимому, о наличии избегающей привязанности в младенческом возрасте. При второй взрослые вспоминают о своих родителях только тогда, когда они заболевают (не исключена двойственная привязанность в раннем детстве). При третьей взрослые люди имеют хорошие отношения с родителями и понимают их (безопасная, надежная привязанность в младенчестве).

Каким же образом привязанность влияет на определенные виды поведения в будущем? Джон Боулби [1988] и Инга Бретертон [1990] считают, что младенцы, взаимодействуя с родителями, развивают внешние рабочие модели себя и других людей, которые используются чтобы интерпретировать события и формировать определенные ответы. Чувствительный уход убеждает ребенка, что другие люди являются надежными партнерами (позитивная рабочая модель окружающих), тогда как неадекватный уход убеждает, что окружающие ненадежны и блокирует доверие (отрицательная рабочая модель других). Кроме того, важно, что ребенок развивает рабочую модель себя, от которой в случае ее позитивности и негативности зависит становление самостоятельности, а в будущем и уважения к самому себе. Эти две рабочие модели комбинируются, чтобы определить качество привязанностей и предпосылки будущего взаимодействия.

Как показано на схеме, младенцы, которые формируют позитивную рабочую модель себя и своих родителей формируют и надежные первичные привязанности, самоуверенность и самодостаточность, что предрасполагает к установлению надежных, доверительных отношений с друзьями и супругами в дальнейшей жизни. Напротив, позитивная модель себя соединяющаяся с негативной моделью других (как возможный результат того, когда ребенок успешно привлекает внимание нечувствительного родителя) предрасполагает к формированию избегающей привязанности. Негативная модель себя и позитивная модель других (как возможный вариант того, когда младенцы иногда не могут привлечь внимание к своим нуждам) может быть связана с двойственной привязанностью и слабостью в установлении надежных эмоциональных связей. И, наконец, негативная рабочая модель как себя, так и окружающих способствует возникновению неориентированной привязанности и вызывает страх близкого контакта (как физического, так и эмоционального).

Другие сторонники теории привязанности связывают особенности привязанности у младенцев с особенностями личности взрослых. На первое место выходят не отношения между матерью и ребенком, а стратегии приспособления ребенка к материнскому поведению.

		МОДЕЛЬ СЕБЯ	
		ПОЗИТИВНАЯ	НЕГАТИВНАЯ
МОДЕЛЬ ДРУГИХ	ПОЗИТИВНАЯ	НАДЕЖНАЯ (Надежная привязанность)	СЛАБАЯ (Двойственная привязанность)
	НЕГАТИВНАЯ	ОТВЕРГАЮЩАЯ (Избегающая привязанность)	С РЕАКЦИЕЙ СТРАХА (Неориентированная привязанность)

Приверженцем такого подхода является сотрудница М. Инсфорд – П. Криттенден [Crittenden P.M, 2006]. По ее мнению, существенным является разделение двух типов информации доступных человеку – интеллектуальной и эмоциональной. Чувствительность ребенка к тому или иному типу информации зависит от условий взаимодействия ребенка с матерью. Конкретному типу привязанности соответствуют определенные виды переработки информации.

В зависимости от адекватной или неадекватной реакции взрослого поведение ребенка подкрепляется или отрицается. При втором варианте ребенок обучается скрывать свои переживания. Такой стиль характерен для детей с «избегающим» типом привязанности.

В случае, когда мать внешне проявляет положительные эмоции в ответ на его поведение, а внутренне не принимает ребенка, то есть ее эмоциональные реакции лживы, предвидеть ответ матери ребенку становится очень трудно. Подобная ситуация возникает у детей, демонстрирующих двойственную привязанность.

Таким образом, в первые годы жизни дети с надежным типом привязанности используют как интеллект, так и эмоции. Дети с избегающим типом привязанности пользуются в основном интеллектуальной информацией, научаясь организовывать свое поведение без использования эмоциональных сигналов. Дети с двойственной привязанностью не доверяют интеллектуальной информации и используют преимущественно эмоциональную.

По мнению П. Криттенден, к дошкольному возрасту вырабатываются достаточно четкие стратегии переработки информации и построения соответствующего поведения. В ряде случаев интеллектуальная или эмоциональная информация не просто игнорируется, а эмоции и интеллект фальсифицируются.

Примером более сложного переплетения эмоциональной и интеллектуальной стратегий поведения, по мнению Криттенден, является так называемое «застенчивое поведение». Его сущностью, как считает автор, будет скрытие страха и противодействие внешней агрессии. Криттенден проводит параллель с поведением животных при установлении иерархии в стае. Более слабое животное, чтобы не погибнуть, вызывает у победителя своего рода снисхождение путем переворота на спину, демонстрации брюха и шеи, косых взглядов в сторону. В противоположность оскалу, приоткрытый рот с прикрытыми зубами подчеркнуто показывает отсутствие агрессии, инфантильную установку на кормление. Косой взгляд противоположен агрессивному взгляду в упор. «Застенчивое поведение» у дошкольников необходимо для тех же целей компенсации агрессии, поиска своей «ниши» в иерархии детской группы, взаимодействия с родственниками. Агрессия в двух-трехлетнем возрасте могла бы привести к физическому наказанию со стороны старших, изоляции в группе. «Застенчивое поведение» необходимо для нивелирования таких результатов.

В манипулирующий репертуар детей с двойственным, амбивалентным типом привязанности наряду с прямым шантажом как раз и входит «застенчивое поведение», имеющее «обезоруживающий» характер. По мнению автора, «застенчивое поведение» может перерасти в беспомощное поведение с постоянной просьбой о спасении и снисхождении. Следовательно, стратегия детей с двойственной привязанностью становится преимущественно аффективной по характеру в ущерб интеллектуальному развитию.

В случае надежного типа привязанности между ребенком и матерью некоторые дети пытаются использовать манипулирующие виды поведения, однако, искренние отношения без обмана оказываются эффективнее и аффективные типы стратегии взаимодействия не закрепляются.

Каким же образом удастся привлечь внимание взрослого детям с избегающим типом привязанности? Криттенден считает, что ребенку нет необходимости это делать, поскольку большинство матерей этих детей постоянно контролирует их поведение. В этих условиях ребенку нужно выработать стратегии защиты от чрезмерного внимания, некоего «защищающегося поведения». П. Криттенден выделяет несколько вариантов защищающегося поведения детей с избегающим типом привязанности, а всех таких детей она назвала «защищенными». Первым вариантом «защищенных детей» Криттенден считает тех, кто внутренне заменил реакцию ухода, избегания на внешнюю холодность и скрытность. Для этой группы характерна строгая регламентация ролей при взаимодействии. Находящиеся, например, в одной комнате мать и ребенок взаимодействуют как два интеллектуала при разгадывании кроссворда, неудивительно, что такие дети демонстрируют высокие достижения в познавательной сфере. Вторым вариантом «защищенных детей» являются дети, которые фальсифицируют аффект, имитируя яркие эмоции.

Криттенден назвала таких детей «принуждающими к заботе». Третий вариант «защищенных детей» может быть дифференцирован в поведении, когда они тщательно выполняют все требования родителей, прилежно учатся, стремятся угодить в мелочах.

Далее П. Криттенден в своей концепции использует классификацию интеллектуального развития Жана Пиаже в которой с 7-летнего возраста начинается этап конкретных логических операций, когда некоторые дети уже откровенно используют обман, скрывая истину за фасадом логики и нескончаемых доводов.

Таким образом, концепция П. Криттенден предсказывает поведение человека, базируясь на теории привязанности, преобладании усвоения вида информации (эмоциональная и интеллектуальная) и степени ее интеграции. Модель этого автора явно сложнее, чем классическая теория привязанности и, казалось бы, она должна более точно предсказывать поведение. Однако, П. Криттенден указывает на ограничения эффективности предсказания ввиду трех причин. Первая – влияние других факторов на развитие, кроме типа привязанности и варианта усвоения информации. Вторая – в различной способности различных людей интегрировать информацию. Третья – влияние случая, который невозможно учесть.

Несколько удивляет, что апологет теории привязанности говорит о темпераменте как о результате преломления генетического потенциала в конкретных условиях и его влиянии на развитие. Напомним, что некоторые сторонники теории влияния младенческого темперамента прямо связывают типы привязанности с типичными поведенческими реакциями представителей различных вариантов темперамента.

Тем не менее, наиболее интересным в концепции Криттенден является предсказание поведения подростков. У «манипулирующих» детей (тип С) к подростковому возрасту отмечаются два типа поведенческих стратегий. Первый – активный вариант с угрожающим, агрессивным поведением. Второй – пассивный, подчиняющийся, боязливый вариант. Внутренняя сущность обоих, как ни странно, недружелюбие, враждебность, исходящая либо от самого подростка, либо – от окружающих. «Манипулирующие» дети уже бессознательно к подростковому возрасту считают, что во всем виноваты другие и именно они должны измениться. Поэтому они вступают в фальшивые отношения с целью получения выгоды, демонстрируя поведение порой с риском для жизни, которое, с одной стороны, вызывает восхищение сверстников, а с другой - пронизывается презрением к окружающему миру, источником чего было непоследовательное поведение матери.

В ряде случаев обман, ложный интеллект приводят манипулирующих подростков в криминальную среду. Особенности асоциальных, антисоциальных подростковых групп таковы, что манипулятивные отношения только поощряются. По мнению Криттенден, у девочек особенно распространена психосоматическая симптоматика с целью привлечения

внимания и демонстративные суицидные попытки. Криттенден приводит в пример содержание предсмертных записок, в которых, как правило, обвиняются близкие в том, они погубили, оскорбили или бросили.

Иное поведение регистрируется у так называемых «защищенных» подростков. Одну часть «защищенных» подростков автор обозначает как «отстраненные». Других – «учительскими любимчиками». Последние вне школы со сверстниками ведут себя достаточно нагло, но с родителями и другими старшими скрывают отрицательные эмоции, демонстрируют ложные положительные чувства, что делает их социально стабильными.

«Защищенные отстраненные» или сдержанные подростки испытывают трудности при общении с противоположным полом и часто остаются одни. В ряде случаев фальсификации подвергаются как аффект, так и интеллект. По мнению Криттенден отражение реальности таких подростков напоминает кривое зеркало. Внешне привлекательный ложный аффект и искаженный интеллект создают паралогическую структуру личности, мотивы которой трудно понять и разделить. Это напоминает «безаффектный» характер Боулби.

Следующий «предсказательный» компонент теории П.Криттенден связан депрессивным реагированием при том или ином варианте привязанности. Речь скорее идет о депрессивных реакциях невротического регистра у подростков. Так, «защищенные» подростки («защищающиеся от аффекта», избегающий вариант привязанности) будут еще больше эмоционально отстраняться, не признавая поражения. Манипулирующие подростки (двойственный тип привязанности), реагируя депрессивно, склонны к аффективным вспышкам и непредсказуемому поведению. Они не принимают реалистичных выходов из ситуации, продолжая нагромозждать ложные эмоции и демонстративное поведение. Развернутая депрессия, по мнению Криттенден, наступает, когда ни одна из стратегий (ни эмоциональная, ни интеллектуальная) не помогает, приводя личность к катастрофе.

В теории Криттенден, в сущности, применен бихевиоральный подход с закреплением эффективных моделей для достижения каких-либо целей и блокированием и исчезновением неэффективных моделей. В реальности, по-видимому, возможно переплетение того и другого в многообразии поведения человека.

С 1970-ых годов многие специалисты в США начали диагностировать у детей с историей серьезного плохого обращения в раннем детстве и девиантным поведением в подростковом возрасте «расстройства привязанности». В настоящее время «реактивное расстройство привязанности» внесено в перечень психических и поведенческих расстройств в этой стране (DSM-IV) под кодом 313.89. Симптомокомплекс содержит значительное количество пунктов, среди которых основными являются: физическое и/или сексуальное насилие и/или депривация в пределах первого года жизни; большое количество опекунов на первом году жизни.

ни; манипулирование близкими взрослыми; трудность с контактом глаза в глаза; чрезмерная привязанность к незнакомым людям; жестокость к людям/ животным; отсутствие раскаяния для действий жестокости; пренебрежительное отношение или уничтожение своей собственности или таковой других; воровство; чрезмерная обеспокоенность относительно причинения маленького ущерба, равнодушие при больших повреждениях; накопление или кража продовольствия, странные пищевые привычки.

Трудно не согласится с мнением Американского Комитета по внесению изменений в перечень психических и поведенческих расстройств (DSM-V), обратив внимание на значительное количество среди подростков с отклоняющимся поведением, подростков, воспитывавшихся с рождения одним родителем, бабушками и дедушками, в государственных учреждениях, а также усыновленных и удочеренных детей. По нашим данным, структура отклоняющегося поведения у подростков, имевших раннюю родительскую депривацию, и у девиантных подростков без признаков депривации разная, что более ярко проявляется у мальчиков. Депривированные мальчики-девианты достоверно чаще демонстрируют делинквентность (мелкие правонарушения, не достигающие уголовно наказуемого деяния), алкоголизацию/наркотизацию и саморазрушающее поведение с ущербом для нравственного развития, проявляющееся агрессивными действиями в отношении родственников.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Нервная «анорексия» - *anorexia nervosa* – отказ от еды и похудание у подростков (и взрослых). Нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией — болезненной убежденностью в каком-либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением этот «недостаток» исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте» методом такой «коррекции» является стремление «худеть любым путем». (Коркина М.В. Цивилько М.А., Марилов В.В., 1986). Нервная анорексия – самостоятельное заболевание, которое выявляется у нормальных девочек (преимущественно европейских девушек, молодых женщин). Крайне редко встречается у лиц мужского пола (в 10–20 раз реже, чем у лиц женского пола), поэтому выявление симптомов нервной анорексии у юношей, как и её дебют (первое проявление) у женщин, далёких от подросткового возраста, требует тщательной дифференциальной диагностики нервной анорексии (как заболевания) с анорексией – симптомом психотического (как правило, процессуального или бредового) расстройства. Однако, последние исследования (Mitchison D. Et al., 2014) австралийских специалистов показали, что в популяциях социально активных юношей и мужчин в крупных мегаполисах использование жестких диет, на грани с нервной анорексией возросло в 2-3 раза в 2008 году, по сравнению с

1998 годом. Аналогичная картина отмечается в отношении цветных девушек по сравнению с белыми. Распространенность нервной анорексии у подростков до 16 лет – 0,5 %, после 16 лет – 1 %. К группам риска относятся будущие «модели», манекенщицы или балерины; девочки, серьёзно занимающиеся художественной гимнастикой, как сразу после выбора профессии, так и в процессе профессиональной подготовки. Таким детям свойственны постоянство увлечений, развитое чувство долга, повышенное до болезненности отношение к формальному признанию своих школьных успехов, отчетливая тенденция к достижению высших социальных стандартов [Карвасарский Б. Д., 1980]. Именно поэтому А. Е. Личко (1979) назвал нервную анорексию «болезнью отличниц». Родители характеризуют таких больных как детей очень спокойных, превосходно выполняющих свои школьные обязанности и стремящихся к получению только отличных оценок.

Нервная анорексия – это самостоятельное пограничное заболевание эндореактивного генеза (с переплетением внешних и внутренних этиологических факторов). Несмотря на то, что нервная анорексия не является психозом в классическом понимании, присутствуют **сверхценные идеи**, которые в большинстве случаев не поддаются разубеждению или **монотематический бред** (с утратой критики к своему состоянию).

Нервная анорексия – как самостоятельное заболевание – к психозам не относится. Но подобный синдром может развиваться и в рамках психического заболевания (процессуального или бредового), когда отказ от еды обусловлен наличием, к примеру, бредовой идеи вероятного и преднамеренного его отравления родственниками.

К **внешним этиологическим** факторам относятся следующие.

- Гиперрегламентация со стороны родителей (особенно тревожных матерей) всей жизни ребёнка, особенно в вопросах питания (режима, объёма, калорийности, и т.п...) [F. Specht (1965), H. Muer (1965) и E. Spering (1965)]. В связи с этим, таких пациентов с детства формируются отрицательные эмоции на приемы пищи (так как еда для них всегда ассоциировалась с насилием). Часто в семье постоянно ведутся разговоры о «некрасивости полноты», «утонченности вкуса», о важности соответствующего эстетического воспитания [Коркина М. В., 1968].
- Насмешки окружающих по поводу некоторой полноты (если она есть), которые становятся основой для образования сверхценной, а затем и бредовой системы в пубертатном периоде, но не вызывают такой реакции у детей [Коркина М. В., 1967]: Известно, что незрелая личность подростка сравнительно легко травмируется, и в подростковом возрасте легко развиваются психогенные реакции (включая ятрогении) и деформации личности, связанные с

неправильным воспитанием, причем эти реакции и изменения склонны к фиксации. По-видимому, нервная анорексия является одной из форм психогенных реакций у подростков [Ковалев В. В., 1969].

К внутренним этиологическим факторам относятся следующие.

- Особенности личности больных, такие как преувеличенная ответственность, стеничность, неумение идти на компромиссы.
- Искажение восприятия собственного «Я» (видит себя толстой). Такие больные «видят себя более полными, чем есть на самом деле», т. е. неправильно (по сравнению с лицами контрольной группы) воспринимают схему своего тела [P. Sade (1973)].
- Нестандартная фигура.
- Раннее (по сравнению со сверстниками) формирование вторичных половых признаков (стеснительность, реакция на насмешки).
- «Нежелание взрослеть» (страх становиться женщиной, заниматься сексом, выходить замуж, рожать детей и т.п.).

Заблевание течет с длительно протекающими фазами (стадиями).

1. *Дисморфофобическая* (недовольство собственной внешностью, желание исправить свой недостаток, диета (мотивы скрываются), закармливание окружающих).

2. *Аноректическая* (диета, которую уже не скрыть, истязающие физические упражнения, реже отмечается употребление слабительных, мочегонных, вызывание у себя рвоты сразу после приема пищи.) Симптомы: нарастающая потеря веса, аменорея (ВПМ – весовой порог менструаций /прекращение месячного цикла на определённых цифрах массы тела; восстановление – при благоприятном исходе – менструального цикла на тех же цифрах/), идеи необходимости дальнейшего похудения.

3. *Кахектическая* (общее истощение организма, дистрофия).

4. *Реконвалесценции* (?!?) (22 % летальности!).

Лечение:

■ При нервной анорексии верить обещаниям пациентки «начать есть», «выбросить из головы диеты», «хотеть набрать вес» не следует, так как все это уловки, приводящие только к потере времени и дальнейшему похуданию.

■ В стадии выраженной кахексии с активным отказом от еды на первый план выходят реанимационные мероприятия: внутривенное и зондовое питание, введение лекарственных препаратов, способствующих поддержанию сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма, восстановлению обменных процессов, то есть лечение последствий голодания, проводимое по жизненным показаниям в клинике.

■ **Часто необходима госпитализация**

■ в соматическую клинику (только с целью коррекции метаболических и, отчасти, дистрофических нарушений),

■ в детскую психиатрическую клинику,

■ в соматопсихиатрическое отделение (для взрослых).

■ **Амбулаторное** лечение возможно под строгим контролем динамики веса (!), но оно должно быть немедленно прекращено, а пациентка госпитализирована, при отсутствии положительной динамики.

■ На первом месте стоит фармакотерапия в виде сочетания антидепрессантов с нейролептиками, в легких случаях используют фенибут, L-карнитин, витамины.

■ Поведенческая терапия (рисунки, «зеркало», ведение дневника питания).

■ Гипноз.

Как указывалось выше, в последние десятилетия происходит генерализация нарушений пищевого поведения с распространением аноректических расстройств на мужскую популяцию и на популяцию детей раннего возраста. С 1997 года мы успешно используем диагностическую конструкцию «**инфантильная анорексия**» или нервная анорексия у младенцев.

К диагностическим критериям **инфантильной анорексии** относятся, во-первых, активный или пассивный отказ от пищи, во-вторых, избирательность в еде и, в-третьих, недоедание. Отказы от пищи нередко начинаются вскоре после рождения. Ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает незначительное количество пищи. При активном отказе младенец следит за приближением рожка или ложки, что нередко приводит к опрокидыванию посуды с едой, а также выплёвыванию пищи («пищевые войны»). При пассивном - дети отказываются принимать участие в процессе кормления, показывая полное безразличие к приему пищи и не выражая интереса к бутылочке или ложке. Жевание и проглатывание замедлены, пища задерживается в ротовой полости больше 45 минут.

Избирательность при приеме пищи выражается в специфических предпочтениях определенных продуктов, например яиц или творога. Некоторые дети отвергают пищу, имеющую зеленый или красный цвет.

К **инфантильной анорексии** относят продолжительные расстройства, длящиеся свыше 3-х месяцев, так как более кратковременные снижения аппетита часто связаны с введением новых продуктов, семейными переменами (рождение брата или сестры), изменениями в уходе, помещением в стационар. Наиболее часто от недоедания страдают дети, находящиеся на грудном вскармливании, так как матери не всегда следят за количеством высасываемого ребенком молока. Нередко такие дети ведут себя тихо, сонливы, и матери не испытывают затруднений при уходе за ними.

При изучении причин такого поведения у младенцев выявлен ряд специфических черт поведения матери [Chatoor I. et al., 1984]. При наблюдении через односторонний экран за процессом кормления 72 детей выделена группа матерей, которые не понимали и не могли ответить на подаваемые ребенком знаки «голода». В результате они не справлялись с кормлением, и в их отношении к ребенку отчетливо преобладали агрессивные тенденции - раздражительность, недовольство и негодование. Показано также, что матери детей с инфантильной анорексией в 75,6% случаев неадекватно реагируют на знаки о голоде, вокализируемые их детьми.

Некоторые матери, напротив, не замечают признаков насыщения и продолжают «насиленно» кормить, что вызывает сопротивление ребенка. Таким же образом могут «не воспринимать» потребности ребенка психически больные матери.

Проблемы с кормлением возникали в семьях, где старшие дети страдали пищевой аллергией, и мать после рождения находилась в состоянии тревожного ожидания. Участие отца в уходе и кормлении ребенка снижает тревожное напряжение матери.

Выделены этапы материнско-детских отношений при инфантильной анорексии [Chatoor I. et al., 1996]. По мере развития младенческой нервной анорексии в системе мать-дитя отношения изменяются от: 1) диадической реципрокности, к 2) диадическому конфликту и, далее, возникает 3) борьба за контроль, которая заканчивается 4) «сделкой» в отношении пищи и 5) материнским «невмешательством». Иными словами, мать или справляется с инфантильной анорексией своего ребенка, или патологический стереотип пищевого поведения у него закрепляется.

О распространенности ранней детской анорексии говорят следующие данные. При обследовании 359 детей от 6 до 36 месяцев на значительные затруднения при кормлении в возрасте 6 месяцев указывали 6% матерей, о пищевых прихотях сообщали 12%. В возрасте 12 месяцев эти соотношения не изменились, а в возрасте 18 месяцев возросли до 24% и 15% соответственно. В 36 месяцев ранняя детская анорексия была отмечена уже у 34% всех детей, а 23% выказывали прихоти при кормлении [Jenkins S. et al., 1980].

На основе клинического опыта выделены три основных варианта инфантильной анорексии.

Первый вариант младенческой анорексии проявляется выраженной эмоциональной лабильностью с преобладанием дистимии - раздражительности, плаксивости, немотивированного беспокойства во время еды. Как правило, матери не могли понять, с чем связано такое поведение младенца, объясняя это тем, что ребенок хочет спать, что рядом не оказалось соски, что ему не нравится приготовленная пища. Стержневым симптомом у этих детей являются переходящие эпизоды сниженного настроения во время кормления, а неадекватное поведение матери способствует их закреплению.

Второй вариант младенческой анорексии проявляется немотивированным срыгиванием или во время акта кормления или сразу после него. Важными диагностическими критериями являются: значительный объем пищи, которую ребенок срыгнул, отсутствие вторичного заглатывания и пережевывания, незначительная связь с введением в рацион новых продуктов (иногда такая связь есть, однако при инфантильной анорексии нарушения питания проявляются длительной временной отрезок - около 2-3 месяцев и более). При этом варианте анорексии исключительно существенно отсутствие патологии желудочно-кишечного тракта любого генеза, а также гипертензионно-гидроцефального синдрома, которые могли бы вызвать срыгивания. Для детей с этим типом заболевания срыгивание или рвота большим количеством пищи становится обычным явлением. Часто младенец весьма охотно берет бутылочку, но, за несколько минут до того, как она опустеет, срыгнет большую часть проглоченного.

Третий вариант младенческой анорексии характеризуется активным или пассивным отказом от приема пищи. При активном отказе ребенок поворачивает голову в сторону, отказывается открывать рот, сосать и глотать. Пассивный отказ сопровождается отвращением к возрастному рациону - мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам и приводит к формированию необычных пищевых предпочтений: дети требуют лимоны, грейпфруты и т.д. Младенцы, перешедшие на смешанные виды пищи, отказываются от кормления и требуют продукты, предназначенные для детей младшего возраста, при употреблении которых не возникает потребности жевать.

При описываемом варианте расстройства отказы от пищи могут начаться вскоре после рождения. Ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает слишком малое количество пищи во время кормления. После 3-х месяцев младенец может активно сжимать губы в ответ на приближение бутылочки или ложки. Пищевые «войны» концентрируются на контроле приближения ложки и приводят к опрокидыванию посуды с едой на пол или выплевыванию пищи.

Таким образом, младенческая анорексия как специфический синдром нарушений питания у детей первого года жизни, связан преимущественно с механизмами частичной материнской депривации. В генезе этого синдрома имеют значение нарушения в системе материнско-детских отношений. Прогноз инфантильной анорексии различен и в значительной степени зависит от своевременного и квалифицированного вмешательства специалиста по психическому здоровью младенцев.

У младенцев существуют расстройства, которые называются **регуригационными или жевательными расстройствами** пищевого поведения (**жвачка или мерицизм**). Это относительно редкие нарушения, которые встречаются одинаково часто у мальчиков и девочек. Основны-

ми диагностическими критериями являются: а) повторяющееся отрыгивание, пережевывание и повторное проглатывание пищи при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта и б) потеря в весе.

Первые проявления наблюдаются, как правило, в возрасте 3-12 мес. и могут продолжаться 2 года, а по некоторым данным – до 6 лет. К причинным факторам относят как избыточность, так и недостаточность материнской привязанности. В первом случае повторное проглатывание пищи рассматривается как усвоенная модель поведения, усиливающаяся под влиянием родительского внимания, а во втором - для привлечения того же внимания объекта привязанности.

В отдельных случаях жвачка является, по-видимому, замещающей формой поведения, приносящей удовлетворение. Рядом исследователей предлагается нейрохимическая гипотеза. В соответствии с ней одним из основных условий продукции опиатов, содержащихся в организме, (эндорфинов) является фактор привязанности. При низком уровне привязанности или полной депривации появляются условия для развития эндогенной эндорфиновой недостаточности. В этом случае пережевывание пищи, возможно, стимулирует продукцию эндорфинов.

Большинство детей выплевывают часть пережеванной пищи и в результате недоедания, постепенно их вес снижается. Наиболее высокий риск истощения наблюдается у пассивных детей при отсутствии достаточного внимания со стороны матери. Вместе с тем, докармливание не всегда эффективно, т.к. приводит к повторной регургитации.

В специальных исследованиях отмечается чрезвычайная редкость подобного расстройства в настоящее время. Другая серьезная проблема - это сложность жевательных расстройств при выявлении их причины. Оказывается, что в генезе регургитации и мерицизма играют роль факторы, связанные с незначительными пороками в развитии ЖКТ, неврологическая патология, депривационные и условно рефлексорные механизмы, что приводит, в конечном итоге, к формированию единого патофизиологического ответа в виде появления таких расстройств.

Характерной особенностью **постоянного поедания несъедобных веществ** является постоянное, как минимум один раз в месяц, поедание несъедобных веществ. Важным диагностическим критерием является отсутствие других психических расстройств, которые могли бы вызывать такое поведение (ранний детский аутизм, детская шизофрения). Дети поедают краску, гипс, тесемки, волосы, одежду. Более старшие дети могут есть испражнения животных, собственные фекалии, песок, насекомых, листья или гальку, отвращение к пище отсутствует. Оба пола одинаково страдают от подобных нарушений. Начало от 12 до 24 месяцев, но может быть и раньше. Этот синдром обычно ослабляется с возрастом.

Классическое описание частного случая этого расстройства, при поедании детьми своих фекалий, принадлежит Рене Шпицу (1946). «В по-

ложении стоя при приближении наблюдателя девочка протягивает ладошки, полные фекалий, и пытается вложить фекалии в рот наблюдателю. При этом ребенок держится дружелюбно, отвечает на заигрывания и улыбается. Она берет катышек фекалий, растирает его между большим и указательным пальцами и размазывает по простыне и ногам. Затем она берет еще один катышек, вертит его, перекладывает из руки в руку. Для этих манипуляций она использует крупные катышки размером с грецкий орех. Изредка она отрывает небольшие кусочки размером с горошину, кладет их в рот и разжевывает».

Шпиц обнаружил, что среди матерей детей с поеданием фекалий у 2/3 женщин выявляются клинические симптомы депрессии. Для этих матерей характерна постоянная смена настроения по отношению к ребенку. Продолжительность того или иного настроения составляла от двух до шести месяцев. Эта смена настроения простиралась от крайней враждебности, отвержения, до крайней компенсации этой враждебности в форме «гиперопеки».

Дети с подобным поведением часто имеют задержку психического развития. Однако, у детей из больших, социально неблагополучных семей, где о них заботятся большей частью братья и сестры, расстройство может быть выражением недостатка в социальных навыках и надзора за ребенком. Кроме того, есть дети, поедающие эти материалы тайком от взрослых. Как правило, такие дети происходят из конфликтных семей. Не получено доказательств, что поедание несъедобного является попыткой удовлетворить недостаток в питании.

Большинство проглатываемых детьми с этим синдромом веществ безвредны, но некоторые из них могут вызвать серьезные нарушения. Это может произойти при употреблении древесных стружек, покрытых бытовыми инсектицидами, или чешуек содержащей свинец краски. Свинцовые отравления также могут развиваться при поедании окрашенной штукатурки.

Осложнениями являются кишечная непроходимость, вызванная клоками волос, и токсоплазменная инфекция, которая возникает в результате поедания фекалий. Прогноз зависит от условий воспитания, однако некоторые дети продолжают поедать несъедобное в подростковом возрасте и даже во взрослом состоянии, что делает прогноз различным.

Поедание несъедобного начинается обычно после годовалого возраста, а у ряда детей во втором полугодии жизни. Младенцы поедают ворс с одежды, волосы. Дети постарше могут употреблять фекалии животных, сигареты, окурки, насекомых, песок, гальку. Большинство нормальных детей также время от времени берут в рот эти предметы, но практически никогда не происходит их поедания. Как правило, только те дети, за которыми нет соответствующего ухода или он неадекватен, а также имеющие задержку психического развития или плохое зрение, не могут разобраться в том, что можно и чего нельзя есть.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Невроз – это функциональное расстройство нервной системы, характеризующиеся разнообразными сомато-вегетативными и эмоциональными нарушениями. Невроз – психогенное, конфликтогенное заболевание, связанное с нарушением системы отношений пациента. Отношений к себе, к окружающим, к мнению окружающих о себе [В.Н. Мясищев (1960)]. Согласно МКБ 10, невротические расстройства входят в группу невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F 40-48).

В диагностики неврозов выделяют два основных принципа: по принципу т.н. **негативной** диагностики, т.е. невротические расстройства диагностируются тогда, когда нет органических симптомов, второй принцип **позитивной** диагностики невроза.

Принцип **позитивной** диагностики невроза (основные положения):

1. Невроз связан с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее;

2. Появление и течение невроза связаны с психогенией и переживаниями личности, *наблюдается определенное соответствие между динамикой состояний больного и изменениями психотравмирующей ситуации;*

3. Невротические симптомы по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний;

4. *При неврозе – более эффективны методы психотерапии, как в плане всего заболевания, так и в плане его симптомов, – по сравнению с биологическими методами воздействиями.*

Исходя из этого постулата, становится понятным, что лечение неврозов – прерогатива не невролога, а именно врача-психотерапевта. Он по определению является и психиатром, то есть может и должен провести дифференциальную диагностику пограничных психических нарушений от тяжелых психотических расстройств; имеет знания по психологии, владеет методами психотерапии.

Не отрицая системного подхода в психотерапии психосоматических расстройств у детей и подростков, который учитывает сложное переплетение факторов, принимающих участие в возникновении и поддержании таких расстройств, оказывающих влияние на развитие всей личности пациента, мы все же понимаем **психотерапию** при этих состояниях как **систему специальных регулирующих воздействий на психику и через психику на весь организм человека, применяемую с лечебной целью** (Б.Д. Карвасарский). Лечебное воздействие при таких расстройствах должно предполагать воздействие не только на организм и личность, но и на преобладающие болезненные проявления.

Для невроза характерно:

1. Обратимость патологических нарушений, независимо от длительности существования симптома;
2. Психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи (содержательной и временной) между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией для данного конкретного больного;
3. Наличие у пациента **критики** к своему состоянию;
4. Специфичность клинических проявлений, состоящая в преобладании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Психологический (невротический) конфликт

В генезе психогенных расстройств особое место занимает психологический (невротический) конфликт, патогенное влияние которого обусловливается неспособностью больного разрешить его.

Внешний конфликт определяется столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды.

Внутриличностный конфликт, обусловленный наличием противоречивых желаний, мотивов и позиций личности. Объективно его также следует рассматривать как несовместимость, столкновение.

Разделение таких конфликтов на внешние и внутренние весьма условно, так как часто они связаны друг с другом.

Различают следующие конфликтные ситуации:

1. необходимость выбора в случае одинаково желаемых целей;
2. вынужденный выбор при одинаково не желаемых целях;
3. выбор цели, имеющей желаемые и не желаемые стороны.

Психологический конфликт, по В.Н.Мясищеву, отражает столкновение противоречивых отношений личности, неспособной найти конструктивный способ решения трудностей.

Но это должно касаться значимых для данной личности отношений, причем их значимость может быть понятна лишь после детального изучения всех сторон жизни и истории развития данной личности. Патогенными психологические конфликты становятся лишь при неадекватной направленности отношений личности и, тем самым, ее неспособности разрешить внешние или внутренние противоречия и конфликтные ситуации.

Наиболее часто в качестве неудовлетворенных, обуславливающих конфликт, выступают следующие потребности:

1. адекватной социальной оценки (трудовой деятельности и личных достоинств);
2. любовно-эротические;
3. дружественного общения;
4. самовыражения и самоутверждения и др.

Типы невротических конфликтов:

Истерический

«Хочу во что бы то ни стало!» (чрезмерно завышенные претензии личности, сочетающиеся с недооценкой или полным игнорированием объективной реальности).

Неврастенический

«Хочу, но не могу!» (противоречие между реальными возможностями личности с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой).

Обсессивно-психастенический

«Хочу, но сомневаюсь» (противоречивые внутренние потребности личности, борьба между желанием и долгом, между своими же моральными принципами и личными привязанностями или желаниями).

ОБЩИЕ НЕВРОЗЫ

Неврастенический невроз

Психологическая подоплека - «хочу, но не могу», когда ребенок или взрослый человек поставил перед собой определенные цели, и пытается их достичь, неправильно оценивая свои умственные или физические возможности.

Симптомы: повышенная утомляемость после умственной работы, а уже как следствие – раздражительность, тянущая головная боль, нарушение сна, головокружение, неспособность расслабиться, слабость в теле и истощение после минимальных усилий, диспепсия, боли в мышцах, с возможным присоединением вегето-сосудистой симптоматики.

Головные боли при неврастении обусловлены, прежде всего, своеобразием мышечной дистонии, то есть преимущественным напряжением шейных и затылочных мышц, возникающим в свою очередь из-за необходимости постоянно быть в тонусе;

Раздражительность, плаксивость, неадекватное реагирование на обычные жизненные ситуации обусловлены нарушением синхронизации процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, но это лишь пусковой механизм, извращающий реакции на внешние и внутренние раздражители

Психотерапия неврастении:

Применяют личностно-реконструктивный метод, но в связи с тем, что «большинство неврастеников понимают истоки своих симптомов, но менять свой образ жизни не хотят или даже не могут», то преимущественно применяют фармакотерапию (ноотропные препараты, витамины, адаптогены), гипносуггестивную терапию, что позволяет получить достаточно быстрый положительный эффект, завоевать доверие пациента, чтобы в дальнейшем постепенно выйти на личностно-реконструктивные методы.

Истерический невроз

Психологическая подоплека этого невроза формулируется как «хочу во что бы то ни стало».

Под истерическим понимают любое поведение, единственной целью которого является желание быть в центре внимания. Любой истерический симптом является для больного желательным, приятным, дающим определенные житейские выгоды – простой выход из трудной ситуации или бегство от несносной действительности. Такое поведение (симптомы) при истерии не являются симуляцией, такая реакция носит условно приятный (выгодный) характер, но обусловлена подсознательными механизмами. Для возникновения истерического невроза не достаточно иметь демонстративные (истероидные) черты личности; необходимо, чтобы, начиная с раннего детства, родители или другие ближайшие родственники любым из существующих способов поддерживали эти истерики. Все дети заслуживают внимания родителей, восхищения и поощрений, *но только за хорошие поступки (!)*; истерикам же это необходимо ещё в большей степени. Существует правило, что *риск возникновения самых обычных заболеваний, в т. ч. таких тяжелых как ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт, гипертоническая болезнь у истериков точно такой же как у обычных людей*, не склонных к истерическим реакциям. Поэтому, минимальный объем обследований у соответствующих специалистов является обязательным. Настораживать должен также факт, когда годами предъявляемые жалобы «истеричного» пациента вдруг изменяются.

Аффективно-респираторные припадки

Аффективно-респираторные приступы (приступы задержки дыхания) (Acute respiratory distress syndrome - ARDS) представляют собой наиболее раннее проявление обмороков или истерических приступов. «Аффект» – сильная, плохо контролируемая эмоция. Такие приступы обычно появляются в конце первого года жизни и могут продолжаться до 2-3 летнего возраста. Несмотря на то, что задержка дыхания может показаться преднамеренной, обычно дети не делают этого специально. Это просто рефлекс, возникающий тогда, когда плачущий ребенок с силой выдыхает почти весь воздух из своих легких. В этот момент он замирает, его рот открыт, но из него не доносится ни единого звука. Чаще всего эти эпизоды с задержкой дыхания не длятся больше 30–60 секунд и спонтанно проходят после того, как ребенок переводит дыхание и снова начинает кричать.

Эти приступы иногда пытаются разделить на «бледные» и «синие». «Бледные» аффективно-респираторные приступы чаще всего являются реакцией на боль при падении, уколе. При попытке пощупать и посчитать пульс во время такого приступа - он на несколько секунд исчезает.

По механизму развития такие приступы приближаются к обморокам, а в катамнезе дальнейшем у части детей с такими приступами (пароксизмами) развиваются обморочные состояния. Гораздо чаще аффективно-респираторные приступы развиваются по типу «синих». Они являются выражением недовольства, неисполненного желания, гнева. При отказе выполнить его требования, добиться желаемого, обратить на себя внимание ребенок начинает плакать, орать. Прерывистое глубокое дыхание останавливается на вдохе, появляется небольшая синюшность. В легких случаях дыхание восстанавливается через несколько секунд и состояние ребенка нормализуется. Такие приступы внешне сходны с ларингоспазмом - спазмом мышц гортани. Иногда приступ несколько затягивается, при этом либо развивается резкое снижение мышечного тонуса - ребенок весь «обмякает» на руках у матери, либо возникает тоническое напряжение мышц и ребенок выгибается дугой (опистотонус). Это разновидность т.н. апноэтических (аноксических) генерализованных судорог. Из-за этого ранее аффективно-респираторные судороги часто относили к эпилепсии, и даже существовал термин «аффект-эпилепсия». На самом деле, в большинстве случаев аффективно-респираторных судорог характерно своеобразие приступа на фоне нормальной ЭЭГ, механизм возникновения самих судорог - аноксический, а лечение транквилизаторами и антиконвульсантами - неэффективно [П. М. Сараджишвили и Т. Ш. Геладзе (1977)]. Но существует и другая группа наблюдений, где припадки утяжеляются и учащаются, отмечается тенденция к потере связи с аффективными реакциями и трансформации генерализованных судорог в другие виды пароксизмов. У части таких больных на ЭЭГ возникает эпи-активность. Высказывается предположение, что аноксический механизм - при многократном его повторении - включает эпилептический. В целом же, относительно связи АРП с эпилепсией в литературе нет единого мнения. Одни авторы относят АРП всегда и безусловно к неэпилептическим пароксизмам психогенного и в тоже время гипоксического генеза [Ковалев В.В., 1979; Коровин А.М., 1984], другие - к переходным ЦП, объединяющим в себе неэпилептические и возможно эпилептические механизмы [Кельин Л.Л., 1990; Натриашвили Г.Д., 1987], третьи - к факторам риска по эпилепсии у детей [Карлов В.А., 1990; Харитонов Р.А. и соавт. 1990; Lanz D., Scheffner D., 1980]. В настоящее время большинство исследователей всё же считают, что аффективно-респираторные судороги не являются эпилепсией, хотя, возможно, и входят в группу факторов риска возникновения эпилепсии.

Аффективно-респираторные приступы наблюдаются у детей возбудимых, раздражительных, капризных. Они являются разновидностью истерических приступов. Для банальной истерии у детей раннего возраста характерна примитивная двигательная реакция протеста: ребенок при неисполнении желаний с целью добиться своего падает на пол, беспорядочно бьет о пол ручками и ножками, кричит, плачет, всячески демон-

стрируя свое негодование и ярость. **Стандартные рекомендации, которые мы даём родителям истериков**, - что единственный способ избежать повторения, а затем и закрепления таких истерик, - полностью игнорировать их. Выйти в другую комнату, смотреть сквозь ребенка, отвернуться, не обращать внимания и т. п., - **здесь не совсем подходят!**

Абсолютно правильное нежелание идти «на поводу» у ребенка не исключает использование родителями некоторых «гибких» психологических приемов для предотвращения приступов:

1. Предчувствуйте и избегайте возникновения данных приступов.

Дети скорее раздражаются плачем и криком, когда они устали, проголодались или чувствуют, что их торопят. Родителям стоит знать трудные моменты в жизни своего ребенка и тогда они смогут предупредить приступы раздражения. Например, избежать утомительного ожидания в очереди в магазине, просто не отправляясь за покупками, когда ребенок голодный. Ребенку, которого охватывает приступ раздражения во время спешки перед отправкой в ясли в утренние часы пик, когда родители также отправляются на работу, а старший брат или сестра собирается в школу, следует вставать на полчаса раньше или, наоборот, позже - когда в доме станет спокойнее.

2. Смените команду «стоп» на команду «вперед»

Маленькие дети более склонны реагировать на просьбу родителей сделать что-то, чем прислушаться к просьбе прекратить делать что-то. Поэтому, если ребенок кричит и плачет, попросите его подойти к вам, вместо того, чтобы требовать прекратить крик. В этом случае он более охотно выполнит просьбу.

3. Назовите ребенку его эмоциональное состояние.

Двухлетний ребенок может оказаться неспособным выразить словами (или просто осознать) свое чувство ярости. Чтобы он мог контролировать свои эмоции, вам следует присвоить им определенное название. Не делая заключения по поводу его эмоций, постарайтесь отразить чувства, испытываемые ребенком, например: «Может быть, ты сердись потому, что тебе не купили игрушку». Затем дайте ему четко понять, что несмотря на чувства, есть определенные пределы его поведению. Скажите ему: «Хотя ты и рассердился, ты не должен вопить и кричать в магазине». Это поможет ребенку понять, что есть определенные ситуации, в которых такое поведение не допускается.

4. Скажите ребенку правду относительно последствий.

При разговоре с маленькими детьми часто бывает полезным объяснить последствия их поведения. Объясните все очень просто: «Ты не контролируешь своего поведения и мы не позволим этого. Если ты будешь продолжать, тебе придется уйти к себе в комнату».

Вмешивайтесь пораньше. Гораздо легче остановить приступ ярости, когда он только начинается, чем в то время, когда он в полном разгаре. Маленьких детей часто удается отвлечь. Заинтересуйте их чем-то, ска-

жем, игрушкой или другим развлечением. Даже такая бесхитростная попытка, как щекотка, иногда приносит результаты.

Если своевременно профилактировать приступ не удалось, и ребенок в приступе ярости задержал дыхание, родителям следует рекомендовать (Биттерлих Л.Р.) самим сделать глубокий вдох, вспомнив, что рефлекторная задержка дыхания почти никогда не причиняет вреда.

Во время аффективно-респираторного припадка можно какими-либо воздействиями (дунуть на ребенка, похлопать по щекам, пощекотать и др.) способствовать рефлекторному восстановлению дыхания.

После приступа ободрите и успокойте ребенка, если он не понимает, что произошло. Еще раз подчеркните необходимость хорошего поведения. **Не отступайте только из-за того, что вам хочется избежать повторения эпизодов с задержкой дыхания.**

В формировании и поддержании пароксизмов определенное значение имеет неправильное отношение родителей к ребенку и его реакциям. Если ребенка всячески оберегают от малейшего расстройства - все ему разрешают и выполняют все его требования - только бы ребенок не расстроился - то последствия такого воспитания для характера ребенка способны испортить всю его дальнейшую жизнь. Кроме того, при таком неправильном воспитании у детей с приступами задержки дыхания могут развиваться истерические приступы.

Правильное воспитание во всех случаях предусматривает единое отношение всех членов семьи по отношению к ребенку - чтобы он не использовал семейные разногласия для удовлетворения всех своих желаний. Нежелательно чрезмерно опекать ребенка. Целесообразно определение ребенка в дошкольные учреждения (ясли, детский сад), где обычно приступы не повторяются.

Невроз страха (тревожно-фобические расстройства)

Невростические фобии – навязчивые переживания страха с четкой фабулой, обостряющиеся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики к ним.

Страх — это отрицательная эмоция, связанная с реальной или мнимой угрозой непосредственному благополучию, или самой жизни.

Тревога — это психологическое напряжение, меняющее общий фон настроения, обусловленное внутренними или внешними факторами риска.

Предпосылкой к возникновению страхов нередко является, так называемое «тепличное» воспитание. Если ребенок никогда не ходил в ясли, в детский сад, ограждался от общения с другими детьми и потом, придя в школу, сразу оказывается в атмосфере обязательного общения, далеко не всегда дружелюбного, то у него очень быстро проявится психологическая уязвимость в отличие от других ребят, прошедших «боевую школу» уличного и детсадовского общения. Домашнее обучение – хронизация фобического невроза.

Можно выделить следующие группы страхов: социофобии (страх выступления перед аудиторией, навязчивый страх покраснения, страх перед невозможностью проглотить пищу в присутствии посторонних, страх рвоты в обществе, страх покраснеть и одновременно вспотеть); нозофобии (страх за состояние своего сердца, страх сумасшествия, страх заболевания раком); обсессивно-компульсивные (страх загрязнения, страх заражения, страх нанести увечья своим детям). Так же выделяют страхи по степени влияния на социальную адаптацию:

- Не препятствующие социальной адаптации:
 - Психовегетативные реакции у доски, страхи контрольных работ = школьный невроз
 - Фобия экзаменов и т.п.
- Препятствующие социальной адаптации:
 - Эмоциональный ступор
 - Невротическая поллакиурия
 - Дисфагия в структуре социофобии.
- Часто такие страхи (особенно школьные) скрываются (маскируются) за нарушением поведения, агрессией, – с чем и приводят (как правило, к неврологу или психологу) такого ребёнка родители.
- **Врач или психолог должен быть очень осторожен в таких ситуациях, а при малейшем подозрении на реактивное состояние, – сразу же направить такого ребёнка к психотерапевту или психиатру.**

В зависимости от выраженности вегето-сосудистых реакций можно выделить различные уровни страха от лёгких реакций до паники.

Невроз навязчивости (невроз навязчивых состояний)

Психологическая подоплека: «хочу, но сомневаюсь»

Симптомы: прежде чем закрыть дверь своей квартиры по несколько раз проверяют закрыты ли газовые конфорки, выключен ли телевизор, уют, свет; некоторые из них, дойдя до подъезда, возвращаются для того, чтобы проверить закрыта ли дверь; некоторые же, отойдя от дома довольно далеко, продолжают постоянно думать об этих проблемах так, что возвращаются вновь, чтобы проверить все сначала. И, несмотря на то, что их подозрения всегда оказываются беспочвенными, так повторяется снова и снова. Навязчивые мысли по определению всегда тягостны для больного, в подавляющем большинстве случаев он понимает всю абсурдность этих идей, изо всех сил хочет навсегда от них избавиться, но они упорно приходят на ум снова и снова. Навязчивые движения (действия) чаще всего являются своеобразным двигательным ритуалом, который возникает в ответ на какую-то острую или хроническую психотравмирующую ситуацию, и за таким ритуалом всегда что-то скрывается, чаще всего неосознаваемая идея защиты собственного благополучия или безопасности близких. Подобный ритуал – защитная невростиче-

ская реакция, формируется преимущественно на подсознательном уровне с целью предупредить какое-то неприятное событие.

Многие простые ритуалы у детей относятся к неврозу навязчивых движений – одной из форм невротических расстройств из группы навязчивых состояний.

У больного имеется потребность в повторении навязчивого движения, связанная с эмоциональным напряжением, которое усиливается при задержке этого движения.

Эти движения со школьного возраста осознаются как чуждые, болезненные, «дурные»; дети пытаются их скрыть, стесняются; они усиливаются при волнении и очень часто сочетаются с навязчивыми страхами.

Навязчивые действия направлены на предотвращение каких-либо субъективно маловероятных событий, которые якобы могут причинить вред больному или окружающим со стороны больного. Большинство таких навязчивых действий касается соблюдения чистоты, непрерывного контроля за порядком и аккуратностью или за предотвращением какой-либо потенциально опасной ситуации. Эти действия могут занимать по несколько часов в день, практически полностью нарушая нормальное функционирование человека.

СИСТЕМНЫЕ НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Энурез

Энурез - недержание (неудержание) мочи во время сна (ночного или дневного) у ребенка старше четырех лет.

Дневное недержание (неудержание) мочи (ДНМ) – эпизодические эпизоды ДНМ в бодрствующем состоянии (чаще всего во время бега, смеха, при заигрывании) у ребёнка старше трёх лет.

Эпидемиология:

Энурез – часто встречающееся заболевание, его распространенность в детском возрасте среди мальчиков составляет 12 %, среди девочек – 7 %, к началу школьного возраста эта патология сохраняется у 4,5 % детей.

Классификация:

В зависимости от времени возникновения:

Первичный - недержание мочи отмечается с раннего детства

Вторичный - недержание мочи предшествует длительный (не менее шести месяцев) светлый промежуток, когда ребенок не мочится в постель.

По форме:

Невротический энурез (если взять за основу причину, вызвавшую данное отклонение) – это недержание мочи во время сна, возникшее сразу после вероятной психотравмы, например, после первого визита в детский сад, школу, после посещения стоматолога, развода родителей

или рождения в семье маленького брата или сестры, появления отчима и т. д.

Невротическая форма не всегда вторична, так J. L. Halliday (1948) увязывал конфликты раннего детства, возникающие а частности во время приучения к навыкам опрятности, с последующими расстройствами в более зрелом возрасте (поносами, запорами и т. д.).

Психотравмы, применительно к энурезу и другим формам недержания мочи, надо толковать более широко:

- преждевременное высаживание на горшок,
- ситуация, когда ребенок длительно находится в мокрых пеленках или другой одежде в более старшем возрасте,
- депривация,
- физические наказания,
- постоянное использование памперсов,
- настойчивые и постоянные пробуждения с целью высаживания, и т. д.

Для диагностики **неврозоподобной формы** используются этиологические и клинические критерии. При оценки этиологии обращают внимание на: перенесенные соматическими и инфекционные заболевания; задержка темпа психомоторного развития; врожденная детская нервность (невропатия) (А.И. Нахимовский, 2003); состояние после перенесенных воспалительных заболеваний МПС, состояния после урологических операций, состояния после операций на позвоночнике и оболочках спинного мозга. Среди клинических проявлений важным критерием является астенизация - соматогенная, сезонная, школьная, экзаменационная.

Любая форма энуреза может включать в себя невротический (соматопсихический) компонент, по крайней мере, с определенного возраста, когда энурез начинает восприниматься ребенком как болезнь, как какая-то ущербность, накладывающая определенные ограничения на образ жизни (невозможность поехать в лагерь, на спортивные соревнования или сборы в другой город и т. п.). В этом случае, когда нарушается отношение ребенка к самому себе или к мнению окружающих о себе, по определению можно говорить о невротизации, в данном случае вторичной.

Лечение:

Все дети и подростки, страдающие энурезом, за редким исключением, должны лечиться амбулаторно.

Это относится к любым формам заболевания, но особенно к тем случаям, а их большинство, где невротический компонент наиболее выражен.

Энурез, устраненный в процессе лечения в стационаре, часто вновь рецидивирует дома, когда ребенок попадает в привычную обстановку, то есть туда, где родители совершают стандартные ошибки, провоцирующие энурез

Лечебная стратегия в лечении энуреза: не допустить выделения мочи почками в ночное время суток или всё-таки **сформировать у пациента правильный рефлекс – своевременно проснуться в ответ на наполнение мочевого пузыря (именно в ответ на наполнение мочевого пузыря, а не в определённое время, не по будильнику), встать и сходить в туалет или на горшок?!**

В любом случае крайне важным является комплексный (даже сочетанный, с учётом подключения безопасных медикаментов) подход к лечению энуреза. Так, без соответствующего настроя пациента на полное выздоровление, шансов поправиться очень мало.

Поведенческая терапия (комплекс медико-воспитательных рекомендаций, данный в суггестивной атмосфере) – 25% эффективность после проведения 1 (одной) (!) консультации.

Гипносуггестивная терапия

«Материнский» гипноз

Поведенческая терапия резерва - отрицательное самовнушение по Танцюре, парадоксальная интенция В. Франкла, МНВ по К. Денлап.

Психогенное увеличение частоты мочеиспусканий (невротическая поллакиурия)

Резко учащенное мочеиспускание издавна рассматривается как один из важнейших клинических признаков «раздраженного мочевого пузыря» в клинике невротических расстройств. Конкретной причиной этой дисфункции оказывается «нестабильный детрузор», создающий между актами мочеиспускания повышенное давление в мочевом пузыре в ответ на любые (даже очень слабые) раздражители, что выражается клинически поллакиурией, никтурией и недержанием мочи.

При невротических расстройствах развивается преимущественно (как и при камнях мочевого пузыря) дневная поллакиурия, хотя конкрементов в мочевыводящих путях у этих больных не обнаруживают.

При поллакиурии пациент испытывает потребность ходить в туалет значительное количество раз с многократным превышением нормы, иногда до 50–60 раз в день, причем мочится незначительными количествами мочи

Возникновение позывов при невротической поллакиурии мало связано с наполнением мочевого пузыря. Здесь действуют не физиологические, а преимущественно психологические, патопсихологические факторы. Императивные позывы могут возникать даже при пустом мочевом пузыре. Эти позывы могут быть эквивалентом внутриличностных расстройств, никак не связанных с внешними событиями.

Поллакиурия может быть симптомом невроза навязчивости, социофобии. Многие взрослые люди заранее изучают, где находятся туалеты по пути следования, и обязательно посещают их вне связи с позывами к мочеиспусканию. Здесь действует страх перед императивными позыва-

ми и произвольным опорожнением мочевого пузыря в общественном месте.

С агорафобией: в транспорте, на уроке. То есть именно там, где нет возможности (или стыдно(!)) сходить в туалет. *Дома, в лесу – никаких проблем нет*

Поллакиурия - в рамках школьного невроза. Ребенок утром перед школой должен сходить 10 раз в туалет, пока не сходит — не пойдет в школу: он опаздывает на занятия, но ничего с собой поделаться не может.

Органопатическая форма: если ребенок когда-то перенес воспалительное заболевание мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит), сопровождавшееся произвольным (или учащенным) мочеиспусканием в дневные часы только на период заболевания, то в дальнейшем (при отсутствии нефрологических расстройств) — психотравма или ряд психотравм могут оживить в коре головного мозга старые условно-рефлекторные связи и привести к появлению дневного недержания мочи и (или) поллакиурии.

Школа может стать источником формирования невротической поллакиурии и (или) дневного недержания мочи. Ребенок в школе может оказаться в различных психотравмирующих ситуациях, например, издевательства старшекласников, педантизм учителей /не отпускают во время урока/.

Профилактика и лечение:

1. Спокойная, доброжелательная обстановка в семье, исключение физических наказаний ребенка, а также насмешек в связи с его проблемой.

2. Снижение требований, предъявляемых к ребенку, особенно, если они превышают его физические, интеллектуальные возможности вообще или на определенном этапе (например, в период выздоровления от той или иной болезни).

Проблему энуреза, дневного недержания мочи и поллакиурии, как в плане профилактики, так и в плане лечения, пытаются решать разные специалисты: неонатологи, нефрологи, урологи, генетики, неврологи, психологи, психотерапевты и т. д.

Однако до настоящего времени отсутствуют универсальные, «абсолютные» методы лечения.

В то же время комплексный лечебный подход при данных расстройствах обеспечивает максимальную вероятность их устранения.

Особое значение при этом имеет своевременное обращение к врачу и четкое выполнение родителями и самим ребенком всех медико-педагогических рекомендаций, исходящих от специалистов, принимающих участие в лечебном процессе.

Энкопрез

Энкопрез - недержание кала функциональной природы. То есть проктологи и неврологи при обследовании не находят никаких изменений, ни

хирургических, ни неврологических, которыми можно было бы объяснить данное расстройство. Однако ребенок или подросток не удерживает кал (одни редко, другие часто), даже если туалет находится неподалеку.

Эпидемиология – 0,8% детского населения

Дифференциальная диагностика с:

недержанием кала при болезни Гиршпрунга (в.т.ч. и п/операций)

недержанием кала при миелодисплазиях (в.т.ч. и п/ операций)

Недержанием кала у психически больных детей (УО, психопатии и др.)

Энкопрез чаще всего проявляется в дневные часы в бодрствующем состоянии и очень редко отмечается во время сна.

Этиология:

- перенесенные в младенческом возрасте те или иные заболевания центральной нервной системы, от тяжелых и редких до часто встречающихся легких форм перинатальной энцефалопатии

- перенесенные в младенческом возрасте воспалительные заболевания собственно кишечника /скорее формирование LMR/.

- запоры психогенного характера в семьях с повышенным вниманием к процессам питания, прибавки веса и регулярности опорожнения кишечника (формирование т.н. парадоксального - ложного недержания кала).

- Запоры могут приводить к формированию анальных трещин с присоединением выраженного болевого компонента при дефекации, что в свою очередь может приводить к тревожному ожиданию этой боли и страху перед посещением туалета или использованием горшка.

- Депривация (малыш ходит запачканным весь день)

- Памперсы (а зачем тогда ходить на горшок)

- Страх перед горшком, вызванный неприятием вида собственного кала (у тревожно-мнительных).

Энкопрез может выступать, как протестное, истерическое реагирование, истерический моносимптом.

Ребенок неосознанно использует энкопрез для борьбы за статус в семейной иерархии при появлении отчима, угрозе распада семьи, рождении сибса, в начальный период посещения яслей или детского сада, реже – школы. В этих и других случаях энкопрез является так называемым регрессивным симптомом, то есть своеобразным откатом назад в младенческий возраст, когда «какаться в штаны» в принципе является нормальным.

Чаще всего энкопрез неорганической природы является вторичным, то есть возникающим уже на фоне четко сформированного навыка опрятности, но иногда он бывает и первичным, показывая скорее всего подсознательное нежелание ребёнка вырасти.

Нередки случаи, когда взрослению ребёнка неосознанно препятствует мать, целиком ушедшая в ребёнка, вследствие наличия в семье серьёзных психологических и супружеских проблем.

В любом случае, независимо от причины её возникновения, такая грубая форма протеста или регресса недопустима, поскольку, в конечном счёте, от неё главным образом пострадает сам ребёнок. Кто будет, к примеру, в школе дружить с ребёнком, от которого ... воняет. А сидеть с ним за одной партией?! Всё это неизбежно приведёт к развитию самопсихических реакций.

Лечение:

- Семейная терапия (как минимум, фрагментарно).

- Сепарация отношения родителей к симптому от отношения к ребёнку.

- Любить своего ребёнка – не означает любить его постоянно грязные и вонючие штаны. Не бывает плохих детей, но бывает плохое поведение, плохие поступки, плохие симптомы, которые требуют жёсткого (но ни в коем случае не жестокого) подхода.

- Поведенческая терапия – основной метод.

- Гипносуггестивная терапия с продолжением поведенческой терапии во время гипнотических сеансов.

- Принцип постепенного включения негативных стимулов.

- Высочайшая эффективность (до 98 %) при полном и безоговорочном сотрудничестве родителей (хотя бы одного из родителей) с психотерапевтом, неукоснительное выполнение всех рекомендаций.

- Высокая вероятность возникновения заменяющей симптоматики.

- Недопустимость блокировки (любыми способами) практически любой заменяющей симптоматики в течение четырёх месяцев.

- Примеры успешной терапии энкопреза без предварительной нормализации семейной обстановки.

- Возможность выхода на полноценную семейную реконструкцию после устранения симптома.

Заикание

Заикание — это состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором наблюдаются в периферическом речевом аппарате больного судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Эти наслоения могут обуславливать определенные личностные изменения и приводить к нарушениям, в той или иной мере, системы общения больного с окружающими людьми (Миссуловин Л. Я., 1988, 1997).

Заикание - нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте.

Эпидемиология: заикание встречается у 1 – 5 % населения. Гендерное распределение: мальчики/девочки – 3:1.

Заикание чаще всего развивается в возрасте 4-5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с интенсивным формированием мышления, и ребенок начинает задавать особенно много вопросов познавательного характера.

Однако появление заикания возможно и в более раннем возрасте, в частности в период становления речи, т. е. на 2- 3-ем году жизни.

Классификация:

Логопедические формы:

- Клоническая
- Тоническая
- Клонико-тоническая

Степени тяжести:

- Лёгкая
- Средне-тяжёлая
- Тяжёлая
- Крайне-тяжёлая (невозможность начать разговор без посторонней помощи)

Клинические формы:

- Невротическая (-) Логоневроз
- Неврозоподобная
- Смешанная

Этиологические факторы:

Невротическая форма (этиологически):

- на фоне психотравм дома (в т.ч. доминирующая гиперпротекция),

- на фоне сверхактивной информационной стимуляции психики ребенка. (При этом проявляется неготовность ЦНС к необходимости быстро или в большом объеме усваивать информацию из окружающего мира).

- на фоне чрезмерной нагрузки на речевые центры у детей в двуязычных семьях.

- на фоне подражания, особенно, если заикается один из членов семьи.

- на фоне психотравм в детском учреждении

- попытки родителей и педагогов грубо и в сжатые сроки перевоспитать / переучить леворукого ребёнка.

Неврозоподобная форма (этиологически):

- вследствие родовой травмы, резидуально-органических поражений ГМ

- инфекционных и соматических заболеваний.

Леворукость – является одной из врожденных предрасполагающих причин возникновения заикания (Белякова Л.М., Дьякова Е.А., 1998).

Профилактика заикания, вызванного информационной перегрузкой:

- не перегружать нервную систему ребенка информацией, особенно, если она ему преждевременна,
- или укреплять ту же нервную систему с помощью физкультуры, правильного режима дня, прогулок на свежем воздухе,
- информацию преподносить таким образом, чтобы в процессе ее восприятия равномерно участвовали разные анализаторы (слух, зрение, осязание).

Логоневроз – (второе значение) - страх речи, страх говорить в незнакомой обстановке, с незнакомыми людьми, на экзамене и т. д.. При этом ребенок вполне нормально может говорить с родителями и другими родственниками, со сверстниками, с теми, кто не выходит за круг регулярного общения.

Логоневроз может проявляться не только в виде заикания, но и в виде отказа от речевого общения (мутизм) в психотравмирующей ситуации, в виде изменения темпа речи, голосовой подачи, четкости произношения отдельных звуков и т. д.

Реакция родителей на заикание у детей:

Чрезмерные переживания приводят к тому, что тревога родителей передаётся ребенку, тем самым только усиливая симптом.

А значит, такие родители ещё в большей степени, чем их дети, нуждаются в психотерапии. И это просто необходимо, ибо часто, а в случае с заиканием очень часто, психическое (да и не только психическое) здоровье детей напрямую зависит от здоровья их родителей!

«Переживания» других родителей выражаются в постоянном одергивании детей в ответ на малейшую запинку, а также в требованиях по несколько раз повторять фразу до тех пор, пока ребенок не произнесет ее без ошибки. Таких родителей порой, увы, больше беспокоит мнение окружающих, чем здоровье своего ребенка.

Но нуждаясь в психотерапии не в меньшей степени, чем предыдущие, они чаще всего отказываются от неё, никак не желая менять свои, увы, иррациональные установки.

Родители заикающихся детей стараются освободить школьников от устных ответов, экзаменов, от «лишних» нагрузок. Масса примеров, когда ребенок или подросток отвечает на вопросы учителя только в письменной форме, что для учителя гораздо спокойнее, особенно при выраженной заикании у ученика. И так происходит из года в год.

Такая тактика приводит лишь к формированию или к закреплению логоневроза, а также к развитию комплекса неполноценности.

Освобождать от устных ответов, устных экзаменов следует лишь детей и подростков с тяжелой или сверхтяжелой формой заикания, но только временно - до перехода заикания в среднетяжелую форму. И, конечно, на фоне лечения.

Лечение длительно существующего заикания – трудный и долгий процесс, поэтому раннее устранение только что начавшегося заика-

ния, пусть даже с помощью сильных средств, даже транквилизаторов, с параллельным введением ограниченного по длительности специального охранительного режима («обет молчания», затемнение комнаты, отключение радио и телевизора) вполне оправдано.

Профилактика соматопсихических расстройств - относиться такому ребенку или подростку как к совершенно здоровому, нормальному, полноценному.

Лечить заикание можно и нужно. Относиться к выполнению всего комплекса рекомендаций взрослому пациенту или подростку стоит серьезно. А вот делать из заикания трагедию, как и рассматривать лечение как «последний шанс стать нормальным человеком» не стоит.

Лечение заикания:

Логопедия (логопед + психотерапевт)

Фармакотерапия (седативные + антиспастики)

Самовнушение, аутотренинг, ПМР (по Э.Джейкобсону)

Гипносуггестивная психотерапия (с приёмами поведенческой психотерапии, в частности с систематической десенситизацией)

«Материнский» (!) гипноз

Поведенческая терапия резерва: МНВ по К. Денлап (1928).

Тикозные расстройства (Тики)

Тики – быстрые, непроизвольно повторяющиеся движения, иногда однотипные, но чаще изменчивые и обязательно исчезающие во время сна.

Тики – быстрые клонические подергивания ограниченной группы мышц, как правило стереотипного характера, имитирующие произвольные движения, в связи с чем они производят впечатления нарочитых.

Эпидемиология: у 2–4 % детского населения, на наш взгляд имеет место тенденция к увеличению распространенности данной патологии (до 10 %).

Мальчики ~ 13%, девочки ~ 11 %

Тики появляются у детей в возрасте от 2 до 18 лет, наибольший пик приходится на возраст 7-11 лет;

Отличительной чертой тиков является их непреодолимый характер (большинство пациентов о них знают, пытаются их сдерживать, однако у них ничего не получается);

Их выраженность уменьшается при интенсивной концентрации внимания, во время развлечений;

На какое-то время гиперкинезы можно подавлять усилием воли;

Их течение носит волнообразный характер;

Характерны сезонные колебания тиков;

В любом возрасте моторные тики значительно преобладают над вокальными;

Этиология:

Механизмы наследственности:

Синдром Туретта, хронические тики и ОКР часто встречаются у родственников пациентов;

У родственников мужского пола тикозные расстройства встречаются чаще, чем ОКР, а у родственников женского пола справедливо обратное.

Существует много правдоподобных, но недоказанных теорий, связывающих тики с дисбалансом в дофаминоэргических, холинергических, норадренергических, серотонинергических, глутаминергических и ГАМК-ергических системах

И всё-таки, на наш взгляд, стоит говорить о передаче по наследству предрасположенности к возникновению тиков, а не самих тиков!

Нейроиммунные механизмы:

Есть данные о том, что стрептококковые инфекции, вызванные β-гемолитическим стрептококком группы А, иногда могут спровоцировать аутоиммунные реакции, которые повреждают базальные ганглии, приводя к синдрому PANDAS «Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection (детские аутоиммунные нейropsychические расстройства, ассоциированные со стрептококковой инфекцией) /S.E. Swedo, L. Klesling (1994, 1998)».

Нейropsychиатрические проявления данного синдрома включают как тики, так и ОКР.

Пациенты с PANDAS синдромом, страдающие хроническими тиками и ОКР, представляют собой подгруппу детей, особо восприимчивых к БГСА инфекции. Однако БГСА инфекция не является главной и даже наиболее частой причиной обострений PANDAS синдрома. Возможно, повышенная чувствительность к БГСА инфекции у детей с PANDAS синдромом генетически обусловлена, что подтверждалось высокой частотой наследственной отягощенности по ревматической лихорадке. За длительный период наблюдения американские исследователи зарегистрировали относительно небольшое число клинических обострений и эпизодов БГСА инфекции. Однако этот результат имеет большое практическое значение.

Во-первых, исследование продемонстрировало, что больные с PANDAS синдромом клинически неоднородны, а обострения у них протекали не чаще и не тяжелее, чем у пациентов К-группы.

Во-вторых, показано, что добиться благоприятного клинического течения с редкими обострениями можно при использовании ранней симптоматической (психотропной) терапии без использования антибиотикопрофилактики и иммуномодуляторов. /Roger Kurlan et al. *Streptococcal Infection and Exacerbations of Childhood Tics and Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Blinded Cohort Study. Pediatrics* 2008;121;1188-1197/

Перинатальная патология:

обвитие пуповины вокруг шеи;

асфиксия в родах;
выраженная желтуха новорожденности;
кесарево сечение;
родоразрешение при помощи щипцов;
СДВГ
прием стимуляторов ЦНС матерью во время беременности,
тяжелый гестоз,
прием противорвотных средств,
протекание беременности на фоне психоэмоционального стресса
Скорее следует говорить о том, что все вышеперечисленные факторы
сделали нервную систему ребенка или подростка более слабой и уязви-
мой, создав благоприятную почву для возникновения тиков!

Условно-рефлекторное закрепление соматических симптомов:
Реконвалесценты ОРВИ, бронхита, аллергического ринита, конъюнк-
тивита

Переутомление глаз ~ с миопией
В таких случаях локализация и характер тиков соответствуют имев-
шему место соматическому расстройству.

Психодинамический взгляд на тики:
Тики - как символическое выражение внутреннего конфликта.
Тики - моторные эквиваленты эмоциональной активности, позволяю-
щие в замаскированной форме проявить подавленные сексуальные и
агрессивные импульсы (Fenichel O., 1945).

Но: при органических неврозах функциональные нарушения, по-видимому,
не имеют собственного психического значения, поскольку не являются пе-
реводом специфических фантазий и побуждений на язык тела. Это же от-
носится к догенитальным конверсиям (Fenichel, 1945), включающим заика-
ние, тики и астму. Чтобы не относить к конверсии любой сдвиг из психики в
сому, Ренгелл (1959) предложил исключить из группы конверсионных слу-
чай неизбежных, но неспецифических соматических последствий психиче-
ского напряжения и неразряженного аффекта.

Психосоциальные факторы:
Психологические травмы внутри и вне семьи.
Острые психотравмы, в т.ч. эпизоды внезапного испуга – 13%;
Школьный адаптационный стресс («тики первого сентября») – 8,5 %
Чутко Л.С./

Хронические психотравмы – 44 % (!)
В т.ч. разлука с одним из родителей в результате распада семьи;
Длительная умственная перегрузка (?)

Основные психосоциальные причины возникновения тиков
(А.И. Нахимовский, В. В. Шишков, 2003):
Доминирующая гиперпротекция со свойственной ей гиперрегламен-
тацией малейших нюансов поведения ребенка;
Воспитание по типу повышенной моральной ответственности за дос-
тижения им успехов в учебе и спорте

Наличие тесной связи с психологическими особенностями родителей
(особенно матерей) и психотипом самого ребенка

Систематика:

Неврологи:

Тики (G25.6)

Психиатры:

ОКР (F42.1)

Транзиторные или хронические / множественные тики (F95.0, F95.1)

Синдром де ля Туретта (комбинированные голосовые и множествен-
ные двигательные тики) (F95.2)

Стереотипные двигательные расстройства (F98.4)

**Виды тиков, двигательных стереотипий и навязчивых движе-
ний:**

Лицо и голова:

- гримасничанье,
- сморщивание лба,
- поднятие бровей,
- моргание веками,
- зажмуривание,
- сморщивание носа,
- оскаливание зубов,
- покусывание губ и других частей рта,
- высовывание языка,
- вытягивание нижней челюсти,
- наклоны,
- подергивания и покачивания головой, скручивание шеи,
- смотрение по сторонам,
- вращение головой.

Руки:

- потирание рук,
- подергивание пальцами,
- перекручивание пальцев и сжимание рук в кулаки

Тело и нижние конечности:

- пожимание плечами,
- дергание ногами,
- коленями и большим пальцем («манерный щелчок»),
- странная походка,
- покачивание туловищем,
- подпрыгивание.

Органы дыхания и пищеварения:

- икота,
- зевание,
- принюхивание,

- продувание воздуха через ноздри,
- свистящий вздох,
- усиленное дыхание,
- отрыжка,
- сосательные или чмокающие звуки,
- прочищение горла (кхе-кхе)

Простые моторные тики захватывают одну мышечную группу, в основном мимическую мускулатуру;

Сложные моторные тики напоминают координированные действия, в реализацию которого включаются несколько групп мышц.

Эхопраксия (эхокинезия) - непроизвольное повторение или имитация психически больным движений окружающих его лиц.

Копропраксия - симптом, выражающийся в невольном совершении неприличных или запретных жестов (своеобразное высывание языка, имитирующие мастурбацию телодвижения, показывание среднего пальца руки), что шокирует окружающих и потому весьма тревожит и смущает самих пациентов, а также и их близких.

Вокализмы:

К простым вокальным тикам относится воспроизведение отдельных звуков

Сложные вокальные тики заключаются в произношении слов, словосочетаний и предложений, которые имеют определенный смысл, к ним также относят эхोलалию, палилалию, копролалию.

Копролалия (лат. *coprolalia*; греч. *κόπρος* — кал, грязь + *λαλία* — речь) — болезненное, как правило непреодолимое импульсивное влечение к циничной и нецензурной брани (произношению нецензурных слов) безо всякого повода. Особой выраженности достигает при синдроме де ля Туретта.

По степени тяжести (частоте):

- Единичные тики - повторяются от 2 до 9 раз за 20 минут осмотра;
- Серийные тики - повторяются от 10 до 29 гиперкинезов за 20 минут, после которых наступают многочасовые перерывы.
- Тикозный статус - серийные тики от 30 до 120 и более за 20 минут без перерыва в течение дня. У всех больных в это время отмечается полное сохранение сознания.

Синдром де ля Туретта

Клинически развёрнутая симптоматика представлена: Многочисленными и разнообразными гиперкинезами, звуковыми и речевыми вокальными проявлениями, копролалией, расстройством сна, навязчивым возникновением визуализированных представлений и мыслей контрастного (хульного) содержания или желания (потребности) совершения шокирующего, опасного, бессмысленного действия.

В 50% одновременно с гиперкинезами отмечается развитие гиперактивности, дефицита внимания, импульсивности. Относительно часты агрессия к наиболее близким и значимым лицам, аутоагрессия, нарушения влечений (гиперсексуальность, садомазохизм).

Синдром де ля Туретта (морфология и патогенез):

Морфологическим субстратом болезни является задержка развития нейронов стриатума или глиоз головок хвостатых ядер (одно- или двусторонний), при этом ПЭТ исследование позволяет установить гипо- или гиперметаболизм области базальных ганглиев и изменение функциональной активности лобных долей.

Основным патогенетическим механизмом, реализующим развитие проявлений болезни Туретта, является дисбаланс дофаминергических и холинергических процессов в подкорковых структурах, причём наибольшее значение имеет относительное преобладание дофаминергической активности (В.Н.Шток, 2002; A.J.Lees, 1989).

Синдром де ля Туретта может развиваться в любом возрасте вследствие тяжёлых черепно-мозговых травм, энцефалитов, деструктивных заболеваний головного мозга.

Болезнь Туретта

Дебютирует всегда в детском возрасте, никогда ранее 2-х лет, в 50% случаев между 5 и 7 годами, значительно реже между 7 и 10 годами, редко после 10 лет и практически никогда после 12 лет. Имеет наследственную предрасположенность

Основные принципы терапии синдрома де ля Туретта (И.В. Макаров, 2013):

Лечение синдрома Туретта должно быть начато до наступления пубертатного периода, на ранних этапах развития болезни (при тщательном подборе индивидуальных дозировок применяемых средств в соответствии с преобладающей симптоматикой).

Лечение целесообразно начинать с применения более «лёгкого» препарата и переходить к использованию следующего при неполном эффекте ((Нахимовский А.И., Шишков В.В., 2003; Чутко Л.С., 2007, Макаров И.В., 2013).

Длительность лечения после редукции симптоматики составляет от 6 до 12 месяцев.

Дифференциальная диагностика:

Органические заболевания головного мозга

- Малая хоррея;
- Хоррея Гентингтона;
- Синдром Леша-Нихана;
- Болезнь Вильсона;
- Рассеянный склероз;
- Кожевниковская эпилепсия;

- Травмы головы;
- Эпилепсия

Неорганические заболевания головного мозга:

- Осложнения медикаментозной терапии (нейролептики, бензодиазепины, реглан);
- Стереотипные движения при умственной отсталости, шизофрении;
- Обсессивно-компульсивные расстройства (хотя, поскольку семейные исследования позволяют полагать, что одни и те же гены могут увеличивать предрасположенность и к тикам, и к ОКР, не так удивительно, что феноменология тиков и ОКР также перекрывается).

Фармакотерапия тиков

При лечении тиков необходимо соблюдение ступенчатого подхода, в соответствии с которым терапия начинается с наиболее мягких препаратов, характеризующихся минимумом побочных эффектов. В дальнейшем при необходимости осуществляется постепенный переход к более сильным препаратам, использование которых, к сожалению, может сопровождаться нежелательными побочными эффектами. Их применение следует начинать с малых доз, с постепенным повышением дозы (Нахимовский А.И., Шишков В.В., 2003; Чутко Л.С., 2007).

Психотерапия при тиках (по Hiller W., Rief W., 1999 с изменениями и добавлениями)

1. Создание доверительных отношений - показать свое понимание и сочувствие.
2. Формирование лечебной мотивации - показать пациенту (родителям) мишени терапии, отграничить нереальные цели (?).
3. Выработка психосоматического понимания заболевания - объяснить взаимосвязь между психическими и физическими процессами
4. Устранение убежденности в наличии тяжелого заболевания (как родителей, так и самого ребёнка, которому объясняется, что тик - это привязавшаяся к нему (без его вины!) некрасивая (создание мотивации на лечение, если её не было!), но всегда (?) устранимая (настрой на успешную терапию) ПРИВЫЧКА.
5. Демонстрация факта, что тревога самого ребёнка, а тем более тревога родителей (!) по поводу тиков, - будет поддерживать эти тики.
6. Редуцирование психофармакотерапии до оптимального уровня.
7. Устранение щадящего и избегающего поведения (относится к такому ребёнку, как абсолютно здоровому)!
8. Улучшение качества жизни - стимулирование социальных контактов, хобби и т.д.
9. Устранение тревожного ожидания тиков, прекращение попыток сдерживания
10. Запрет родителям, родственникам (и, по возможности, педагогам) на любые формы обращения внимания на тики: одёргивания, битьё по рукам (губам и т.п.), замечания, попытки «завиноватить».

Трихотилломания

Трихотилломания - навязчивое выдергивание волос, бровей, ресниц.

Этиология:

Регресс (возврат на фоне о. стресса или ХПЭН к детскому способу самоуспокоения (накручивание волос в раннем детстве (до 2 - 2 1/2 лет))

Самонаказание:

истинное (собственно аутоагрессия)
демонстративное (показное).

Чаще такое происходит, если ребенка или подростка ставят в жесткие рамки, во всем контролируют, требуют постоянного отчета об уроках, друзьях и времяпровождении, или когда уровень притязаний родителей в отношении достижений ребенка резко завышен (воспитание по типу доминирующей гиперпротекции).

При заниженной самооценке - самонаказание, как правило, истинное (симптом свидетельствует об уничтожении себя, о полной покорности судьбе, о невозможности соответствовать требованиям родителей, учителей, коллектива)

При завышенной самооценке - демонстративное (способ привлечь внимание окружающих, весьма оригинально обвиняя родителей или учителей в своих неудачах («Вот до чего Вы (!) меня довели!»).

Совершенно иной механизм развития этого заболевания периодически возникает у девочек, причем именно у красивых девочек (девушек), у которых формируется т. н. комплекс излишней красоты, когда данная девушка значительно красивее своих сверстниц, одноклассниц.

сделать себя менее привлекательной и вновь «заслужить» дружбу завистливых подруг

соревнование с матерью в красоте (ревность отца к матери)

закрепление патологической симптоматики как навязчивой привычки

Дифф. диагноз с трихотилломанией - как симптомом в структуре бредовых психозов, шизофрении (особенно, когда симптом сочетается с трихофагией)

Расстройства сна

Классификация:

- **Расстройство количества и качества сна (диссомнии):** бессонница, повышенная сонливость, нарушение цикла сон-бодрствование;
- **Аномальные эпизодические состояния, связанные со сном (парасомнии):** снохождение (сомнамбулизмом («лунатизмом»)), ночные ужасы, ночные кошмары, двигательные стереотипы во сне

Бессонница

Бессонница — это расстройство сна, которое характеризуется неспособностью заснуть в течение значительного периода времени ночью.

Критерии диагностики:

- 1) жалобы на плохое засыпание и/или на плохое качество сна,
- 2) эти нарушения сна отмечаются не меньше 3 раз в неделю в течение месяца,
- 3) пациент проявлял озабоченность бессонницей и ее последствиями (ночью и в течение дня),
- 4) именно расстройство сна вызвало у него тяжелое недомогание либо нарушение социального и профессионального функционирования.

Бессонница – болезнь, синдром или симптом???

Существуют предположения о причинно-следственной связи между хроническим недосыпанием (менее 6 часов в сутки) и множеством заболеваний: сахарном диабете, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, аллергическими заболеваниями, аффективной патологией (частой сменой настроения, депрессией).

Несмотря на то, что дискуссии о том, чем является бессонница – причиной, следствием, сопутствующим фактором различных заболеваний – продолжается, важность нормализации сна, как в количественном, так и в качественном отношении, не отрицает никто.

Повышенная сонливость, не связанная с недостаточной продолжительностью сна в ночное время, не имеющая под собой существенной органической (мозговой) или психопатологической основы, – редкое заболевание, поэтому больные, предъявляющие такие жалобы, прежде всего, нуждаются в дополнительном соматическом и неврологическом обследовании!

Нерегулярный ритм сна-бодрствования, когда индивидуальный режим человека в этом плане десинхронизирован от аналогичного графика сна-бодрствования подавляющего большинства людей, живущих в данной местности и принадлежащих к данному социуму. Такой пациент страдает от бессонницы ночью и от сонливости днем почти ежедневно, что приводит к невротизации и нарушает социальное и (или) профессиональное функционирование.

Сомнамбулизм

В отличие от других видов нарушений сна, при сомнамбулизме вопрос лечить – не лечить ставиться не имеет право.

Пациент во время эпизодов снохождения не отдает себе отчета в том, куда он идет и где находится, что чревато серьезными травмами, а порой и реальной угрозой жизни.

Ночные страхи и ночные ужасы

Ночные страхи, в отличие от ночных ужасов, не обязательно должны включать крики и двигательное возбуждение. Ребенок может проснуться от «страшного сна» и в течение какого-то времени плохо ориентироваться в реальности. И потом страх, постепенно уменьшаясь, полностью исчезает на фоне повторного засыпания. При этом могут отмечаться перидические всхлипывания.

Амнезия при ночных страхах выражена в меньшей степени, чем при ночных ужасах — какие-то отрывочные воспоминания иногда сохраняются, кроме того, ночные ужасы, как правило, сопровождаются вегетососудистыми наслоениями: побледнением или гиперемией (покраснением) кожных покровов, нарушением ритма сердца, скачками АД и т. д.

Симптоматика ночных страхов, может отмечаться и в рамках истерии, когда своим мнимым страхом ребенок привлекает внимание родителей.

Но, понимая подсознательные истерические истоки этих заболеваний, вызванных как ревностью ребёнка на фоне выраженных у него демонстративных черт характера, так и в корне неверной реакцией родителей, нельзя говорить о сознательной симуляции (обмане).

Если страхи декларированы – то они (даже если за ними стоит явный истерический невротический конфликт) - требуют психотерапевтического лечения.

Ночные кошмары

Основным признаком ночных кошмаров являются характер и содержание самих снов: яркость, близость к реальности, угроза жизни или безопасности, «удары» по чувству собственного достоинства. Человек, как правило, находится в неподвижном состоянии, хотя легкое двигательное беспокойство в виде мышечных подергиваний, дрожания всего тела, постанываний, «повизгиваний» могут иметь место. На фоне «невыносимой» ситуации нередко наступает пробуждение, при этом обычное сознание (в отличие от ночных страхов и ужасов) возвращается практически сразу, так же как и возможность установления контакта. Амнезия, как правило, не наблюдается, и человек может подробно, в деталях описать содержание кошмарного сна.

Парасомнии, пароксизмальные явления во сне

•Сонный бруксизм - скрежетание зубами во сне, встречается в любом возрасте с максимумом манифестации в 10-13 лет;

•(Псевдо)астматические приступы во сне - их пик приходится на несколько возрастных отрезков (2 года, 6-7 лет, 10-13 лет). Особенностью таких приступов является их исчезновение при бодрствовании (дети, имеющие указанные приступы, страдают сонливостью днем, другими пароксизмальными р-вами сна).

Никталгии - приступы различной локализации во время сна. Для многих соматических заболеваний характерно обострение болевого синдрома ночью (печеночные, кишечные, почечные колики), что обусловлено изменением центрального контроля боли в различные фазы сна;

Приступообразные рвоты во сне характерны для детей 2-8 лет и, как правило, сопровождаются ночными страхами, астматическими приступами, никталгией.

Вздрагивания - условно-патологический феномен сна, т.к. вздрагивания в период засыпания относятся к физиологическим движениям, кот. особенно часто встречаются у подростков;

Двигательные стереотипии во сне

Термин «двигательные стереотипии во сне» обозначает поведение, наблюдающееся во сне, и состоящее в основном из ритмических движений. Это состояние обычно возникает в период, непосредственно предшествующий сну, и удерживается в течение периода легкого сна. Изредка оно сохраняется и появляется во время глубокого сна.

покачивания головы

раскачивания туловища ((представляют собой ритмические маятникообразные движения головой и туловищем различной амплитуды из стороны в сторону с частотой 0,5-2 в секунду);

складывания по принципу «перочинного ножа» (ритмическое приподнимание и опускание туловища и головы из положения «лежа на спине» в положение «сидя»);

биения (при которых ребенок бьется головой о подушку, приподнимаясь на вытянутых руках.);

движения по типу челнока (раскачивания ребенка в переднезаднем направлении в положении «на четвереньках», чаще в возрасте 1,5-3 лет);

Двигательные стереотипии не только нормализуют фазовую структуру сна, переключая одну фазу сна на другую, но могут и нарушать сон. Например, «биения» с ударами головой о твердые части кровати могут способствовать травмам головы, ушибам и сотрясениям головного мозга и соответственно усиливать расстройства сна с присоединением других симптомов — снохождения, ночных страхов и т. д.

К вопросу **этиологии** стереотипий в детских домах:

Гипотеза А.И. Нахимовского: у новорожденных, которых не раскачивали совсем или раскачивали не в той плоскости, нарушается правильное формирование фазовой структуры сна, и в дальнейшем именно они «используют» раскачивания для компенсации нарушенных механизмов сна. То есть имеет место не только психологическая, но и физиологическая депривация (А.И. Нахимовский, В.В. Шишков, 2003).

Сосание пальца встречается у 80% детей, при этом у 78% оно ассоциировано с расстройствами сна. Наиболее часто возникает у грудных детей до 9 месяцев в фазу засыпания.

Мастурбация отмечается чаще при засыпании и проявляется напряжением мышц бедер, касанием руками гениталий, принятием различных поз, учащенным дыханием, потоотделением, вскрикиванием.

Вопросу возможной связи парасомний с эпилепсией посвящены многие исследования [В.В. Буздин, 1989; Гольбин А.Ц., 1979; Cadhillac J., 1982; Jonson L.C., 1982 и др.]. Так, Ковалев В.В. и соавт. 1988; Schmitt J., 1979 и некоторые другие авторы настаивали на том, что парасомнии являются неэпилептическими церебральными пароксизмами; другие [Асанова Л. М.-Б., 1990; Кельин Л.Л., 1990 и др.], наоборот, считали парасомнии реальными факторами риска по эпилепсии. Об учащении и полиморфизме парасомний в период, предшествующий развёртыванию первого спонтанного эпилептического припадка, писали Болдырев А.И., 1990; Буздин В.В., 1980 и др.

Сноговорение

Сноговорение чаще всего проявляется у детей с синдромом гиперактивности /или у тревожных детей.

Достаточно рекомендаций по режиму дня, назначением «мягких» ноотропов (пантогам), не обращая внимание пациента на симптом.

Но если родителей этот симптом беспокоит, то можно рекомендовать физическую нагрузку перед сном в виде приседаний.

Лечение расстройств сна (режим и психотерапия):

Старайтесь избегать приема стимуляторов, в том числе природных, содержащихся в кофе, шоколаде, какао, крепком чае, коле, энергетических напитках; никотина, особенно во второй половине дня. Алкоголь, вызывающий зависимость, может помочь заснуть, но часто становится причиной несвоевременного пробуждения посреди ночи.

Желательно не принимать перед самым сном никаких лекарств (за исключением успокоительных, если к ним все же пришлось временно прибегнуть).

Проветрите свою спальню, по возможности оставьте форточку открытой на всю ночь /многим пациентам этого оказалось достаточно, чтобы быстро избавиться от длительно преследовавших их ночных кошмаров/, выключите свет (допускается использование маломощного ночника).

По возможности не используйте кровать, в которой вы спите, для работы, чтения, просмотра телевизионных программ. Эта кровать должна ассоциироваться больше всего с ночным сном.

Кровать должна быть удобная, матрас в меру мягкий, ровный, ни в коем случае не прогибающийся (это формирует или усугубляет патологию позвоночника).

Пользуйтесь для сна только просторной, удобной одеждой, без обтягивающих резинок, желательна из натуральных волокон.

Дети любого возраста и пола категорически не должны спать в родительской постели, тем более с родителями. Даже грудного младенца мать, если и кормит ночью в своей кровати, должна по окончании кормления сразу же положить в его кроватку.

Попытайтесь вставать и ложиться примерно в одно и то же время, для людей склонных к бессоннице — даже в выходные. По крайней мере, составьте свое расписание сна по дням недели.

Занимайтесь физкультурой в течение дня. Спортсмены крайне редко испытывают проблемы со сном.

Хотя считается, что семь часов ночного сна плюс один час дневного отдыха предпочтительнее восьмичасового ночного сна, страдающим бессонницей лучше не спать днем.

Если вечером вы посещаете бассейн или тренажерный зал, то, придя домой, не пытайтесь бороться со сном, сразу же (возможно после легкого ужина) ложитесь спать.

Полезно принять за 3–4 часа горячую солевую или хвойную ванну, соблюдая концентрацию. Есть данные, что семь минут нахождения в такой ванне оказывают успокаивающее и релаксирующее действие, а десять — наоборот, тонизирующее. При наличии сердечно-сосудистой патологии ванну можно принимать только теплую, но уже за два часа до отхода ко сну.

Прогулка перед сном в хорошую погоду (но не сразу из ванной) также не повредит.

Можно выпить перед сном стакан горячего (но не кипяченого) молока с ложкой меда или травяной чай, содержащий лаванду, фенхель, анис.

Хорошо помогают заснуть занятия аутогенной тренировкой (АТ), но начинать осваивать их лучше под руководством специалиста в режиме гетеротренинга или на сеансах психорегуляции

Методы психотерапии расстройств сна:

Поведенческая терапия (парадоксальное внушение) /Танцюра, 1956/
Рисуночная десенсибилизация ночных страхов.

Аутогенная тренировка.

Гипносуггестивная терапия.

Оглавление

РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ И ЕЁ НАРУШЕНИЯ	3
Классификация и клинические проявления нарушения привязанности.....	14
Привязанность и дальнейшее развитие.....	15
НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	22
Нервная анорексия.....	22
Нервная анорексия у младенцев (инфантильная анорексия).....	25
Регургитационные или жевательные расстройства.....	27
Постоянное поедание несъедобных веществ.....	28
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.....	30
ОБЩИЕ НЕВРОЗЫ.....	32
Неврастенический невроз.....	32
Истерический невроз.....	33
Аффективно-респираторные приступы.....	33
Невроз страха (тревожно-фобические расстройства).....	36
Невроз навязчивости (невроз навязчивых состояний)	37
СИСТЕМНЫЕ НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	38
Энурез.....	38
Психогенное увеличение частоты мочеиспусканий (невротическая поллакиурия).....	40
Энкопрез.....	41
Заикание и логоневроз.....	43
Тикозные расстройства (тики).....	46
Синдром де ля Туретта.....	50
Болезнь де ля Туретта.....	51
Трихотилломания.....	53
Расстройства сна	53
Бессонница	54
Сомнамбулизм.....	54
Ночные страхи и ужасы	55
Ночные кошмары.....	55
Парасомнии, пароксизмальные явления во сне.....	56
Двигательные стереотипии во сне.....	57
Сногворение.....	57

Пограничные психические расстройства в детском возрасте

Учебное пособие

Подписано в печать 23.01.2015 г. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Arial. Объем 3,75 печ. Тираж 100 экз. Заказ № 11.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ