

Глава 20 ПСИХОСОМАТИКА

В наше время часто сокрушаются о том, что разум как совершенно особая сущность отделяется от тела, и считают, что начало этому положено дуализмом Декарта в 17 веке. На самом деле в 4 веке до Р.Х. Платон сказал: «Величайшая ошибка наших дней – что врачи отделяют разум от тела».

В наше время большинство педиатров и детских психиатров признают необходимость целостного подхода, осознавая, что у соматических расстройств, описанных в учебниках по педиатрии, имеются психологические аспекты, точно так же, как у психологических расстройств, описанных в этой книге, имеются соматические аспекты. Педиатрии больше не следует быть неразумной, а детской психиатрии – бестелесной!

Список всех расстройств, затрагивающих и тело, и разум, потенциально включает всю медицину целиком. В некоторых случаях направление влияния главным образом *соматопсихическое*, при этом соматические предшественники приводят к психологическим последствиям. В других случаях направление влияния главным образом от психологических предшественников к соматическим последствиям, – именно это большинство людей подразумевают под *психосоматическим*. Категориальное разделение заболеваний на являющиеся и не являющиеся психосоматическими неизбежно должно быть произвольным, что вполне предсказуемо приводит к пограничным конфликтам. Например, в случае астмы, хотя и ясно, что психологический стресс может вызывать или усиливать приступы свистящего дыхания у некоторых предрасположенных детей, многие люди возразили бы против того, чтобы называть астму психосоматическим расстройством, поскольку стресс – лишь один из многих кристаллизаторов. Больше людей согласились бы, что головные боли и боли в животе у детей часто бывают психосоматическими состояниями, однако это может отчасти отражать наше нынешнее незнание соматических предрасполагающих и кристаллизующих факторов. Вероятно, лучше всего говорить о *психосоматическом подходе*, который потенциально имеет некоторое значение при любом заболевании.

В этой главе общее введение в психосоматический подход сопровождается разделами о трех показательных расстройствах: рецидивирующие боли в животе, синдром хронической усталости и конверсионное расстройство. Соматопсихическим связям посвящена глава 25, в которой описаны распространенные психологические осложнения мозговых нарушений в детском возрасте.

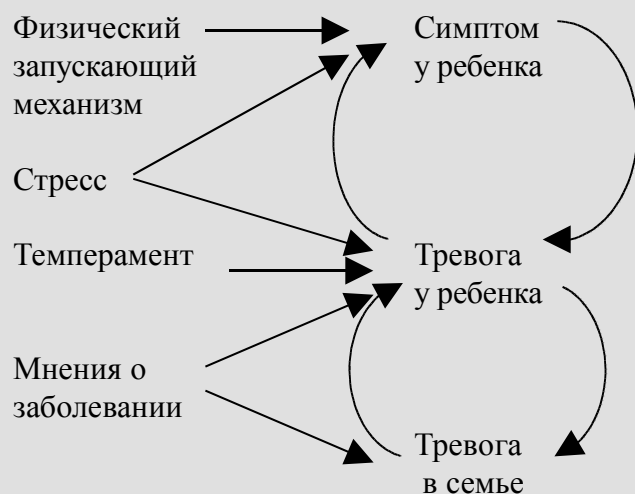
НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Стресс и тревога могут вызывать и усиливать соматические симптомы

Большинство читателей узнают из личного опыта или из непосредственных наблюдений, что стресс может вызывать множество соматических симптомов, в т.ч. головную боль, тошноту, боли в животе, диарею и частое мочеиспускание. Также общеизвестно, что тревожная сосредоточенность на симптоме часто приводит к тому, что он кажется хуже, в результате тревога возрастает, фиксация на симптоме становится еще больше и т.д. Кроме того, тревога и страдание ребенка могут привести к тому, что родители почувствуют себя беспомощными и будут охвачены паникой. Если родители не смогут скрыть это, тревога ребенка будет подпитываться. Во вставке 20.1 показаны эти порочные круги и некоторые факторы, их модулирующие и запускающие. Ключевую роль играют мнения семьи о заболевании. Люди различаются по тому, насколько «нормализующие» или «патологизирующие» атрибуции они делают о причинах соматических симптомов. Нормализующие атрибуции связывают симптомы со средовыми или психологическими факторами, например, «У меня болит голова, потому что у меня большая нагрузка и вчера вечером я слишком поздно лег спать», тогда как патологизирующие атрибуции сосредоточены на органических или патологических причинах, например, «Возможно, это опухоль мозга». Нормализующие атрибуции ободряют и могут предотвратить вступление на пороч-

ные круги, связанные с тревогой. Баланс нормализующих и патологизирующих атрибуций в пределах любой семьи меняется со временем и соответственно природе симптома. Например, стрессы в семье могут подорвать нормализующие атрибуции, а если от опухоли мозга недавно умер друг или родственник, это может сенсibilизировать родителей и детей к возможным органическим причинам головной боли. Во многих случаях круги, связанные с тревогой, могут быть прерваны ободрением врача, которому доверяют и который провел адекватное обследование. Однако иногда врачи бывают сами втянуты в порочные круги паники и патологизации, а все большее количество специальных исследований и дополнительных заключений укрепляет семью во мнении, что здесь должно быть что-нибудь серьезное, о чем стоит беспокоиться.

Вставка 20.1 Нарастание тревоги и соматических симптомов.



Соматические симптомы иногда могут быть «маской»

Страдание, причиненное психологическими или социальными факторами, иногда может быть перенесено на соматический симптом. Особенно очевидную разновидность этого можно часто наблюдать у маленьких детей. Так, ребенок может сдерживать слезы после ссоры с другом, а потом безутешно плакать после легкого падения немного позже. Получение облегчения и сочувствия путем сосредоточения на «приемлемом» соматическом симптоме, таком как физическая боль, может иметь нежелательное долгосрочное воздействие, обучая ребенка и в будущем соматизировать психологическое страдание (вставка 20.2). Чуткое воспитание может помочь детям научиться раскрывать свое психологическое страдание, и им не понадобится маскировать его соматическими симптомами (вставка 20.3). Однако есть также опасность, что и родители и специалисты впадут в другую крайность и могут переусердствовать в психологическом расследовании и психологизации соматических симптомов.

И здоровье и болезнь могут быть самоподдерживающимися

Подавляющее большинство больных детей хотят поправиться, чтобы вернуться к своим друзьям и возобновить обычные занятия. Тем не менее, у болезни свои привлекательные стороны, в т.ч. дополнительное родительское внимание, сочувствие, подарки и освобождение от повседневных требований. И хотя здоровье обычно более привлекательно, чем болезнь, баланс может измениться, когда ребенок подвергается острым или хроническим жизненным стрессам, особенно если у ребенка нет другого очевидного избавления, кроме как уйти в болезнь. Невыносимые, но явно неотвратимые ситуации могут варьировать от нераскрытого сексуального насилия

Вставка 20.2 Соматическая направленность семьи обучает ребенка соматизировать.



Вставка 20.3 Психологически чуткое обращение обучает ребенка психологической направленности ума.



до ловушки, в которую попадает стремящийся к достижениям ученик, когда он хорошо успевает в школе, но не может выдержать темп или вынести, что его обошли другие. Относительная привлекательность здоровья и болезни может также измениться после любой продолжительности болезни, неважно - чисто соматической или нет. Стоит только заболеть на некоторое время, может быть меньше причин поправиться: прежние друзья могут найти себе других товарищей по играм, пугает задолженность по учебе, и ребенок может потерять интерес к прежним занятиям в свободное время и компетентность в них. Кроме того, продолжительная болезнь может привить ребенку любовь к социальному миру больного, неважно - дома или в больнице. Как только привлекательные стороны болезни перевесят плюсы здоровья, любой шаг к тому, чтобы ребенку стало лучше, может спровоцировать обострение симптомов.

Обвинительная позиция приводит к обратному результату

Когда дети впервые жалуются на симптом, родители могут суметь «отшутить» их от этого или с успехом применить подход «перестань». Однако к тому времени, когда симптомы предъявляют специалистам здравоохранения, если ребенку станет лучше после того, как ему скажут, что он прикидывается или делает из мухи слона, он потеряет лицо, да и родители, вероятно, почувствуют себя одураченными и будут сердиты за то, что их обманули. Предложения типа «возьми себя в руки и перестань тратить наше время» могут, вполне предсказуемо, приводить к сохранению или ухудшению симптомов, так как дети демонстрируют, что они действительно больны. На самом деле, к обратному результату могут приводить не только недвусмысленно критические замечания: ребенок и семья могут быть очень чувствительны к любому намеку на то, что специалисты их осуждают или стремятся отделаться.

Особенности ребенка

Детей с психосоматическими расстройствами обычно описывают так: добросовестные, навязчивые, чувствительные, неуверенные и тревожные, - лучше всего считать это чертами личности, а не расстройствами. У пораженных детей может быть темперамент, предрасполагающий к избеганию новых ситуаций, а иногда – и к проблемам во взаимоотношениях со сверстниками. Только у меньшей части имеется сосуществующее психическое расстройство, и трудно разобраться, как часто это - следствие, не причина соматических жалоб: «Конечно, доктор, я подавлена. А Вы бы не были с моими симптомами?»

Особенности семьи

Члены семьи с соматическими симптомами могут быть образцом для ребенка – и в смысле самих симптомов, и в смысле стиля совладания. Если родственники жалуются на желудок, головные боли или припадки, это может сенсibilизировать детей к таким проблемам и даже дать им образец для сознательного или бессознательного подражания. Если взрослые в семье обычно тревожно реагируют на свои собственные соматические симптомы, полагают, что серьезно нарушено что-то, находящееся вне их контроля, это может хорошо растить тревогу, «патологизирующие» атрибуции и внешний локус контроля и у детей.

Хотя семейные стрессы могут и вызывать и усугублять нездоровье, убедительных доказательств того, что специфические типы семейных стрессов связаны со специфическими типами нездоровья, не имеется. «Психосоматические» семьи иногда характеризуют так: близкие семьи, которым кажется трудным прямо выражать психологическую озабоченность, и они стремятся получать и предоставлять внимание и ободрение посредством широко употребительной соматической озабоченности. Названы и другие семейные характеристики, предрасполагающие к психосоматическим расстройствам:

- Один родитель чрезмерно вовлечен, а другой - отдален
- Родительская дисгармония
- Чрезмерная родительская опека
- Жесткий или неорганизованный набор правил, а не стабильный и гибкий
- Дисфункциональное общение без решения конфликтов.

Называют и благоприятные характеристики, включающие тепло, сплоченность и удовлетворительную адаптацию к реалиям семейной ситуации. И хотя эти предположительные факторы риска и защиты, несомненно, правдоподобны, они главным образом выведены не из эмпирических исследований, а из клинических впечатлений – ориентира, потенциально подверженного ошибкам.

Внешние стрессоры

Могут играть роль и хронические неблагополучия, и острые события жизни. Насилие, по-видимому, имеет значение только в незначительном меньшинстве случаев; вероятно, чаще встречается значимый вклад издевательства или учебных стрессов.

Подход к ведению

Детей с соматическими симптомами часто в первую очередь направляют к педиатрам. Семьям может быть легче принять психосоматический подход к оценке и лечению, когда их семейный доктор и педиатр с самого начала придерживаются целостного подхода, и, начиная с первой оценки, учитывают взаимодействие биологических и психологических факторов. Тогда подключение специалистов по психическому здоровью – лишь изменение акцента, а не полная смена направления, передающая скрытое сообщение: «Мы завершили свои обследования, у вашего ребенка нет никаких нарушений, поэтому теперь вам лучше обратиться к психиатрам».

Семье нужно услышать от своего доктора, что в настоящий момент оценка исключила ужасные органические заболевания, которых они боялись - опухоли, язвы, закупорки и все прочее. Это не означает, что симптомы неважны; просто теперь можно использовать эффективное симптоматическое лечение, не беспокоясь о том, что за ними стоит что-нибудь более зловещее. Это сообщение помогает уменьшить тревожную фиксацию на симптомах, но оно будет подорвано, если физические исследования будут продолжены «на всякий случай».

Попытки заставить семью стать более психологически направленной, чем она бы хотела, мало что дадут, а потерять можно много. Если семья продолжает считать, что соматические факторы важны, помните, что они могут быть правы, и взгляды современной медицины на тело и разум будущим поколениям, вероятно, покажутся смехотворно примитивными. Может быть полезно подчеркнуть значение подходов ступенчатой реабилитации и то, что «сознание определяет бытие». Психологические и поведенческие методы могут действовать даже когда у симптомов соматическая причина, поэтому-то эти методы и применяют, чтобы помочь детям совладать с болезненными медицинскими процедурами или с хроническими соматическими симптомами известного органического происхождения. Часто бывает полезно обучить ребенка и семью таким методикам, как «самогипноз» и релаксационная терапия. Это может помочь им почувствовать, что они больше контролируют свои симптомы. Это и лечение имеющегося приступа, и профилактическое лекарство на будущее. Более психологически направленные семьи могут с самого начала согласиться, что психологические стрессы могли сыграть роль и их нужно исследовать дальше. Для семей, менее психологически направленных, это может вначале показаться слишком трудным, но иногда они становятся более восприимчивыми после того, как методики «сознание определяет бытие» начинают приносить плоды. Детям, имеющим помимо соматических симптомов психическое расстройство, например депрессию, может потребоваться отдельное

лечение этого психического расстройства, если оно не разрешится в результате других психологических вмешательств.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ (РБЖ)

Поражают около 10-25% детей, особенно в возрасте между тремя и девятью годами. Большинство родителей признают связь между приступами боли и психологическими стрессами и готовы к психосоматическому ведению, не требуя никакого медицинского воздействия. Тем не менее, меньшая часть случаев, которые все же направляют за заключением к специалистам, настолько многочисленна, что обеспечивает примерно 10% всех новых педиатрических амбулаторных посещений. Даже в специализированных педиатрических центрах ¹⁶ менее 10% РБЖ оказываются связанными с серьезным органическим расстройством. И хотя имеются предположительные данные о том, что некоторые дети физически предрасположены к РБЖ, считается, что психологические стрессы играют главную роль в качестве кристаллизующих и поддерживающих факторов.

Особенности ребенка

Большинство детей с РБЖ психически нормальны; немного повышенная частота психиатрических проблем сопоставима с аналогичной частотой у детей с хроническими болями в животе известной органической этиологии. Детей часто характеризуют так: робкие, нервозные, чрезмерно добросовестные, ищущие одобрения взрослых. Некоторые избегают новых трудностей, а другие под воздействием стресса обычно становятся трудными и раздражительными.

Особенности семьи

Клинические описания семей подчеркивают их близость, высокие ожидания и уровень озабоченности родителя по поводу ребенка. У членов семьи повышена частота и эмоциональных симптомов, и соматических жалоб, в особенности желудочно-кишечных - и с известной органической основой, и без нее. Надо еще установить, что отражает эта семейная агрегация - моделирование, генетическую трансмиссию или же общую подверженность неблагоприятным внешним воздействиям.

Внешние стрессоры

Имеется связь с событиями жизни. Большинство стрессов - из числа «каждодневных», таких как смена школы или надвигающийся экзамен. Определенно необычно, чтобы дети, пострадавшие от сексуального насилия, предъявляли РБЖ без других симптомов более широко распространенных нарушений.

Естественная история

Подавляющее большинство детей вырастает из РБЖ; и очень у немногих оказываются просмотренные органические расстройства. У некоторой части может быть предшественником синдрома раздраженного кишечника во взрослом возрасте.

Лечение

Семье требуется убедительное медицинское ободрение, основанное на соответствующей оценке. Часто бывает полезно привлечь ребенка и семью к систематическому наблюдению и записи симптомов, их предшественников и последствий, т.к. это делает взаимоотношения с психосо-

циальными стрессорами более понятными для всех заинтересованных лиц. Ребенка можно обучить методам контроля симптомов: вызыванию образов, самовнушению или методам релаксации. Следует способствовать тому, чтобы ребенок возобновил обычные занятия, несмотря ни на какую остаточную боль; родителям нужно подкреплять эти занятия посредством похвалы и внимания, одновременно уменьшая то дополнительное внимание, которое поощряет симптомы. При использовании этих подходов, боль обычно исчезает или с ней становится легче жить, если она продолжается или повторяется.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ (СХУ)

СХУ больше известен у взрослых, но на самом деле возникает и в детстве, поражая, согласно одному недавнему британскому исследованию, между 0,4 и 2 детьми на тысячу. Обычно определяется на основании инвалидизирующей физической усталости, которая продолжается более шести месяцев и не объясняется первичными соматическими или психиатрическими причинами. Часто сопровождается психической усталостью и другими соматическими симптомами без доказуемой органической основы. Обычно бывает сниженное настроение, причем ребенок и семья считают его не причиной, а следствием СХУ. Это подавленное настроение нечасто сопровождается самообвинением и чувством неполноценности; и депрессивное расстройство может быть диагностировано только примерно в трети случаев. Как и при СХУ у взрослых, данные в пользу органической этиологии неубедительные и не систематические, но отсутствие доказательства - не доказательство отсутствия.

При этом расстройстве споры между доктором и семьей по поводу относительного значения соматических и психологических факторов, скорее всего, породят пыл, а не ясность. Лучше всего оставаться агностиком, отказаться втягиваться в споры, которые не могут быть решены на основании современных данных, и продолжать лечение. Полезно мотивировать ребенка и семью на то, чтобы победить проблему, используя подходы «сила позитивного мышления» и ступенчатой реабилитации. Работая с семьей, обычно можно добиться, чтобы ребенок каждый день делал немного больше, с постепенным возвращением к обычной физической активности, занятиям в свободное время и в школе. Стоит подчеркнуть, что эти когнитивно-поведенческие подходы действительно помогают, но их успех не доказывает, что все это расстройство было в первую очередь «в воображении».

КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Конверсионные расстройства включают наличие симптомов или дефицитов, затрагивающих произвольное моторное или сенсорное функционирование; эти симптомы или дефициты позволяют предположить органическое расстройство, но в пользу органической причинности нет никаких данных, а в пользу психологической причинности – вполне определенные. Эти дети обычно предъявляют причудливую походку, слабость или паралич ног, странные припадки или полную недееспособность. Симптомы соответствуют представлению пациента о том, как должно выглядеть заболевание, и только частично согласуются с представлением доктора; часто именно эти расхождения и позволяют предположить, что заболевание - «истерическое».

Диагноз конверсионных расстройств сопряжен с трудностями. У части детей с этим диагнозом, в конечном счете, действительно оказывается органическое заболевание, объясняющее их симптомы. Явно причудливые симптомы могут оказаться известными признаками редкого расстройства, которое ставящий диагноз доктор никогда не принимал во внимание. Возможно и противоположное: у ребенка может быть необычное предъявление достаточно распространенного расстройства. Чтобы еще больше усложнить дело, даже если психологические факторы на самом деле отвечают за некоторые симптомы, тем не менее, могут быть важны и органические факторы. Дети, чьим соматическим симптомам не верят, могут потом преувеличивать симптомы, чтобы к ним отнеслись серьезно. Кроме того, дети могут копировать свои собствен-

ные эпизодические расстройства, поэтому тот факт, что у ребенка иногда бывают «псевдоприпадки», не исключает и сосуществующих истинных эпилептических припадков.

Несмотря на все подводные камни в диагностике, большинство клиницистов убеждены, что конверсионное расстройство действительно существует. Его можно рассматривать как (бессознательное) разыгрывание заболевания в ответ на невыносимо трудное положение. Одни дети, реагируя на стресс, ведут себя грубо или как взрослые, или жалостно, другие - ведут себя как больные. Врачи обязаны обеспечить, что этим детям не станет хуже оттого, что будет начат затяжной ряд обследований и дополнительных заключений; они также должны помочь ребенку найти более адаптивные способы справляться с какими-то ни было стрессами, спровоцировавшими данный эпизод.

Многие данные из развивающихся стран позволяют полагать, что конверсионные расстройства иногда очень распространены. Однако в Европе и США эти расстройства встречаются реже. Конверсионные расстройства диагностируют примерно у 1% пациентов психиатрических стационаров, но их доля, вероятно, выше среди амбулаторных пациентов, особенно у тех, кто направлен педиатром. Эти расстройства редко встречаются до пяти лет и по большей части поражают детей старше 10. Особенно восприимчивы могут быть девочки после полового созревания.

Ребенок

Преморбидное приспособление часто бывает нормальным; некоторые особенно стремились к совершенству или были слишком добросовестными учениками. И лишь у меньшей части помимо конверсионного расстройства - другой психиатрический диагноз.

Семья

Семья в большинстве случаев представляется нормальной; примерно лишь у одной пятой - грубые аномалии. Обычно они убеждены, что расстройство - органическое, желают дальнейшего физического обследования и сопротивляются направлению к психиатру. Часто семейная история соматического или психического расстройства.

Обстоятельства и исход

Ребенок часто находится в невыносимо трудном положении, в диапазоне от нераскрытого сексуального насилия до несоответственно высоких ожиданий. Расстройство может быть спровоцировано негативным событием жизни или незначительным физическим заболеванием, хотя иногда явного предшественника нет. В 80% случаев можно установить образец разыгрываемых симптомов: заболевание в семье или более широком социальном окружении ребенка, или заболевания, которые были у ребенка раньше. Большинство выздоравливает полностью, но у меньшей части чрезвычайно хроническое течение.

Лечение

Соматические обследования должны прекратиться. Исходная направленность на симптомы, а не на возможные психологические стрессоры может помочь семье включиться. Этот процесс может быть медленным и его нелегко ускорить. Смесь физической реабилитации и обучения методикам «сознание определяет бытие» дает ребенку возможность с честью выйти из положения. Ребенку нужно получать больше вознаграждений за то, чтобы поправляться, чем за то, чтобы оставаться больным. Иногда это можно устроить, изменив поведение семьи, но иногда может понадобиться госпитализация. Если ребенок попал в невыносимо трудное положение,

необходимо это распознать и заняться этим. В долгосрочной перспективе ребенку нужно обучиться более адаптивным способам справляться со стрессами.

Обзоры по теме

- Garralda M.E. (1996) Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.
Mrazek D. A. (2002) Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. In Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 810-827.

Дополнительное чтение

- Chalder T. et al. (2003) Epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported myalgic encephalomyelitis in 5-15 year olds: cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 654-655.
Goodyer I.M. (1986) Monosymptomatic hysteria in childhood: family and professional systems involvement. *Journal of Family Therapy*, 8, 253-266.
Sokol B. et al. (1991) Getting better with honor: individualized relaxation/self-hypnosis techniques for control of recalcitrant abdominal pain in children. *Family Systems Medicine*, 9, 83-91.
Taylor D.C. (1982) The components of sickness: diseases, illnesses and predicaments. In Apley J., Ounsted C. (eds) *One Child, Clinics in Developmental Medicine*, No. 80 SIMP/Heinemann, London, pp. 1-13.